

IWONA CZAJA-CHUDYBA

# PO LATACH TRAUMY

psychologiczne następstwa  
represji politycznych  
w Polsce w latach 1944–1956





# PO LATACH TRAUMY

Uniwersytet Pedagogiczny  
im. Komisji Edukacji Narodowej  
w Krakowie

Prace Monograficzne 816

IWONA CZAJA-CHUDYBA

# PO LATACH TRAUMY

psychologiczne następstwa  
represji politycznych  
w Polsce w latach 1944–1956

Recenzenci:

prof. dr hab. Józef K. Gierowski

ks. dr hab. Marian Zdzisław Stepulak, prof. WSEI

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2018

Redakcja: Urszula Lisowska-Urbańska

Projekt okładki: Janusz Schneider

Układ typograficzny, łamanie: Janusz Schneider

ISSN 0239-6025

ISBN 978-83-8084-100-0

DOI 10.24917/9788380841000

Wydawnictwo Naukowe UP

30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2

tel./faks: 12 662-63-83, tel.: 12 662-67-56

e-mail: [wydawnictwo@up.krakow.pl](mailto:wydawnictwo@up.krakow.pl)

Zapraszamy na stronę internetową:

<http://www.wydawnictwoup.pl>

Druk i oprawa

Zespół Poligraficzny WN UP

*Mężowi – za miniony rok*





# Spis treści

Wprowadzenie	11
1. Historyczne i metodologiczne uwarunkowania badań nad stresem pourazowym	17
1.1. Kierunki badań nad stresem pourazowym	17
1.1.1. Wczesne badania dotyczące stresu pourazowego	17
1.1.2. Badania związane z okresem II wojny światowej	18
1.1.3. Badania amerykańskich weteranów wojny wietnamskiej oraz dalsze badania skutków traumy wojennej	21
1.1.4. Badania związane z innymi czynnikami stresogennymi (kataklizmy naturalne, wypadki, choroby, przemoc seksualna, terroryzm itp.)	21
1.1.5. Polskie badania stresu pourazowego związanego z totalitaryzmem	22
1.2. Metodologia badań stresu pourazowego	24
1.2.1. Metody diagnozy następstw ekstremalnego stresu	24
1.2.2. Problemy metodologiczne związane z diagnozą odległych skutków traumy	25
1.3. Stres pourazowy – odniesienia do podstawowych koncepcji stresu i radzenia sobie z nim	30
2. Psychiczne konsekwencje stresu pourazowego	36
2.1. Wybrane modele reakcji na stres pourazowy	36
2.1.1. Model faz reakcji na stres Horowitza	37
2.1.2. Teoria psychoformatywna Liftona	38
2.1.3. Radzenie sobie ze stresem w sytuacjach ekstremalnych prześladowań (na podstawie doświadczeń ocalałych z Holocaustu)	39
2.2. Zagadnienia związane z adaptacją pourazową	41
2.2.1. Determinanty radzenia sobie ze stresem oraz adaptacji w stresie pourazowym – perspektywy analizy traumatycznych doświadczeń	41
2.2.2. Terapia następstw stresu pourazowego	48
2.3. Odległe następstwa stresu pourazowego	50
2.3.1. Wybrane charakterystyki ujęte w literaturze światowej	50
2.3.2. Badania polskie nad odległymi następstwami przeżyć obozów koncentracyjnych – próba opisanie „sylwetki ocalałego”	52

2.4.	Kryteria diagnostyczne stresu pourazowego w międzynarodowych klasyfikacjach	61
2.4.1.	Pierwsze próby systematyzacji następstw ekstremalnych zdarzeń	61
2.4.2.	Kryteria diagnostyczne zespołu przyjęte w klasyfikacji DSM-III-R (1987)	63
2.4.3.	Kryteria diagnostyczne zespołu przyjęte w klasyfikacji DSM-5 (2013)	64
2.4.4.	Zaburzenia stresowe pourazowe w klasyfikacji ICD-10	64
2.4.5.	Rozpowszechnienie występowania PTSD	68
3.	Cechy traumatycznych doświadczeń osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	70
3.1.	Przyczyny oraz podstawa prawna represji	70
3.2.	Formy represji – typy urazów	72
4.	Teoretyczne i empiryczne wyznaczniki poczucia koherencji – koncepcja salutogenetyczna Antonovsky’ego	76
4.1.	Teoretyczne podstawy koncepcji zdrowia Antonovsky’ego – model salutogenezy	76
4.2.	Charakterystyka poczucia koherencji	80
4.2.1.	Definicja poczucia koherencji	80
4.2.2.	Poczucie zrozumiałości	81
4.2.3.	Poczucie zaradności	81
4.2.4.	Poczucie sensowności	82
4.3.	Czynniki determinujące powstanie poczucia koherencji oraz jego dynamika	83
4.4.	Pomiar poczucia koherencji	83
4.5.	Koncepcja Antonovsky’ego w kontekście teorii stresu i radzenia sobie z nim	85
4.5.1.	Rozumienie stresu w ujęciu Antonovsky’ego	85
4.5.2.	Poczucie koherencji a sposoby radzenia sobie w stresie psychologicznym	86
4.5.3.	Koncepcja Antonovsky’ego a inne modele radzenia sobie ze stresem	87
5.	Poczucie koherencji a wewnętrzne i międzyludzkie funkcjonowanie osoby	92
5.1.	Związek poczucia koherencji z psychofizycznym funkcjonowaniem osoby	92
5.1.1.	Lęk	92
5.1.2.	Depresja	92
5.1.3.	Zdrowie somatyczne	93
5.1.4.	Zdrowie psychiczne	93
5.1.5.	Sens i jakość życia	94
5.1.6.	Inne kategorie psychologiczne	94
5.2.	Implikacje poczucia koherencji w kontaktach interpersonalnych	94

6. Założenia metodologiczne badań własnych	99
6.1. Cel pracy, problem badawczy oraz hipotezy badawcze	99
6.2. Zmienne	102
6.3. Metody badań	103
6.3.1. Kwestionariusz PTSD-Interview (PTSD-I)	103
6.3.2. Ustrukturyzowany wywiad na podstawie trzyczęściowego kwestionariusza do badania historii życia badanych	103
6.3.3. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (KOŻ-29)	104
6.3.4. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL)	105
6.3.5. Inwentarz Depresji (ID)	105
6.3.6. Test Sensu Życia (Purpose in Life Test, PLT)	106
6.3.7. Psychologiczny Wskaźnik Dobrego Samopoczucia (The Psychological General Well-Being Index, PGWB)	106
6.3.8. Skala Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI)	107
6.3.9. Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (Mini-Mental State Examination, MMSE)	109
6.4. Osoby badane	109
6.4.1. Charakterystyka grupy badawczej i porównawczej	109
6.4.2. Charakterystyka przyczyn, form oraz następstw ekstremalnego stresu u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 (na podstawie przeprowadzonych wywiadów)	111
6.5. Procedura	125
7. Wyniki	127
7.1. Metody opracowania wyników badań	127
7.2. Analiza wyników	128
7.2.1. Poziom lęku	130
7.2.2. Poziom depresji	133
7.2.3. Poczucie sensu życia	135
7.2.4. Poziom odczuwanego samopoczucia	158
7.2.5. Ustosunkowania interpersonalne	160
7.2.6. Natężenie PTSD	166
8. Dyskusja wyników i wnioski	168
8.1. Lęk	169
8.1.1. Lęk u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	169
8.1.2. Poczucie koherencji a lęk u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	171
8.2. Depresja	174
8.2.1. Poziom depresji u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	174
8.2.2. Poczucie koherencji a poziom depresji u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	177

8.3.	Sens życia	179
8.3.1.	Poziom sensu życia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	179
8.3.2.	Poczucie koherencji a poziom sensu życia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	182
8.4.	Samopoczucie	186
8.4.1.	Poziom samopoczucia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	186
8.4.2.	Poczucie koherencji a poziom samopoczucia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	187
8.5.	Ustosunkowania interpersonalne	188
8.5.1.	Ustosunkowania interpersonalne u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	188
8.5.2.	Poczucie koherencji a ustosunkowania interpersonalne u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	191
8.6.	Natężenie PTSD u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	193
8.7.	Poczucie koherencji	195
8.7.1.	Poczucie koherencji u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	195
8.7.2.	Poczucie koherencji a odległe następstwa stresu pourazowego u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956	196
8.8.	Wnioski	198
	Literatura	201
	Aneks	223
	Spis tabel, wykresów i schematów	241

## Wprowadzenie

Zdarzają się takie sytuacje czy okoliczności, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć ani nawet sobie wyobrazić. A nasze utarte, codzienne sposoby zachowania okazują się nieadekwatne do nich. Konfrontując się ze zdarzeniami swoją skalą wykraczającymi poza zakres zwykłego ludzkiego doświadczenia, zostajemy poddani sprawdzianowi, dowiadujemy się, jacy jesteśmy i jacy są ludzie wokół nas. W wieku XX takie sytuacje stwarzała często historia. Był to wiek powstania i funkcjonowania dwóch systemów totalitarnych – hitlerowskiego i stalinowskiego. Przyczyniły się one do stworzenia takich instytucji jak obozy koncentracyjne czy łagry. Nieodzownym elementem systemu totalitarnego był także rozbudowany aparat represji zajmujący się unieszkodliwianiem potencjalnych i realnych przeciwników ustroju. Osobom tym okres prześladowań przysporzył wielu urazów i cierpień, często całkowicie zmienił lub zaburzył stworzoną przez nie w młodości wizję swojego życia oraz podważył ich przekonania o sprawiedliwości społecznej.

Praca ta poświęcona jest grupie ocalałych z represji politycznych totalitaryzmu. Ponieważ lata 1944–1956 w Polsce nosiły znamiona takiego systemu, a sytuacja więźnia politycznego tego okresu mogła być uznana za ekstremalną, rozprawa dotyczy konsekwencji zdarzeń i sytuacji ekstremalnych. Włącza się także w nurt rozważań na temat jednostek uwikłanych w bieg historii, będących ofiarami wydarzeń historycznych. W zamiarze ma przybliżyć problematykę odległych następstw stresu pourazowego: reakcji posttraumatycznych, problemów adaptacyjnych, kulturowego, historycznego i społecznego kontekstu prześladowań w wymiarze osobistym i międzyludzkim.

Odległe następstwa skrajnie traumatycznych przeżyć (*post-traumatic stress disorder* – PTSD) pozostawały od końca II wojny światowej w centrum zainteresowań wielu psychologów i psychiatrów w Polsce i za granicą (Dimsdale, 1980; Dudek, 2003; Everly i Lating, 1995; Lis-Turlejska, 1992, 1998; Szymusik, 1991; Wilson i Raphael, 1993; Wolfe, 1990). Polskie badania nad odległymi następstwami stresu pourazowego przyjmowały najczęściej paradygmat patogenetyczny, choć wiele z nich uwzględniało wewnętrzne kategorie, związane z czynnikami przystosowania po przebytej traumie (Kępiński, 1970; Kłodziński,

1972; Leśniak, 1965; Lis-Turlejska, 1998; Orwid, 1964). Przedstawione w tych badaniach różnorodne style przystosowania do traumatycznych zdarzeń były podstawą do poszukiwań czynnika lub kategorii psychologicznej, modyfikującej bądź wpływającej na sposoby radzenia sobie z odległymi następstwami stresu w sferze wewnętrznej i interpersonalnej.

Inspiracją niniejszych badań grupy więźniów okresu stalinowskiego były prowadzone na bardzo szeroka skalę w krakowskiej Katedrze Psychiatrii badania nad odległymi następstwami doświadczeń byłych więźniów obozów hitlerowskich. Bogata literatura tematu przedstawia wiele interesujących spostrzeżeń w odniesieniu do tej grupy represjonowanych i jest nadal źródłem wielu współczesnych prac badawczych (Jakubik, 1986; Lis-Turlejska, 1998; Orwid, 1997; Szymusik, 1991). W tym kontekście wydaje się uzasadnione zainteresowanie osobami, które doznały prześladowań podobnego typu, a poza nielicznymi wyjątkami (Gierowski, 1996; Heitzman i Rutkowski, 1997; Ochowski, 1997; Rutkowski, 1999; 2001; Ryn, 2003; Szymusik i Gierowski, 1996) ich przeżycia nie doczekały się naukowych opracowań.

Z prowadzonych przeze mnie od roku 1994 wywiadów z osobami, które doznały prześladowań w tzw. okresie stalinowskim, wynika, że u części z nich, doświadczających podobnych represji pod względem długości i natężenia, przebywających w podobnych warunkach oraz mogących liczyć na podobne wsparcie środowiska, uraz spowodował długotrwałe zaburzenie funkcjonowania. Podczas gdy inne bardzo dobrze przystosowały się do życia na wolności, ciesząc się względnie dobrym samopoczuciem oraz osiągnięciami socjoekonomicznymi. Wychodząc z tych przesłanek, w analizie wyników badań przyjąłam perspektywę teoretyczną opartą na do modelu salutogenetycznym Aarona Antonovsky'ego (1979, 1994, 1995, 1997).

Model salutogenetyczny Antonovsky'ego wraz z jego kluczowym pojęciem **poczucia koherencji** powstał na podstawie obserwacji grupy ofiar Holocaustu (Antonovsky i in., 1971; Antonovsky, 1979). Autor postrzegał poczucie koherencji jako czynnik odpowiadający za pomyślną adaptację posttraumatyczną, warunkujący sprawne funkcjonowanie wewnętrzne i interpersonalne ocalałych. Współcześnie, w okresie dość dużej popularności teorii salutogenetycznej, pojawiło się niewiele empirycznych prac weryfikujących model Antonovsky'ego (Jelonkiewicz, 1996). Rzadko podejmowano również badania przydatności kategorii poczucia koherencji w tłumaczeniu procesów przystosowania i konsekwencji stresu posttraumatycznego, a wyniki tych badań były często niejednoznaczne (Antonovsky i in., 1971; Coe, Romeis i Hall, 1994; R.B. Flannery i G.J. Flannery, 1990; Korotkov, 1993; Sagi i Antonovsky, 1994). W opublikowanych polskich badaniach związanych z poczuciem koherencji pomijana była zarówno problematyka stresu pourazowego, jak i osób powyżej 60. roku życia (Dudek i Makowska, 1993; Koniarek, Dudek i Makowska, 1993; Mroziak, Czała i Wójtowicz, 1997).

Drugim motywem podjęcia omawianych badań była społeczna i historyczna aktualność problematyki dotyczącej następstw doświadczeń związanych z uwięzieniem, obozami koncentracyjnymi, fizycznymi i psychicznymi torturami oraz

różnymi rodzajami przemocy wobec ludzi (Cairns i Wilson, 1993; Everly, 1995a; Herman, 1999; Solomon i Davidson, 1997).

Podjęty temat badawczy jest więc próbą spojrzenia na problem odległych następstw stresu pourazowego u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 przez pryzmat zdolności tych osób do adaptacji oraz minimalizowania skutków ciężkiej i długotrwałej traumy. Głównym celem pracy jest wykazanie, że niezależnie od długości doświadczania traumy czy siły urazu wewnętrzne zasoby odpornościowe jednostek modyfikują natężenie odległych następstw stresu pourazowego i wiążą się ze zróżnicowanymi sposobami ich manifestowania w sferze wewnętrznej i interpersonalnej (lęku, depresji, w zakresie poczucia sensu życia, samopoczucia i ustosunkowań interpersonalnych).

Część teoretyczna pracy ma na celu przybliżenie problematyki odległych następstw stresu pourazowego, perspektywy salutogenetycznej oraz kondycji więźnia politycznego w Polsce w latach 1944–1956.

W rozdziale pierwszym przedstawiona została historia badań nad następstwami stresu o charakterze ekstremalnym. Szczególną uwagę zwrócono na badania dotyczące działania dwóch typów stresorów, jakimi były udział w działaniach militarnych i pobyt w obozach koncentracyjnych. Porównanie doświadczeń okresu stalinowskiego do sytuacji traumy wojennej motywowane było faktem, iż osoby represjonowane w okresie stalinowskim walczyły w obronie dawnego ustroju, rządu londyńskiego oraz wyznawanych przez siebie wartości i światopoglądu. Często też uczestniczyły w akcjach zbrojnych. Ponadto intencjonalność prześladowania, tortury, uwięzienie w fatalnych warunkach sanitarnych, wreszcie udział psychicznego zastraszenia i wpływ kontekstu politycznego upodabniał sytuację więźniów okresu 1944–1956 do „rzeczywistości zza rampy”. W rozdziale tym omówione zostały też kontrowersje i wątpliwości metodologiczne, które doprowadziły do dzisiejszego ujmowania etiologii, symptomatologii i terapii zespołu stresu pourazowego. W końcowej części tego rozdziału zaprezentowano współczesne kierunki badawcze dziedziny wiedzy zwanej traumatologią (Everly i Lating, 1995; Wilson i Raphael, 1993a,b,c), zajmującej się konsekwencjami ekstremalnych urazów, rozwijającej się w szybkim tempie i odnajdującej swoje miejsce wśród nauk społecznych oraz medycznych. Przedstawiony został także ogólny kontekst traumatologii, wynikający z podstawowych koncepcji stresu i radzenia sobie z nim.

W rozdziale drugim poruszono kwestię następstw stresu o ekstremalnym nasileniu. W początkowych podrozdziałach omówione zostały modele przedstawiające mechanizmy powstania objawów PTSD oraz sposoby radzenia sobie w trakcie bezpośredniego narażenia na traumatyczne zdarzenie, w następnych – problemy i czynniki determinujące adaptację pourazową (z krótkim zarysem podstawowych kierunków terapii posttraumatycznej). W kolejnych podrozdziałach skupiono się na opisie występujących po kilkudziesięciu latach od urazu odległych następstw stresu w sferze funkcjonowania wewnętrznego i interpersonalnego ofiar. Ostatnia część rozdziału drugiego poświęcona została współczesnym sposobom ujmowania skutków stresu pourazowego, ze szczegól-

nym uwzględnieniem diagnozy PTSD w klasyfikacji DSM, stanowiącej kryterium doboru osób do grupy badawczej.

W rozdziale trzecim zarysowano historyczny kontekst represji. Ponieważ szczegółowy jego opis przekraczałby ramy pracy psychologicznej, dane dotyczące tego okresu wykorzystano jedynie pomocniczo, przy wyszczególnieniu i precyzowaniu kategorii osób prześladowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956. Dodatkowo przedstawiona została analiza przeżyć byłych więźniów politycznych, uwzględniająca podstawy prawne uwięzienia, krótki zarys metod stosowanych podczas śledztwa (opis procedury przesłuchań, warunków w areszcie i w więzieniu, środków przymusu fizycznego i psychicznego), sposoby radzenia sobie w sytuacji represji (przesłuchania i uwięzienia).

Rozdział czwarty poświęcono prezentacji koncepcji salutogenetycznej Antonovsky'ego. Szczególnie podkreślono znaczenie poczucia koherencji jako konstruktów determinujących sposób postrzegania, odczuwania i zachowania się jednostek. W ostatnim podrozdziale zostało także poruszone zagadnienie odniesień salutogenezy do innych perspektyw rozpatrywania zagadnień stresu i radzenia sobie z nim.

W rozdziale piątym opisano badania empiryczne wykazujące zależności pomiędzy poczuciem koherencji a różnorodnymi charakterystykami psychologicznymi, dotyczącymi funkcjonowania intra- i interpersonalnego. Zwrócono uwagę na kwestie przydatności tej kategorii w opisie zachowania jednostki.

Treścią szóstego rozdziału są metodologiczne założenia badań własnych. Przedstawione w nim zostały: cel pracy, pytania i hipotezy badawcze, będące podstawą empirycznej części pracy. Kolejne podrozdziały poświęcono metodzie badań. Opisana została stuosobowa grupa badawcza (ze szczególnym podkreśleniem okresu represji, do usystematyzowania tych informacji wykorzystano kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu do badania represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956) i grupa porównawcza. Scharakteryzowano również wykorzystane narzędzia: Kwestionariusz Orientacji Życiowej Antonovsky'ego, Test PTSD-Interview Watsona, ustrukturyzowany wywiad, Inwentarz Depresji Becka, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera, Gorsucha i Lushene'a, polską adaptację Strelaua, Tysarczyka i Wrześniewskiego, Test Sensu Życia Crumbaugh'a i Maholika, Psychologiczny Wskaźnik Dobrego Samopoczucia Dupuya i Skalę Ustosunkowań Interpersonalnych Stanika, oraz procedurę badawczą. Końcowa część rozdziału została poświęcona systematycznemu przeglądowi zmiennych uwzględnionych w badaniach.

Część empiryczna pozwoliła określić związki pomiędzy poczuciem koherencji a odległymi następstwami stresu pourazowego u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 (poziomem lęku, depresji, poczuciem sensu życia, poziomem samopoczucia, natężeniem PTSD oraz ustosunkowaniami interpersonalnymi).

W rozdziale siódmym przedstawione zostały wyniki badań. Badania te miały charakter dwuczęściowy. Ze względu na brak wcześniejszych, metodologicznie poprawnych opracowań dotyczących grupy represjonowanych z przyczyn politycznych, pierwszym etapem badawczym było stwierdzenie u tych osób



odległych następstw stresu pourazowego w sferze funkcjonowania wewnętrznego i interpersonalnego. Drugi etap badań poświęcony był analizie związków pomiędzy poczuciem koherencji a wybranymi odległymi następstwami stresu pourazowego w grupie osób represjonowanych politycznie w Polsce w latach 1944–1956.

Ostatni, ósmy, rozdział zawiera dyskusję wyników i wnioski z badań. Wyniki analiz pozwoliły na stwierdzenie, że represje łączą się ze zmianami w funkcjonowaniu wewnętrznym i interpersonalnym badanych oraz że kategoria poczucia koherencji modyfikuje natężenie i jakość odległych następstw stresu pourazowego. Siła poczucia koherencji wiąże się z mniej lękowym, bardziej pozytywnym postrzeganiem otoczenia, odczuwaniem sensu zarówno obecnej sytuacji, jak i traumatycznych wydarzeń z przeszłości, lepszym samopoczuciem oraz z przejawianiem przez badanych mniej wrogiego nastawienia w relacjach interpersonalnych. Należy przypuszczać, a jest to potwierdzenie hipotezy Antonovsky'ego (1979, 1995), iż kategoria ta może być uznana za jeden z czynników warunkujących satysfakcjonującą adaptację posttraumatyczną, której rezultatem będzie postrzeganie ekstremalnych doświadczeń jako inspiracji do osiągnięcia celów w życiu.

Przedstawiony dzięki niniejszym badaniom wizerunek osoby represjonowanej politycznie na pewno wymaga jeszcze dopełnienia. Jako dodatkowe zostały potraktowane takie kwestie jak sposoby radzenia sobie opisywanych osób w rzeczywistości więziennej czy bezpośrednie skutki pobytu w więzieniu (omówione w podrozdziale opisującym badanych). Wynika to z faktu, że uzyskane dane retrospektywne obarczone są dużym piętnem subiektywizmu. Należy jednak zaznaczyć, że naukowy opis następstw stresu pourazowego w grupie osób represjonowanych politycznie, którego dokonuje się kosztem odrzucenia tego typu informacji, traci indywidualny, jednostkowy wymiar, czyli to, co było niepowtarzalne w każdym człowieku i jego losach. Aby zilustrować tę płaszczyznę opisu, w Aneksie zostały umieszczone dwa studia przypadków – osoby o wysokim oraz osoby o niskim poziomie poczucia koherencji.

Praca ta jest próbą połączenia dwóch odmiennych perspektyw badawczych – patogenetycznej, określającej negatywne zmiany w funkcjonowaniu represjonowanych, oraz salutogenetycznej, związanej z poszukiwaniem indywidualnych i społecznych czynników, które pomogły jednostkom względnie sprawnie przystosować się do życia na wolności. Przyjęte podejście salutogenetyczne może rozwiązać wiele wątpliwości związanych z analizą reakcji badanych ofiar represji (np. problem zaskakująco dobrego zdrowia somatycznego i psychicznego części populacji byłych więźniów) i wyjaśnić sprzeczności wyników uzyskiwanych w dotychczasowych badaniach. Zamierzeniem niniejszej pracy jest więc poszerzenie wiedzy na temat różnorodnych następstw funkcjonowania jednostki w warunkach długotrwałego stresu o charakterze psychospołecznym. Dzięki temu w teoretycznych i praktycznych opracowaniach, przybliżających mechanizmy procesu adaptacji po przebytych urazach i określających czynniki sprzyjające psychicznemu zdrowieniu, będzie można zaproponować bardziej efektywne pro-

cedury i techniki wspomagające terapię, a poprzez to umożliwić ofiarom represji polepszenie samopoczucia oraz pełniejsze funkcjonowanie w społeczeństwie.

W podsumowaniu pragnę też wyrazić wdzięczność osobom, dzięki którym praca ta uzyskała ostateczny kształt. Przede wszystkim kierownictwu i pracownikom Katedry Psychiatrii CMUJ – za organizację i umożliwienie mi przeprowadzenia badań. Szczególnie chciałabym podziękować Profesorowi zw. Józefowi K. Gierowskiemu za wszechstronną opiekę merytoryczną, pomoc i zachętę do pracy, a także za bardzo wnikliwe i ważne wskazówki w recenzji, które skłoniły mnie do wielu refleksji oraz dostarczyły mi inspiracji związanych z tematem odległych następstw stresu pourazowego i dały asumpt do pełniejszego, a także szerszego spojrzenia na uzyskane przeze mnie wyniki badań. Profesorowi Marianowi Stepulakowi, drugiemu Recenzentowi, dziękuję za cenne komentarze dotyczące niniejszej pracy, umożliwiające holistyczne spojrzenie na podjęty przeze mnie temat. W sposób specjalny chciałabym także wspomnieć mojego Drogiego Przyjaciela, który już od nas odszedł, dr. hab. Błażeja Szymurę, i wyrazić mu wdzięczność za konstruktywne i szczegółowe uwagi dotyczące tekstu mojej monografii.

Na koniec chciałabym podziękować moim Bliskim, Mojej Rodzinie – za tolerancję, pomoc i wiarę, że będę miała możliwość opublikowania tej książki.

# 1. Historyczne i metodologiczne uwarunkowania badań nad stresem pourazowym

Przez wiele lat badacze stresu pourazowego nie określali go jako odrębnego, specyficznego zespołu psychopatologicznego. Z tego powodu także nie ujmowano stresu pourazowego w diagnozach czy opisach chorób. Dopiero pod koniec XIX wieku scharakteryzowane zostały objawy, będące odpowiedzią jednostki na zdarzenia przekraczające jej możliwości adaptacyjne, a w wieku XX rozwój teorii i badań nad stresem pourazowym doprowadził do włączenia go w obręb międzynarodowych systemów klasyfikacyjnych (Kucmin i in., 2016; Makara-Studzińska, Partyka i Ziemecki, 2012).

Przed zamieszczeniem PTSD (*post-traumatic stress disorder*, zespół stresu pourazowego) w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego istniały dwa, opisane w poniższych rozdziałach, odrębne sposoby ujmowania tego zaburzenia. Przedstawiciele pierwszego nurtu kładli nacisk na określenie zdarzeń prowadzących do stresu pourazowego i różnicowali jego objawy w zależności od rodzaju stresora. Przedstawiciele drugiego nurtu koncentrowali się przede wszystkim na opisie psychicznych konsekwencji traumy i próbowali stworzyć jednolity (wynikający z różnego rodzaju sytuacji), a zatem uniwersalny, model reakcji człowieka na ekstremalny stres.

## 1.1. Kierunki badań nad stresem pourazowym

### 1.1.1. Wczesne badania dotyczące stresu pourazowego

Pierwsze badania dotyczące stresu pourazowego związane były z pracami XIX-wiecznych neurologów (Erichsen, 1882; Page, 1885; za: Trimble, 1985) – opisywali oni schorzenia typu *nervous shock*, spowodowane bardzo silnymi przeżyciami psychicznymi, oraz z analizami psychiatrów z przełomu wieków – przede wszystkim Janeta (1919/1976, za: van der Hart, Brown i van der Kolk, 1995) i Freuda (1975, 1982; Wilson, 1995). Prace tych ostatnich dotyczyły hysterii powstałej w wy-

niku stresu związanego z wojną, przemocą fizyczną lub psychiczną oraz „nerwicy traumatycznej”, mającej przyczyny w wypadkach i innych urazach.

Wymienieni powyżej przedstawiciele podejścia psychoanalitycznego upatrywali etiologię powyższych zaburzeń nie w stresujących doświadczeniach, lecz przede wszystkim w osobowej, wewnętrznej podatności na uraz. Podkreślali więc rolę historii danej osoby, doświadczeń wczesnodziecięcych, i – jako jedni z pierwszych – uznali niezdolność poznawczego i emocjonalnego przystosowania się niektórych osób do traumatycznych warunków oraz zidentyfikowali główne objawy zespołu stresu pourazowego (z podkreśleniem roli intruzywnych myśli o traumie). Dokonali także analizy faz adaptacji pourazowej wspomaganą odpowiednią terapią. Zdaniem van der Harta, Browna i van der Kolka (1995) oraz Wilsona (1995) opracowania psychoanalizy odegrały szczególną rolę w rozwoju myśli o syndromie posttraumatycznym, prekursorską dla współczesnego ujmowania zespołu stresu pourazowego.

Drugi nurt badań wiązał się z obserwacjami i badaniami przeprowadzonymi w grupie żołnierzy walczących podczas I wojny światowej. Powstały wówczas takie charakterystyki zaburzeń związanych z przeżyciami wojennymi, jak: *shell-shock* („szok artyleryjski”), *combat fatigue* („urazowa nerwica wojenna”), *soldier’s heart* („zespół wrażliwego serca”, „drażliwe serce”), *battle fatigue* („zmęczenie walką”, „zespół wyczerpania walką”) (Herman, 1999; Moore i Reger, 2010; Trimble, 1985). Diagnozy stawiane przez środowisko psychiatrów tego okresu koncentrowały się na opisie reakcji osób na konkretną stresującą sytuację, były więc najczęściej mniej lub bardziej szczegółowymi listami objawów pourazowych, takich jak: koszmarne sny, dezorientacja, strach i drgawki (Wilson i Raphael, 1993b). Jednak część lekarzy (szczególnie ci praktycy, którzy określali zdolność żołnierzy do służby wojskowej) kwestionowała zasadność uznawania tych zaburzeń jako uniwersalnej odpowiedzi psychicznej na silny stres, upatrując jej przyczynę w indywidualnym, konstytucjonalnym braku odporności, a nawet w chęci uniknięcia lub ominięcia obowiązku służby wojskowej. Dopiero powstałe po I wojnie organizacje kombatanckie, zrzeszające byłych żołnierzy, oraz ambulatoria pomocy dla weteranów wojennych wspierały i samodzielnie kontynuowały badania nad statusem tego zespołu w ramach psychiatrii i psychologii klinicznej, a także jego symptomatologią i terapią (Herman, 1999; Lotarski, 2016).

### 1.1.2. Badania związane z okresem II wojny światowej

Okres II wojny światowej, niosący ze sobą niespotykaną dotąd eskalację masowych zbrodni, spowodował zainteresowanie naukowców zachowaniem się osób w sytuacjach ekstremalnych oraz zagadnieniem długotrwałego utrzymywania się objawów psychopatologicznych. Występujące w tym czasie wydarzenia wojenne oraz konsekwencje wprowadzania dwóch największych totalitaryzmów – hitlerowskiego i stalinowskiego, wpłynęły na rozwój teorii i badań nad skutkami stresu pourazowego.

## **Badania następstw urazów wojennych w grupie żołnierzy II wojny światowej**

Sytuacje narażenia na śmierć, destrukcji wartości, uczestniczenia w działaniach zbrojnych, bycia świadkiem przemocy wobec innych oraz narzucenia żołnierzom przez dowódców roli agresora były przyczyną podjęcia badań nad stresem wojennym. Badania nad następstwami doświadczeń pilotów amerykańskich w okresie II wojny światowej doprowadziły Grinkera i Spiegela do sformułowania w książce *Men under stress* (1945) listy 19 najczęstszych reakcji na ciężki stres, obejmującej nieprzystosowawcze zachowania oraz symptomy zaburzeń psychicznych. Objawy te były podstawą do tworzenia późniejszych opracowań dotyczących odległych następstw stresu związanego z różnorodnymi czynnikami. Według badaczy tej tematyki van der Kolka i in. (1996) oraz Marmara i Horowitza (1988) stanowisko Grinkera i Spiegela łączyło się z wcześniejszymi koncepcjami psychoanalitycznymi, takimi jak teoria tworzenia objawów (*symptom formation*), podkreślającymi znaczenie czynników indywidualnych, jednostkowych w adaptacji po ciężkim urazie psychicznym.

Równoległe badaniem wpływu ekstremalnych doświadczeń na psychikę żołnierzy zajmował się Kardiner (1941, za: Krystal, 1968). Nakreślił on obraz zaburzeń powstałych w następstwie przebywania na froncie I i II wojny światowej. Jego model syndromu stresu traumatycznego, alternatywny do wywodzących się z nurtu psychoanalitycznego, wskazywał na objawy stanowiące podstawę dla współczesnych koncepcji stresu pourazowego Horowitza (1993) oraz Liftona (1993) i dla dzisiejszego rozumienia PTSD.

Badania następstw urazów wojennych z okresu II wojny światowej kontynuowane były w latach 80. i 90. XX wieku w grupie żołnierzy amerykańskich (Eberly, Harkness i Engdahl, 1991; Kluznik i in., 1986; Southwick, Yehuda i Giller, 1991), powstawały także prace dotyczące specyfiki stresu bojowego (Figley i Nash, 2010; Nash, 2010a i b; Nash i Baker, 2010). Opracowania te są interesujące w kontekście niniejszej pracy, szczególnie ze względu na kwestię uprawomocnienia statusu badań odległych następstw ekstremalnego stresu, które przeprowadzone zostały po kilkudziesięciu latach od działania stresora. Bezsprzecznie dowodziły one bowiem istnienia negatywnego wpływu doświadczeń traumy na aktualne wewnętrzne i interpersonalne funkcjonowanie znacznej części badanych.

## **Badania więźniów obozów hitlerowskich oraz ocalałych z Holocaustu**

Drugim kierunkiem zainspirowanym ekstremalnymi doświadczeniami społeczeństw i narodów w okresie II wojny światowej były badania więźniów nazistowskich obozów koncentracyjnych, gett oraz obozów pracy.

Przeżycia ocalałych, wykraczające poza ludzkie możliwości adaptacji (a często nawet wyobraźni), doprowadziły do powstania nowych określeń, opartych na zewnętrznych cechach traumy i reakcjach badanych osób, specyficznych tylko dla tego typu stresu. Były to: **astenia poobozowa**, **astenia po-**

stępująca i KZ-syndrom (Kępiński, 1970; Ryn, 1981; Szymusik, 1964; 1974). Bardziej ogólne i uniwersalne charakterystyki zachowań zawierały koncepcje **syndromu ocalałego** (Niederland, 1968) i **konstelacji ocalałego – syndromu posttraumatycznego** (Lifton, 1980, 1993). W ramach szeroko zakrojonych badań, prowadzonych na całym świecie, ważny wkład stanowiły prace polskie dotyczące różnorodnych aspektów pobytu w obozach koncentracyjnych w Oświęcimiu i Brzezince, rozpoczęte w latach 60. XX wieku (opisane w rozdziale pierwszym i drugim).

Innym kluczowym nurtem były badania i opracowania naukowców amerykańskich i izraelskich na temat ocalałych z Holocaustu. Zostały one zawarte w wielu artykułach, pracach zbiorowych i materiałach pokonferencyjnych (Antonovsky i in., 1971; Dimsdale, 1980; Eaton, Sigal i Weinfeld, 1982; Z. Harel, B. Kahana i E. Kahana, 1993; Krystal, 1968; Yehuda i in., 1998). Oprócz celów badawczych ich podstawowym zamierzeniem było przełamanie u osób postronnych często wyrażanej obojętności i braku zainteresowania w konfrontacji z opowieściami o nieludzkich cierpieniach, które stały się doświadczeniem milionów ludzi. Daniela (1985, 1988) nazwał tę społeczną formę wyparcia „zmową milczenia” (*conspiracy of silence*), a Eitinger (1980) analizował jej mechanizmy, przedstawiając konflikt pomiędzy **ofiara** a **obserwatorem**. Opisywane wówczas problemy i zagadnienia bliskie były obecnej kondycji badań nad represjonowanymi z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956.

Naukowcy prowadzący badania następstw Holocaustu koncentrowali się na opisie psychicznych i somatycznych reakcji w trakcie nawracających wspomnień o urazie oraz na problematyce przystosowania się byłych więźniów do życia w normalnych warunkach. Choć nie negowano uniwersalnego wzorca reakcji na traumatyczne wydarzenia, w opracowaniach tych częste były sugestie (Eaton, Sigal i Weinfeld, 1982; Z. Harel, B. Kahana i E. Kahana, 1993) o dość znacznych różnicach indywidualnych w adaptacji ofiar i o roli cech osobowości przedurazowej.

W latach 70. XX wieku pojawiły się także prace dotyczące oddziaływania traumatycznych zdarzeń na tzw. drugie pokolenie – dzieci ocalałych, które nie miały bezpośredniego kontaktu z obozem. Zauważono (Solomon, 1995; Yehuda i in., 1998), że dzieci te odznaczają się podobną konstelacją psychopatologicznych cech jak ich rodzice, co świadczy o długotrwałym, ponadgeneracyjnym wpływie traumatycznych wydarzeń i szczególnej transmisji pokoleniowej zaburzeń. Figley (1986) nazwał to zjawisko rodzajem wtórnej (drugiej) traumatyzacji (*secondary traumatization*).

Omawiając problematykę odległych następstw Holocaustu, Lomranz (1995, s. 227) podsumował istniejące w latach 1974–1990 kierunki i nurty badań. Dotyczyły one najczęściej psychopatologii (38 badań), funkcjonowania intrapsychnicznego (23), badania rodzin (8), zaburzeń zachowania (6), relacji społecznych (6), komunikacji (6), jakości życia i samopoczucia (5), efektów terapii (6), a także m.in. snów i koszmarów sennych, religii, zdrowia, odporności, roli wsparcia i strachu przed śmiercią. W większości opracowań (73 na 108 znanych Lomranzowi) poddawano analizie konsekwencje stresu w ramach paradygmatu

psychoanalitycznego lub psychodynamicznego. Ponadto Lomranz zauważył, że 42 prace dotyczyły zagadnień teoretycznych, 37 prezentowało studia przypadków, a jedynie 29 opierało się na badaniach empirycznych.

### 1.1.3. Badania amerykańskich weteranów wojny wietnamskiej oraz dalsze badania skutków traumy wojennej

Powszechnie zainteresowanie tematyką stresu posttraumatycznego powstałego wskutek walki frontowej wiązało się z ujawnianiem problemów w adaptacji do życia w społeczeństwie u weteranów wojny w Wietnamie. W pracach badawczych (Catherall, 1989; Glover, 1988; Hunter, 1993; Laufer, Frey-Wouters i Gallops, 1985; Scurfield, 1993) podejmowano temat patologicznych następstw i skutków tego typu stresu na płaszczyźnie zdrowotnej, psychicznej i społecznej w tej grupie ocalałych. Badania te doprowadziły do wyróżnienia w amerykańskich klasyfikacjach psychiatrycznych syndromów opisujących objawy, które przejawiali weterani wojny wietnamskiej: *post-Vietnam syndrome* i *postcombat syndrome* („syndrom powietnamski”, „syndrom zmęczenia walką”) (Scurfield, 1993), a w roku 1980 – do uznania przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD) jako odrębnego zaburzenia i wpisania go do klasyfikacji DSM-III.

Obecnie prace nad skutkami traumy wojennej (wojen w Libanie i Zatoce Perskiej oraz kontynuowane badania nad weteranami wojny w Wietnamie) mają także na celu scharakteryzowanie specyficznego dla weteranów zaburzenia pod nazwą *combat stress reaction* – CSR („reakcja na stres bojowy”). Mają w zamierzeniu ukazać podobieństwa i różnice pomiędzy tym rodzajem zaburzenia a PTSD (Solomon, 1993, 1995).

### 1.1.4. Badania związane z innymi czynnikami stresogennymi (kataklizmy naturalne, wypadki, choroby, przemoc seksualna, terroryzm itp.)

Po II wojnie światowej rozwinął się także nurt badań nad psychicznymi następstwami ofiar naturalnych kataklizmów. W piśmiennictwie polskim ich charakterystykę można odnaleźć między innymi w artykule Heitzmana (1998), pracy zbiorowej pod redakcją Popiołek (2001) i monografii Kaniastego (2003). Do najczęstszych zaliczono przeżycie zdarzeń, które cechuje gwałtowność, nieprzewidywalność stresora, takich jak: powodzi (np. powódź w amerykańskim miasteczku Buffalo Creek: Green, 1993, 1995), trzęsień ziemi, huraganów, wybuchów wulkanów (Murphy, 1986), pożaru, katastrof ekologicznych (np. awaria w elektrowni atomowej w Czarnobylu: Bromet, 1995) i wypadków drogowych (Solomon i Davidson, 1997). Inną grupę badań z pogranicza kryzysu i stresu traumatycznego stanowiły te nad konsekwencjami ciężkich/przewlekłych chorób (Heszen-Niejodek, 1995; Łosiak, 1994), traumy interpersonalnej (Widera-Wysoczańska i Kuczyńska, 2011; 2012) – przemocy wobec kobiet lub dzieci

(Cohen, Mannarino i Deblinger, 2011; Herman, 1999; Macksoud, Dyregrov i Raundalen, 1993; Widera-Wysoczańska, 2010), tortur i zmasowanej przemocy politycznej (Cunningham i Silove, 1993; Jaffa, 1993; Juhler, 1993; Turner i Gorst-Unsworth, 1993; Turner i Hough, 1993), wreszcie uprowadzeń grupowych i indywidualnych związanych z międzynarodowym terroryzmem, walką frakcji politycznych i religijnych (Cairns i Wilson, 1993).

### 1.1.5. Polskie badania stresu pourazowego związanego z totalitaryzmem

#### **Badania ofiar totalitaryzmu hitlerowskiego – ocalałych i tzw. drugiego pokolenia**

W Polsce z inicjatywy Kłodzińskiego i Kępińskiego badania nad ocalałymi z niemieckich obozów koncentracyjnych zapoczątkowane zostały w latach 60. XX wieku przez grupę pracowników Kliniki Psychiatrycznej w Krakowie, przede wszystkim lekarzy i psychologów. Podstawowe badania przeprowadzono w latach 1959–1961, druga ich tura odbyła się w latach 1966–1968 i w 1973 roku (Kępiński, 1994; Szymusik, 1991). Stanowiące rezultat tych działań, zapisane przez Kępińskiego, refleksje na temat KZ-syndromu (Kępiński, 1970, 1994) stanowią do dziś jeden z najdoskonalszych i najpełniejszych opisów psychopatologicznych następstw urazów i doświadczeń obozowych. Inni badacze (Jagoda, Kłodziński i Masłowski, 1976; Jakubik, 1981, 1986; Leśniak, 1965; Kłodziński, 1972; Orwid, 1964; 2009; Szymusik, 1964) koncentrowali się także na klasyfikacji i typologii objawów somatycznych i psychicznych lub analizowali problemy orzecznictwa i kontekst historyczny, prawny, polityczny, socjologiczny i etyczny zbrodni dokonanej w Oświęcimiu (w latach 1961–1991 pracom na temat różnych aspektów pobytu w obozach koncentracyjnych poświęcony był każdy pierwszy numer *Przeglądu Lekarskiego*; łącznie w tych latach ukazało się około 200 publikacji na ten temat).

Podobnie jak w krajach zachodnich w latach 70. XX wieku były w Polsce prowadzone badania nad odległymi następstwami stresu u ocalałych z Holocaustu i w tzw. drugim pokoleniu (Banach i Dominik, 1985; Dominik, 1979; Orwid, Domagalska-Kurdziel i Pietruszewski, 1994a i b).

Obecnie w krakowskiej klinice kontynuowane są prace systematyzujące i syntetyzujące zgromadzony przez kilkadziesiąt lat materiał badawczy (Orwid, 1997; Ryn, 1981; Szymusik i Gierowski, 1996).

W ośrodku warszawskim zespół Lis-Turlejskiej prowadził badania nad stylami radzenia sobie ze stresem i adaptacją byłych więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych. Opublikowane przez autorkę wyniki analiz jakościowych i ilościowych akcentowały możliwości badanych w zakresie pozytywnej reinterpretacji traumatycznych wydarzeń (Lis-Turlejska, 1998, 2002).

Rozpoczęte w latach 60. XX wieku badania osób więzionych i prześladowanych w hitlerowskich obozach koncentracyjnych były punktem odniesienia dla wszystkich późniejszych polskich badań nad odległymi konsekwencjami sys-



temów totalitarnych, w tym także dla niniejszej pracy. Trudno bowiem uniknąć porównań zasad i metod obydwu totalitaryzmów, nie da się także pominąć w rozważaniach ich skutków, które pozostawiły ślady zarówno w psychice jednostek, jak i w świadomości całego narodu polskiego.

### **Badania osób przesiedlonych na Syberię oraz osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956**

Od 1989 roku w Zakładzie Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii UJ badania objęte zostały osoby prześladowane na terenie dawnego Związku Radzieckiego (tzw. sybiracy) oraz ofiary polityki prowadzonej przez polskie powojenne służby bezpieczeństwa. Informacje uzyskane na temat losów sybiraków (Monné-Dzikowska i Wilczyńska, 1991; Potoczek, 1990; Szymusik i Gierowski, 1996) raczej upoważniały do wstępnych uogólnień niż do ustalenia całościowej i spójnej sylwetki ocalonego. Także badania zachodnie prowadzone wśród tych osób skupiały się głównie na odnajdywaniu różnic i podobieństw pomiędzy adaptacją sybiraków a przystosowaniem się do życia osób poddanych innym formom prześladowań. Przykładem takiego pomocniczego traktowania powyższej grupy mogą być opracowania Eitingera i jego współpracowników (Eitinger, 1980).

Prowadzone od lat 60. XX wieku prace nad charakterystyką ofiar przemocy niemieckiego totalitaryzmu znalazły kontynuację w postaci badań odległych następstw stresu pourazowego u ofiar aresztowań i uwieńień dokonywanych przez polski urząd bezpieczeństwa w latach 1944–1956. Działania te były realizowane przez zespół Ryna i Gierowskiego. Powstałe w ramach tego tematu badawczego opracowania (Czaja i Gierowski, 1997, 1999; Gierowski, 1996; Heitzman, 1995; Heitzman i Rutkowski, 1997; Rutkowski, 1999) dotyczyły metodologicznych aspektów oceny skutków przeszłej traumy, definicyjnych kryteriów PTSD, somatycznych i psychicznych następstw traumatycznego stresu u ocalałych z prześladowań. Niniejsza praca bezpośrednio kontynuuje wymienione prace, stanowi też próbę podsumowania zebranych danych empirycznych dotyczących represjonowanych w latach 1944–1956.

Za odrębny kierunek rozważań dotyczących powyższej grupy osób można uznać próbę analizy psychohistorycznej dokonaną przez Kurowską (1994) i Ochynowskiego (1997). Z przyjętej przez siebie perspektywy badawczej, wykorzystującej charakterystykę zewnętrznych cech stresora (nasilenie represji w poszczególnych fazach okresu stalinowskiego), opisali oni reakcje na stres, sposoby adaptacji, postawy wobec agresorów i wobec koncepcji lustracji, które prezentowały osoby prześladowane w Polsce w latach 1944–1956. Ważne w tym nurcie badań były także teoretyczne opracowania powstałe pod kierunkiem Sieka (1995), mające na celu charakterystykę metod dezintegracji osobowości w obozach oraz więzieniach okresu stalinizmu, stosowanych przez służby śledcze i więzienne. Wobec faktu, że analizy te dokonane zostały na podstawie opublikowanych wspomnień represjonowanych oraz dokumentów źródłowych, mogą dostarczyć historycznych egzemplifikacji na temat tego okresu, bardzo słabo opisanego w literaturze naukowej.

Reasumując, należy podkreślić, że badania problematyki stresu pourazowego prowadzono wielokierunkowo. Ważnym nurtem były opracowania dotyczące wpływu zjawisk i wydarzeń historycznych na funkcjonowanie jednostek, grup i społeczeństw. Pomimo nieznacznych różnic wyniki większości badań sugerowały podobieństwo psychicznej odpowiedzi na wszystkie rodzaje traumas, co mogło potwierdzać tezę o wkładzie osobowych, wewnętrznych czynników w proces radzenia sobie ze stresem oraz powstawaniu podobnych (w głównych wymiarach, takich jak podwyższony poziom lęku lub depresja) odległych następstw stresogennych wydarzeń.

## 1.2. Metodologia badań stresu pourazowego

### 1.2.1. Metody diagnozy następstw ekstremalnego stresu

W literaturze naukowej dotyczącej następstw ekstremalnego stresu wiele miejsca poświęcono opisowi metod ich diagnozy (Allen, 1994; Baum i in., 1993; Joseph, Williams i Yule, 1997; Wolfe i Keane, 1993). Najczęściej narzędzia te opierały się na symptomatologii zespołu PTSD lub były związane z wyszczególnianiem i dookreślaniem sytuacji stresogennych. Ponieważ nadal za mało jest w Polsce metod precyzyjnie mierzących występowanie i natężenie objawów PTSD, ważne wydaje się przytoczenie nazw podstawowych narzędzi służących do badania tego zaburzenia stosowanych na świecie. W najnowszych opracowaniach Allen (1994) oraz Joseph, Williams i Yule (1997) przyjmowali podział metod diagnozy na miary:

- 1) oparte na ustrukturyzowanym wywiadzie:
  - Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) Spitzera i Williamsa,
  - Post-Traumatic Stress Disorder Interview (PTSD-I) Watsona, Juby, Manipolda, Kucali i Andersona – wykorzystany w wersji polskiej do badań empirycznych opisanych w tej pracy;
- 2) oparte na samoopisie badanych:
  - metody psychometryczne mierzące występowanie i głębokość objawów PTSD, np. Impact of Events Scale Horowitza, Mississippi Scale for Combat-related PTSD Keane'a, Caddella i Taylor i 49-pytaniowa podskala testu MMPI (PK-MMPI) Keane'a, Malloya i Fairbanka;
- 3) określające objawy związane i współwystępujące z PTSD:
  - miary objawów oparte na samoopisie badanych, np. MMPI, Symptom Checklist-90, Inwentarz Depresji Becka, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera),
  - miary określające funkcjonowanie rodzinne, np. Family Environment Scale,
  - eksperymentalno-laboratoryjne miary określające biologiczne, fizjologiczne, intelektualne i emocjonalne konsekwencje stresu posttraumatycznego, np. Rorschach, Stroop Interference Task, EEG, EMG;

4) określające objawy u dzieci:

- Children's Post-Traumatic Stress Disorder Inventory Saigha,
- Impact of Event Scale Horowitza.

Dokonując analizy dostępnych metod i technik wykorzystywanych w badaniach następstw stresu pourazowego, Baum ze współpracownikami (1993) konkludował, że brakuje wystandaryzowanych, specyficznych dla PTSD, metod do określenia zarówno natury stresora, jak i głębokości następstw stresu. Uważał, że dotychczasowe miary stresora były obciążone trzema rodzajami błędów. Błąd pierwszego rodzaju polegał na tym, że każde z traumatycznych zdarzeń i mierzących je testów było w sposób istotny odmienne od innych. Błąd drugiego typu związany był z brakiem możliwości dokładnego i ostatecznego określenia wszystkich aspektów straty, poniesionej przez badanego na skutek PTSD, w badaniach występowały więc duże problemy najczęściej już na etapie operacjonalizacji zmiennych i przy konstruowaniu skal odpowiedzi. Błąd trzeciego rodzaju wynikał z tego, że trudno było wytypować wszystkie czynniki indywidualne, pośredniczące w procesie adaptacji do traumy. Baum (1993, s. 132) postulował zatem przejście do badań stresu pourazowego znanych i popularnych metod wykorzystywanych w psychopatologii ogólnej, jako bardziej poprawnych metodologicznie i umożliwiających szerszy kontekst porównań.

W odniesieniu do warunków polskich niekorzystny był fakt małej popularności i braku polskiej standaryzacji i normalizacji większości wymienionych testów. Wyjątek stanowią PTSD-I (Watson, 1990; Watson i in., 1991) i Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner i Alvarez, 1979; Zilber, Weiss i Horowitz, 1982), które przetłumaczone zostały przez Heitzmana i Lis-Turlejską (Skala Wpływu Zdarzeń, Heitzman, informacja osobista). Wykorzystanie w niewielkim zakresie uznanych na świecie metod uniemożliwia jednak szersze porównanie wyników uzyskanych w populacji polskiej osób narażonych na zdarzenia traumatyczne.

### 1.2.2. Problemy metodologiczne związane z diagnozą odległych skutków traumy

W badaniach odległych następstw stresu u ofiar systemu totalitarnego w Polsce można wyróżnić dwie zasadnicze perspektywy badawcze. Z jednej strony podejmowane były próby odtworzenia losów przeżyć bezpośrednich ofiar prześladowań, w celu ustalenia, jaki wpływ miały traumatyczne doświadczenia na ich dalsze życie, funkcjonowanie ich osobowości czy też występowanie objawów psychopatologicznych (Heitzman i Rutkowski, 1997; Rutkowski, 1999). Drugi kierunek badań zmierzał do określenia, czym są te tragiczne doświadczenia dla wszystkich Polaków i w jakim zakresie warunkują one nasze dzisiejsze postawy i poglądy (Kurowska, 1994). Niewiele zaś powstało opracowań, które usiłowałyby realizować oba te zamierzenia badawcze równocześnie, choć dotychczasowe prezentacje tego zagadnienia (Ochinowski, 1997; Szymusik i Gierowski, 1996) w pełni uzasadniają celowość szerszych poszukiwań w tym zakresie.

Badając ofiary prześladowań i represji mających miejsce w odległym czasie, należy mieć na uwadze kilka kwestii. Dotyczą one metodologicznych problemów związanych ze zbieraniem i analizą danych, diagnozą poszczególnych przypadków, wreszcie statusem PTSD w ramach naukowo pojmowanej psychopatologii. Problemy te były podnoszone w części teoretycznych i empirycznych prac badawczych (Gibbs, 1989; Heitzman, 1995; 2002; Kulka i Schlenger, 1993; Lomranz, 1995; op den Velde i in., 1993; Shmotkin i Sparr, 1990).

Pierwszym problemem był **ontologiczny status tego zespołu**, a więc realność patologicznych objawów i symptomów, mających źródło w przeżyciach odległych nieraz o kilkadziesiąt lat. Część wyników badań, jak również rozpraw teoretycznych nadal kwestionowała zasadność wprowadzania PTSD jako zespołu psychopatologicznego, wskazując np. na ograniczony czas występowania objawów (Z. Harel, B. Kahana i E. Kahana, 1993; B. Kahana, Z. Harel i E. Kahana, 1988; Kahana i in., 1988). Autorzy ci uważali, że wpływ stresu pourazowego na funkcjonowanie badanych znacząco maleje z czasem. Podkreślali także, iż nie należy przeceniać negatywnych konsekwencji urazu dla zdrowia i samopoczucia badanych. Poniżej zebrane zostały doniesienia falsyfikujące i potwierdzające ten pogląd.

W opisanych badaniach grupy psychiatrów z krakowskiej Kliniki Psychiatrycznej wykazano, że poobozowe zmiany osobowości występowały u 91% więźniów Oświęcimia. Eaton, Sigal i Weinfeld (1982) rozpoznali wpływ doświadczeń Holocaustu na aktualne funkcjonowanie 36% badanych po 33 latach od urazu. Badania op den Veldego i in. (1993) dowiodły, że po ponad 40 latach ok. 56% więźniów cierpiało na PTSD. W badaniach Goldsteina i in. (1987) przeprowadzonych po 40 latach w grupie byłych jeńców z II wojny światowej pełny zespół PTSD (według kryteriów DSM-III) rozpoznano tylko u połowy badanych, jednakże u ponad 90% występowały zaburzenia snu, sny nawiązujące do traumy, a u ponad 70% niekontrolowane, intruzywne wspomnienia ekstremalnych zdarzeń. Podobne doniesienia przedstawili inni badacze w odniesieniu do *made-man disasters* (Heitzman i Rutkowski, 1997; Kluznik i in., 1986; Zeiss i Dickman, 1989) i u osób narażonych na powódź w miasteczku Buffalo Creek (Green, 1993, 1995). Wyniki prac poszczególnych autorów zostały przedstawione w tabeli 1.

Podsumowując to zagadnienie, można stwierdzić, że poszukiwania badaczy bezsprzecznie dowiodły istnienia związku pomiędzy odległymi doświadczeniami traumatycznymi a różnorodnymi zaburzeniami, dyskomfortem psychicznym i problemami społecznymi osób, które ich doświadczyły. Różnice procentowe uzyskane w poszczególnych badaniach można tłumaczyć brakiem jednoznacznego zdefiniowania pojęcia wpływu traumy, odmiennością wykorzystanych metod oraz faktem zmiennego przebiegu zaburzenia.

Następnym zagadnieniem były **problemy związane z badaniem osób**, przede wszystkim w zakresie oceny możliwości symulowania objawów w celu uzyskania przez ocalałych moralnej oraz materialnej korzyści, albo odwrotnie – zaprzeczania zaburzeniom w obawie otrzymania obarczonej negatywnymi konotacjami diagnozy chorego psychicznie. Wśród trudności specyficznie związanych z badaniem osób narażonych na represje wymienić można także: nieufność

Tabela 1. Wyniki wybranych badań odległych następstw stresu pourazowego przeprowadzonych od 14 do 40 lat po wystąpieniu urazu

Doniesienia	Grupa	Przybliżony czas od urazu (w latach)	Wykazany związek urazu z aktualnym funkcjonowaniem (% osób)
Green, 1993, 1995	ocaleni z powodzi w Buffalo Creek	14	28
badania w krakowskiej Klinice Psychiatrii w latach 1959–1968 i 1973	więźniowie obozów koncentracyjnych	15–25	64
Eitinger, 1980	ocaleni z Holocaustu	20	99
Antonovsky, 1979	ocaleni z Holocaustu	25	71
Eaton, Sigal i Weinfeld, 1982	ocaleni z Holocaustu	33	36
Zeiss i Dickman, 1989	żołnierze amerykańscy z okresu II wojny światowej	40	56
Kluznik i in., 1986	amerykańscy żołnierze – jeńcy obozów japońskich	40	71
Goldstein i in., 1987	jeńcy obozów z okresu II wojny światowej	40	50
op den Velde i in., 1993	ocaleni z Holocaustu	40	56
Heitzman i Rutkowski, 1997	represjonowani politycznie w Polsce w latach 1944–1956	40	100

Źródło: opracowanie własne

wobec badań lekarskich mających pomóc w diagnozie PTSD (np. niechęć do wykorzystania wyników tomografii komputerowej w przypadku urazów głowy), dużą śmiertelność ocalałych (przedwczesny proces inwolucji uznawany był za jeden z objawów KZ-syndromu) oraz omawiane przez Heitzmana (1995) tendencje badanych do metasymulacji, gdy badania służą postępowaniu rentowemu i odszkodowawczemu.

Innych praktycznych trudności dostarczała sama natura zjawiska ekstremalnego urazu oraz problemy wynikające ze stosowania procedury *ex post facto*, wykorzystywanej w czasie badań (Brzeziński, 1997). W większości przypadków

niemożliwa była bowiem replikacja sytuacji osoby w naturalnym środowisku badawczym. Wszystkie informacje otrzymane były z wieloma kontrolowanymi lub niekontrolowanymi zmiennymi zakłócającymi (w przypadku represjonowanych zaliczyć do nich można było: pamięć, stereotypy, wiedzę historyczną, nastawienie wobec badającego). W rozwiązaniu tych trudności pewną wskazówkę stanowić mogły badania przeprowadzone przez McCaffreya i Bellamy-Campbell (1989), wykorzystujące skalę kłamstwa testu MMPI (skala „F”). Wspomniani badacze wykazali, że osoby z diagnozą PTSD uzyskują w niej najniższe wyniki spośród wszystkich grup klinicznych oraz w porównaniu z osobami zdrowymi. Dane te dostarczyły pośrednio dowodu zaprzeczającego poglądowi o możliwej symulacji objawów także przez grupę represjonowanych.

Istotne jednak wydaje się zastanowienie nad tematyką prowadzonych badań i płynącymi z tego wnioskami. Podsumowując dostępne dane na temat tych prac, Lomranz (1995, s. 326–328) wysunął szereg metodologicznych zastrzeżeń do dotychczasowych badań, ograniczających szerszy kontekst ich zastosowania. Dotyczyły one: silnego zakotwiczenia analiz w perspektywie psychoanalitycznej i psychodynamicznej; rozpatrywania następstw głównie na płaszczyźnie przeżywania wewnętrznego; rzadkiego występowania poprawnych metodologicznie badań empirycznych; analizowania niewielkich liczbowo grup badawczych, omijania zasad doboru grup, włączania do nich własnych pacjentów, braku grup porównawczych, ignorowania problemów wieku, płci, niekontrolowania zmiennych zakłócających; łącznego rozpatrywania wielu rodzajów traumy, zwracania uwagi przede wszystkim na trudności, zaburzenia i dezadaptacyjne reakcje badanych. Zdaniem Lomranza w rozwiązaniu ostatniego problemu powinna pomóc analiza następstw stresu pourazowego z perspektywy zarówno patologii, jak i możliwości rozwojowych ocalałych. Uważał on, że:

nie powinno się lekceważyć dużej części ofiar, które doświadczyły traumatycznych wydarzeń, ale nie objawiają patologii. Jeśli my chcielibyśmy zrozumieć wpływ, jaki uraz wywiera na wszystkie osoby, musielibyśmy naświetlić również takie aspekty, jak: dobre przystosowanie, zdrowie fizyczne i psychiczne, skuteczność w działaniu, umiejscowienie kontroli, bogactwo zasobów, siłę ego, kompetencje, poczucie, na czym polega własny dobrostan, wewnętrzną siłę, zdolność do samoaktualizacji i do twórczości. Nazwa „reakcja na stres traumatyczny” wydaje się odpowiedniejsza dla określenia bardziej zróżnicowanych, także pozytywnych podejść do konsekwencji traumy i dzięki temu implikuje stawianie różnorodnych pytań badawczych [...]. Następstwa posttraumatyczne powinny być badane nie tylko w kategoriach psychopatologii (Lomranz, 1995, s. 329)\*.

Aby ten cel osiągnąć, postulował on także badania, które łączyłyby podejścia idiograficzne i nomotetyczne, oraz określił koncepcję salutogenetyczną Antonovsky’ego jako jeden ze sposobów nowego spojrzenia na konsekwencje stresu.

---

\* Cytaty angielskie tu i dalej w tłumaczeniu autorki.

Obecnie w badaniach na ten temat ważne są więc nadal retrospektywne poszukiwania, ukazujące rozpowszechnienie i czas utrzymywania się symptomów PTSD po zadziałaniu stresora. Należy jednak pamiętać, że współczesna wiedza na temat tej kategorii pozwala przypuszczać, że niemożliwe jest mierzenie zespołu stresu pourazowego jako stabilnego zjawiska – jego natężenie zmienia się w czasie i jest związane z kompleksem czynników indywidualnych i środowiskowych.

Z sytuacją badania związane były także **wątpliwości dotyczące poziomu i jakości kontaktu diagnostyczno-terapeutycznego**, możliwości zrozumienia i oceny przeżyć wykraczających poza doświadczenia zwykłych ludzi. Reakcje badaczy i terapeutów podczas konfrontacji z niewyobrażalnym opisami ekstremalnie trudnych i traumatycznych zdarzeń przedstawił Danieli (1988). Zaliczył do nich: przekonanie o winie ocalałego; gniew, wstyd, lęk, zgrozę i przerażenie; tendencję do wspólnego „opłakiwania”, poczucie bycia „wyzwolicielem” (*liberator*); postrzeganie ocalałego jako bohatera; poczucie posiadania specyficznych umiejętności i predyspozycji do badania grup represjonowanych; przekonanie o specyficznej więzi i bezsłownym zrozumieniu badanych; a także poczucie bycia również prześladowanym w przeszłości. Reakcje te stanowiły utrudnienie przy zbieraniu danych, które powinny być obiektywne, oraz przy udzielaniu pomocy ocalałym.

Kolejnym typem trudności podnoszonych przez wielu naukowców (Baum i in., 1993; Kulka i Schlenger, 1993; Shmotkin i Lomranz, 1998) był **brak metodologicznie poprawnych narzędzi**, oparcie większości badań na intrapsychicznych danych zebranych metodą wywiadu, uogólnienia dokonywane na podstawie wyników badań przeprowadzonych w relatywnie małych grupach, trudności z ustaleniem podstawowych tematów i pytań badawczych.

Ocena odległych następstw przewlekłego stresu u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce stwarzała także szereg specyficznych, trudnych do pokonania **problemów metodologicznych** (Czaja i Gierowski, 1997). Podstawowa przeszkoda, którą należało sobie uświadomić, była związana z prawie całkowitą nieprzekładalnością scenerii, atmosfery i pojęć okresu stalinizmu na schematy poznawcze współczesnego Polaka. Dodatkowe problemy stwarzała okoliczność, że opisywany stres dotyczył sytuacji tortur fizycznych i znieważania godności osoby – sytuacji skrajnie zagrażającej, ekstremalnej, niewyobrażalnej dla przeciętnego człowieka. Nieustanna konfrontacja z kwestiami śmierci, sensu i wartości ludzkiego istnienia czy granic cierpienia była bolesna nie tylko dla osoby badanej, która jeszcze raz musiała przeżyć swoje najtrudniejsze doświadczenia, lecz również dla badacza, któremu niełatwo było zachować obiektywizm, poznawczą obojętność i dystans emocjonalny.

Lata represji o większym i mniejszym nasileniu musiały uruchomić u osób, które przeżyły, najróżniejsze postawy i mechanizmy obronne, utrudniające w znacznym stopniu odtworzenie rzeczywistego przebiegu aresztowania czy uwięzienia. Niemniej jednak należy podkreślić, że interpretacja psychologiczna pozwalała na częściowe uniezależnienie się od płaszczyzny historycznej, skupienie się na tym, co było subiektywną prawdą ocalałego, funkcjonującą do

dziś w jego pamięci. Tak rozumiana analiza zmuszała jednak słuchającego do konfrontacji z wątpliwościami natury etycznej, dotyczącymi głębokości i zakresu szczerości relacji oraz wymagającymi ustosunkowania się do wyborów i rozstrzygnięć podejmowanych przez badanych, niejednokrotnie dwuznacznych z perspektywy moralnej.

Z badaniami łączyły się także trudności w zakresie wyboru sposobu zbierania informacji. Specyfika grupy badanych, ich wiek, duża męczliwość, choroby somatyczne, bardzo częste zaburzenia o etiologii organicznej, manifestujące się dysfunkcjami procesów poznawczych, uniemożliwiały przeprowadzenie kompleksowych badań łączących w sobie elementy wywiadu klinicznego i standaryzowanych metod testowych. W tej sytuacji środkami o szczególnym znaczeniu wydawały się wywiad i rozmowa psychologiczna. Ułatwiały one nawiązanie relacji, pomagały określić płaszczyznę i poziom rozmowy, ułatwiały budowanie zaufania – elementy tak ważne w zetknięciu z podejrzliwością, lękiem i sensorywnością osób przez dziesiątki lat traktowanych przedmiotowo, wskutek swoich przeżyć spychanych na margines społeczeństwa, szukanowanych za wspomnianie swojej przeszłości. Materiał uzyskany na podstawie rozmowy czy wywiadu klinicznego nie w pełni odpowiadał wymogom mierzalności i obiektywności, nie wspominając już o replikowalności badań i weryfikowalności danych. Wykorzystanie tylko tych dwóch metod utrudniłoby więc precyzyjne określenie roli indywidualnych zmiennych charakterologiczno-osobowościowych w procesie przezwyciężania, czy też przystosowania się do sytuacji trudnej, oraz diagnozę istoty związku przyczynowego pomiędzy obecnym stanem psychicznym a tak odległymi w czasie wydarzeniami traumatycznymi. Biorąc pod uwagę wszystkie opisane powyżej problemy metodologiczne, w pracy przyjęto odpowiednią procedurę oraz kompleksowe metody badawcze (opisane w rozdziale siódmym).

### 1.3. Stres pourazowy – odniesienia do podstawowych koncepcji stresu i radzenia sobie z nim

Zainteresowanie badaczy wielu dyscyplin, m.in. psychologii, medycyny, socjologii i pedagogiki, skupiało się od szeregu lat na istocie stresu, czynnikach wywołujących reakcje stresowe, sposobach radzenia sobie w sytuacji zagrożenia oraz jej konsekwencjach dla organizmu. Ze względu na różnorodność konceptualizacji stresu w tej dziedzinie pozostało wiele zagadnień otwartych i kwestii wzbudzających kontrowersje. Szczegółowe ich przedstawienie i analiza przekraczałyby zakres tematyczny tej pracy. Ze względu na określony charakter niniejszego opracowania zostały wybrane tylko te zagadnienia, które według autorki bezpośrednio nawiązywały do koncepcji stresu pourazowego, chociaż zdaniem części badaczy (np. Lis-Turlejskiej, 1998 czy Wilsona i Raphaela, 1993a,b,c), dziedzina ta rozwijała się odrębnie, wypracowując własne kierunki badawcze i specyficzne obszary zastosowań. Ta samodzielna subdyscyplina naukowa zwana „psychotraumatologią” (Everly i Lating, 1995) zajmuje się badaniami nad urazem psychicznym spowodowanym ekstremalnymi bodźcami. Według jedne-



go z bardziej znanych przedstawicieli tej dziedziny, Everly'ego (1995a, s. 5), tematy badawcze podejmowane w jej ramach stanowią próbę kontynuacji prac nad określeniem wpływu trzech grup czynników. Pierwszą grupę stanowią czynniki poprzedzające traumę, takie jak: historia rozwoju osobistego, historia rodziny, predyspozycje osobowościowe, czynniki ryzyka zawodowego, cechy zachowania przed urazem, predestynujące do zaburzeń cechy psychiczne. Do drugiej należą zmienne występujące w momencie pojawienia się sytuacji ekstremalnej, a więc stresogenne: cechy środowiska, stosunki międzyludzkie, okoliczności i sytuacje, uwarunkowania psychologiczne i biologiczne. Trzecią grupą są reakcje będące następstwami traumatycznej sytuacji: psychologiczne reakcje na traumę, jej następstwa w centralnym układzie nerwowym, w układzie fizjologicznym oraz w ogólnym zdrowiu i samopoczuciu, konsekwencje dostrzegane w zachowaniu, a także w relacjach rodzinnych i statusie socjoekonomicznym. Niniejsze opracowanie podejmuje szereg powyższych problemów, szczególnie koncentrując się na charakterystyce zagadnień z ostatniej grupy.

W kontekście zmiennych wpływających na powstanie odległych następstw stresu pourazowego ważne wydawało się zaprezentowanie historycznych rozbieżności pomiędzy badaczami pojmującymi stres w kategoriach bodźca, reakcji lub interakcji dwóch typów czynników – sytuacyjnych i indywidualnych, oraz przedstawienie najbardziej popularnego współcześnie rozumienia zjawiska stresu. Ze względu na poruszane zagadnienia adaptacji i radzenia sobie w czasie traumatycznych zdarzeń skrótkowo przybliżono także ogólne koncepcje radzenia sobie ze stresem we współczesnych teoriach psychologicznych. Ostatnie zagadnienie, tzn. radzenie sobie ze stresem, mające podstawowe znaczenie w badaniach osób przeżywających ekstremalne sytuacje, ma na celu ukazanie koncepcji Antonovsky'ego w perspektywie teorii stresu i radzenia sobie z nim (została ona także szerzej przedstawiona w rozdziale czwartym).

Tematyka stresu została podjęta po raz pierwszy w latach 30. XX wieku. Używane wówczas pojęcie stresu niewiele miało wspólnego z jego współczesnym rozumieniem (Terelak, 2001), było jednak pierwszą próbą nazwania i określenia reakcji organizmu na szkodliwy bodziec. Kwestie badania stresu fizjologicznego przybliżył Selye (1960, 1977), twórca modelu ogólnego zespołu adaptacyjnego (GAS). Powstanie współczesnego rozumienia kategorii stresu psychicznego wiązało się natomiast z opublikowanymi w książce Grinkera i Spiegela *Men under stress* (1945) badaniami następstw silnego stresu w grupie żołnierzy amerykańskich. Późniejsze prace nad stresem prowadzone były wielokierunkowo i wielopłaszczyznowo. Według Wrześniewskiego i Lepczyńskiego (1985) obejmowały one różnorodne typy badań, takie jak: badania fizjologiczne i biologiczne, psychologiczne badania laboratoryjne (związane z poznawaniem reakcji na eksperymentalne sytuacje stresu), badania osób chorych somatycznie (w celu określenia stresu związanego z chorobą i zdrowieniem oraz z mechanizmami radzenia sobie ze stresem), badania demograficzne i socjologiczne.

Prace dotyczące stresu o ekstremalnym natężeniu, pomimo że stanowiły odrębną, hermetyczną i specyficzną dziedzinę wiedzy, nawiązywały do głównych teoretycznych paradygmatów badań nad stresem. Należały do nurtu ba-

dań pozalaboratoryjnych, związanych z sytuacjami naturalnymi, kryzysami i dramatycznymi zdarzeniami. We współczesnej literaturze przedmiotu pojęcie wydarzeń kryzysowych odróżnia się jednak od zdarzeń związanych ze stresem traumatycznym. W definicji Sęk wydarzenia krytyczne rozumiane są jako przewlekłe sytuacje, zakłócające:

funkcjonowanie układu jednostka–otoczenie, powodujące taki stan destabilizacji, takie zaburzenie równowagi w ustalonych formach przystosowania jednostki, że dotychczasowe formy zachowania się są niewystarczające i nieprzydatne. Krytyczne wydarzenie wymaga więc istotnych zmian w mechanizmach przystosowania i w tym właśnie wyraża się jego najbardziej krytyczny (punkt zwrotny) charakter. Ta konieczność dokonania istotnych zmian w zachowaniu i w życiu odróżnia [...] krytyczne wydarzenia od zjawisk stresowych (Sęk, 1993, s. 489).

W opinii autorki zdarzenia krytyczne mogą wywoływać pozytywne lub negatywne konsekwencje – są „potencjalnie dwuwartościowe” (Sęk, 1993, s. 489). Także inne definicje zakładają rozróżnienie tych dwóch zjawisk. Przykładowo Heszen-Niejodek określa, że: „w przeciwieństwie do wydarzeń traumatycznych większość kryzysów ma charakter przewlekły, wysiłki przystosowawcze przybierają zatem formę nie jednorazowego aktu, ale przebiegającego procesu” (Heszen-Niejodek 1995, s. 8). W związku z powyższym należy stwierdzić, że stres traumatyczny charakteryzuje się większą gwałtownością stresora i krótszym czasem jego oddziaływania niż wydarzenia krytyczne, jednak ze względu na dość częste łączenie tych dwóch pojęć kwestie te wymagają dalszych gruntownych opracowań i ustaleń definicyjnych.

Rozumienie istoty stresu ewoluowało i obejmowało coraz to nowsze problemy i zagadnienia badawcze. Jak zauważył Łosiak:

termin stres, wprawdzie [...] rozumiany bardzo różnie, zaczął być powszechnie używany w pracach psychologicznych. [...] Zaletą opisywania zachowania człowieka wobec trudności za pomocą pojęcia stresu i pojęć z nim związanych była jego uniwersalność, możliwość stosowania do bardzo różnych zagadnień. Nie jest wykluczone, iż stanowi to jednocześnie pewną wadę i jest przyczyną tak dużych rozbieżności w definiowaniu tego pojęcia (Łosiak, 1994, s. 6).

Podstawową kontrowersją w opracowaniach wielu badaczy był dobór kategorii służących konceptualizacji stresu. W historii badań nad tą problematyką można wyróżnić trzy podstawowe perspektywy ujmowania tego zagadnienia – rozpatrywanie go w kategoriach bodźca (stresora), reakcji na sytuację stresującą lub (współcześnie) jako interakcji pomiędzy czynnikami związanymi zarówno z sytuacją, jak i osobą.

W ramach pierwszego nurtu definiowano **stres w kategorii bodźca**, sytuacji powodującej zagrożenie lub zaburzającej zachowanie, wywołującej przeciążenie i negatywne zmiany w organizmie. Badacze tego nurtu skupiali się na omawianiu rodzajów sytuacji stresogennych. Za najbardziej reprezentatywną

dla tego podejścia uważana była skonstruowana przez Holmesa i Rahego (1967) skala 43 zdarzeń życiowych, mierząca natężenie stresu na podstawie miejsca na liście – od śmierci małżonka po drobne wykroczenia przeciw prawu. W ramach tego kierunku rozwinęły się także badania i klasyfikacje dotyczące specyfiki stresora o krańcowo dużym natężeniu. Typologię stresogennych zdarzeń, których siła może być uznana za ekstremalną, stworzyli Figley i in. (1995, s. 489–490). Sytuacje te podzielone zostały na nagłe naturalne katastrofy (*sudden natural*; m.in. trzęsienia ziemi, powódzie, tornada, wybuchy wulkanów), długoterminowe naturalne katastrofy (*long-term natural*; np. epidemie, głód), nagłe zdarzenia powodowane przez ludzi (*sudden man-made*; m.in. wypadki samochodowe, katastrofy technologiczne, eksplozje nuklearne, pożary, skażenie środowiska) i długoterminowe zdarzenia powodowane przez ludzi (*long-term man-made*; m.in. przesiedlenia, wojny). Wśród polskich badań i analiz, koncentrujących się na określeniu specyfikacji stresora, a dotyczących represji politycznych okresu stalinowskiego, można wymienić opracowania Ochynowskiego (1997) i Sieka (1995).

Drugi nurt wyznaczały **konceptje wiążące stres z reakcjami ludzi na negatywne doświadczenia**. Kierunek ten zapoczątkowały badania fizjologiczne i biologiczne Selyego (1960, 1977). Stres utożsamiany był tu ze stanem osoby, najczęściej z psychofizjologicznymi skutkami szkodliwego bodźca. W ramach badań nad stresem pourazowym można wyróżnić dwa kierunki. Pierwszy określał stres posttraumatyczny jako zbiór specyficznych reakcji na uraz (Glover, 1988; Lifton, 1980, 1993; Nederland, 1968). W tym podejściu prowadzono liczne badania empiryczne pozwalające na gromadzenie informacji na temat występowania szczegółowych objawów psychopatologicznych jako odległych następstw stresu pourazowego (Green, 1993, 1995; Z. Harel, B. Kahana i E. Kahana, 1993; op den Velde i in., 1993; Turner i Gorst-Unsworth, 1993). Przedstawiciele drugiego kierunku opisywali fazy charakteryzujące powstanie PTSD (Horowitz, 1993; Lifton, 1993).

Krytyka jednostronności dwóch powyższych nurtów opisu i rozumienia stresu doprowadziła Lazarusa (Lazarus, 1986; Lazarus i Folkman, 1984) do stworzenia **teorii transakcyjnej** (relacyjnej, interakcyjnej, fenomenologiczno-poznawczej), skoncentrowanej na rozpatrywaniu dwustronnego, dynamicznego wpływu obydwu grup czynników, związanych z sytuacją i jednostką. Dlatego we współczesnych koncepcjach dominuje stanowisko, że stres jest: relacją, „zakłóceniem lub zapowiedzią zakłócenia równowagi pomiędzy zasobami czy możliwościami jednostki z jednej strony, a możliwościami otoczenia z drugiej” (Heszen-Niejodek, 1996, s. 13). W opinii Heszen-Niejodek (1996, 2000, 2013), prekursorskimi pracami uwzględniającymi takie rozumienie stresu były w Polsce prace Reykowskiego (1966).

Próbie zastosowania podejścia transakcyjnego do analizy reakcji na stres o ekstremalnym natężeniu i do opisu jego odległych konsekwencji podjęli Brenner, Roskies i Lazarus (1980). Dodatkowo należy wspomnieć, że piszą oni w swojej pracy:

Aby być zdolnym do efektywnego działania w każdej stresowej sytuacji, jednostka musi mieć nie tylko specyficzne zdolności radzenia sobie, ale także posiadać ogólny obraz świata jako uporządkowanego i swojej własnej roli w świecie (Brenner, Rookes i Lazarus 1980, s. 252).

Ze względu na podkreślanie autorów, że każda konfrontacja ze stresem jest modyfikowana przez czynniki wewnętrzne – poznawczą wizję siebie i otoczenia, pogląd ten był zbliżony z podstawami koncepcji salutogenetycznej Antonovsky'ego.

Kontynuacją i uzupełnieniem podejścia relacyjnego były teorie salutogenetyczna Antonovsky'ego (1979, 1995; por. rozdziały czwarty i piąty niniejszej pracy) i model zachowania zasobów Hobfolla (1989; 2006; 2012; omówiona szerzej w rozdziale czwartym) oraz ich aplikacje w analizie stresu pourazowego (Antonovsky i in., 1971; Hobfoll, Briggs i Wells, 1995; Hobfoll i de Vries, 1995). Także inni badacze reakcji posttraumatycznych, związani z podejściem relacyjnym, np. Gibbs (1989) lub Lomranz (1995), podkreślali dwustronny związek siły urazu i cech osobowych w adaptacji pourazowej. Podejście to pozostaje nadal najpopularniejsze w analizie zagadnienia PTSD. Niniejsza praca, przyjmując paradygmat salutogenetyczny, akcentuje wzajemny wpływ okoliczności represji i cech indywidualnych osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce.

W ostatnich latach można było zauważyć zainteresowanie badaczy procesem **radzenia sobie ze stresem** w zagrażającej sytuacji. Jak to ujęła Heszen-Niejodek, podmiotowe traktowanie człowieka w kontekście stresu: „spowodowało przeniesienie punktu ciężkości ze stresu na radzenie sobie” (Heszen-Niejodek 1991, s. 14). Lazarus i Folkman (1984) określali pojęcie radzenia sobie ze stresem (*coping*) jako: „ciągle zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny, skierowany na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające lub przekraczające możliwości człowieka” (Lazarus i Folkman, 1984, s. 141). W opinii tych badaczy radzenie sobie ze stresem mogło ochronić jednostkę przed wpływem niekorzystnych zdarzeń. W literaturze poświęconej tej tematyce omawiane były także kwestie roli indywidualnych stylów i strategii w procesie radzenia sobie ze stresem oraz jego funkcji i skuteczności (efektywności). Według Lazarusa i Folkman (1984) radzenie sobie ze stresem determinowały czynniki sytuacyjne (formalne, takie jak: bliskość niebezpieczeństwa, niejasność sytuacji, stopień zagrożenia, częstotliwość jego występowania, oraz merytoryczne – rodzaj zdarzenia, wsparcie społeczne), a także osobowościowe (m.in. cele, wartości, kontrola osobista, style poznawcze jednostki).

Ze względu na temat pracy interesujące wydaje się poznanie sposobów radzenia sobie w adaptacji posttraumatycznej, przeciwdziałających powstaniu odległych następstw stresu pourazowego. Ważny aspekt tego zagadnienia stanowiły tzw. **osobiste moderatory**, czynniki pośredniczące w radzeniu sobie ze stresem i w procesie adaptacji. Należały one do tzw. **osobistych zasobów radzenia sobie ze stresem**, określanych przez Moosa i Schaefera jako:

złożony układ osobowościowych, nastawieniowych i poznawczych czynników, które stanowią część psychologicznego kontekstu radzenia sobie. Zasoby osobiste są więc relatywnie stałymi dyspozycyjnymi cechami, które wpływają na selektywność procesów oceny poznawczej i radzenia sobie i zwrótnie mogą być rozumiane przez skumulowane rezultaty tych procesów (Moos i Schaefer, 1993, s. 238, za: Poprawa, 1996, s. 104).

Na podstawie analizy literatury naukowej na ten temat Poprawa (1996; s. 104–105 i n.) zaliczył do nich takie wymieniane przez psychologów wewnętrzne, podmiotowe kategorie psychologiczne, jak: poczucie kontroli osobistej; posiadanie zainteresowań; zaangażowanie w działanie; dociekliwość i reagowanie na zmianę życiową jako na pasjonujące wyzwanie; zdolność odnalezienia sensu w kryzysie; humor i optymizm; doświadczenia z innymi stresorami; możliwość ekspresji lub swobodnego wyrażania swoich uczuć; pozytywną, lekko zawyżoną samoocenę i samoakceptację; zgeneralizowaną ufność (wiarę, zaufanie) w siebie i w innych ludzi; niefrasobliwość – dbanie o własną wygodę, i wyrozumiałość; umiejętność asertywnego zachowania się i odnoszenia do świata; poczucie i oczekiwanie samoskuteczności; zdolności rozwiązywania problemów; mechanizmy rozwoju *ego* – dojrzałość emocjonalną, style poznawcze, style obrony i radzenia sobie ze stresem oraz **poczucie koherencji**. Wraz z tzw. **zewnątrznymi moderatorami stresu** ułatwiały one opanowanie, znoszenie i przeciwdziałanie skutkom stresu, w tym także stresu o ekstremalnym natężeniu.

Jak wspomniano wcześniej, naukowcy zajmujący się zagadnieniem ekstremalnego stresu w obrębie ogólnych badań nad stresem i radzeniem sobie z nim wypracowali odrębne metody i kierunki zainteresowań. Trudno jednak nie zauważyć szeregu powyżej ujętych tematycznych i metodologicznych powiązań obu dziedzin. Dzięki przełożeniu ich na konkretne i naturalne zdarzenia klasyczne badania i ujęcia zyskują szersze odniesienie. Z kolei badania zachowań osób w ekstremalnych sytuacjach wzbogacają wiedzę o czynnikach związanych z reakcją na stres i ze sposobami adaptacji do trudnych warunków.

## 2. Psychiczne konsekwencje stresu pourazowego

Szereg autorów (Horowitz, 1993; Kahana i in., 1988; Lifton, 1993) wiązało genezę i głębokość odległych następstw stresu pourazowego ze sposobem funkcjonowania i radzenia sobie ze stresem w czasie urazu oraz z zakończeniem procesu adaptacji posttraumatycznej. W rozdziale tym zostaną opisane czynniki wpływające na powstawanie i utrzymywanie się stresu pourazowego oraz omówione odległe skutki urazu, które zostały zaobserwowane podczas badań prowadzonych u ocalałych z różnego typu traumatycznych zdarzeń. W podrozdziale pierwszym przybliżone zostaną mechanizmy tworzenia się objawów PTSD, zaczerpnięte z uznawanych współcześnie koncepcji psychologicznych i psychiatrycznych, oraz sposoby radzenia sobie w sytuacji bezpośredniej konfrontacji z urazem. W drugim – determinanty i czynniki zdrowienia osób doświadczających stresu pourazowego, a w trzecim omówione zostaną możliwe konsekwencje udanej lub zakończonej niepowodzeniem adaptacji posttraumatycznej, czyli odległe następstwa stresu pourazowego w sferze funkcjonowania wewnętrznego i interpersonalnego ocalałych. Kolejne podrozdziały będą poświęcone dawnym i współczesnym klasyfikacjom oraz rozpowszechnieniu tego zaburzenia.

### 2.1. Wybrane modele reakcji na stres pourazowy

W literaturze poświęconej zagadnieniom PTSD przedstawiono wiele modeli reakcji na stres pourazowy. Należały do nich modele: psychoanalityczne (psychodynamiczne) (Brett, 1993; Horowitz, 1993; Lifton, 1993), poznawcze (Brenner, Roskies i Lazarus, 1980; Janoff-Bulman, 1985), psychospołeczne (Lindy, 1993; Wilson, 1995; Wilson i Raphael, 1993a,b,c), a także modele psychofizjologiczne i psychobiologiczne (Everly i Lating, 1995; Everly, 1995b; van der Kolk, 1988). W ostatnich latach coraz większą popularnością cieszy się propozycja tzw. **metateoretycznego wzorca reakcji** Everly'ego (1995a, b), związana z neuropoznawczą terapią posttraumatyczną tego autora. Koncep-

cja ta wskazywała dwa główne elementy PTSD: neurofizjologiczną nadwrażliwość (związaną z tendencją do nadmiernego pobudzenia) i nadwrażliwość psychologiczną (połączoną z zaburzeniami obrazu siebie, relacji ze światem zewnętrznym i niemożnością asymilacji traumatycznych treści). Do najbardziej znanych i rozpowszechnionych w literaturze przedmiotu koncepcji rozumienia stresu pourazowego należą jednak teoretyczne opracowania Horowitza (1993) i Liftona (1993).

### 2.1.1. Model faz reakcji na stres Horowitza

Model Horowitza (1993; Marmar i Horowitz, 1988) jest próbą połączenia podejścia psychoanalitycznego z poznawczymi teoriami przetwarzania informacji. Autor ten uznał, że ważną rolę w procesie reagowania na traumatyczne wydarzenia życiowe pełnią indywidualne cechy procesów poznawczych danej osoby. Analizował on pojęcie **przeciążenia informacyjnego**. Przeciążenie to jest wynikiem niezdolności organizmu dopasowania schematów poznawczych do przyjęcia wyjątkowo trudnych informacji. Ponieważ zagrażające treści nie mogą zostać zintegrowane, pozostają w aktywnej postaci, często przedostając się do świadomości w postaci **intruzji**. Aby je powstrzymać, organizm wykorzystuje mechanizmy zaprzeczania lub odrętwienia, które ujawniają się w nieprzystosowanym zachowaniu jednostki.

Model Horowitza określa normalną i patologiczną reakcję na stres. Pierwszą autor podzielił na 5 faz (z możliwością powrotu do faz wcześniejszych):

1. **Krzyku** – związana z emocjonalną reakcją smutku, strachu lub wściekłości na ekstremalny stres.
2. **Zaprzeczania** – w której obniża się: zainteresowanie ważnymi niegdyś czynnościami, aktywność, odczuwanie emocjonalne, a nawet jakość percepcji i procesów poznawczych (wyrażający się amnezją, skłonnością do fantazjowania i sztywnością w formułowaniu celów).
3. **Wdzierania się** – charakteryzuje się kompulsywnymi myślami, działaniami i emocjami, nadmierną czujnością, sensytywnością oraz gwałtownością reakcji w sferze emocjonalnej i behawioralnej.
4. **Przepracowania** – w której następuje normalizacja stosunków ze światem zewnętrznym oraz stopniowe osiągnięcie równowagi wewnętrznej, uzyskiwane dzięki tworzeniu nowych i rewidowaniu starych schematów poznawczych, poprzez zasymilowanie treści związanych z urazem.
5. **Zakończenia** – zamykająca proces adaptacji jednostki do rzeczywistości dzięki akceptacji nowego obrazu siebie.

Według Horowitza, ostatnia faza występuje rzadko, ponieważ negatywne konsekwencje stresu pourazowego utrzymują się najczęściej przez całe życie. Dlatego często diagnozowaną u badanych alternatywą dla uznawanego za normalny sposobu reagowania na ekstremalne zdarzenia są zachowania patologiczne. Wyrażają się one: unikaniem myśli i wspomnień związanych z traumą; „zalaniem” (owładnięciem, *flooding*) śmiercią, ucieczką przed konsekwencjami

zbliżenia się do śmierci (fobie, nadużywanie narkotyków i alkoholu, ucieczka w nierealność); oszołomieniem i zakłopotaniem; samokaraniem, negatywnymi wyobrażeniami, wrogością i stanami psychotycznymi; lękiem, pobudzeniem i koszmarami sennymi; poczuciem winy oraz wstydu i depresją z objawami psychopatologicznymi; niemożnością pracy, tworzenia, odczuwania emocji i pozytywnych stanów umysłu (Horowitz, 1993; s. 51–54).

W kontekście niniejszej pracy należy podkreślić, że model Horowitza, choć dotyczy bezpośrednich reakcji na uraz, akcentuje aspekt możliwości poznawczej reinterpretacji, zrozumienia i zintegrowania sytuacji ekstremalnego stresu.

### 2.1.2. Teoria psychoformatywna Liftona

Lifton (1980, 1988, 1993) był twórcą modelu scalającego perspektywy kliniczne (psychologiczne i psychiatryczne), historyczne, etyczne i transcendentne. Centralne pojęcie w jego koncepcji stanowił **proces psychoformatywny** – polegający na nieustannym tworzeniu przez człowieka wewnętrznych wyobrażeń i zewnętrznych form zachowania na podstawie przeszłych traumatycznych doświadczeń i oczekiwań dotyczących przyszłości. Jednostka realizuje ten proces na dwóch poziomach – „ostatecznym”, symbolizującym związek z historią i biologią, oraz „bepośrednim”, związanym z aktualnymi uczuciami i wyobrażeniami. Proces psychoformatywny, czyli proces nadania nowego znaczenia doświadczeniom oraz budowania nowego lub zrekonstruowanego obrazu siebie i świata, związany jest z kategorią poczucia zrozumiałości i sensowności. W odniesieniu do reakcji będących następstwami stresu Lifton (1993, s. 11–13) sformułował dziesięć punktów tzw. **teorii psychoformatywnej**:

1. **Paradygmat życia/śmierci i symbolizacji „ja”** – analizujący specyficzne zanurzenie, „pograżenie w śmierci”, odczuwane przez większość osób doświadczających ekstremalnie trudnych doświadczeń.
2. **Poczucie bycia ocalałym** – pojęcie pozwalające na afirmację traumatycznych treści, ogniskujące i strukturyzujące większość przeszłych, terażniejszych i przyszłych przeżyć.
3. **Ludzkie powiązania ocalałych** – charakteryzujące z jednej strony dążność osób do nawiązania nowych relacji ze światem zewnętrznym (poszukiwań, zmagających związanych z adaptacją społeczną i moralną), chęć nawiązania nowych więzi, odnalezienia swojego miejsca w historii, z drugiej – podatność na uczucia wyobcowania, izolacji i podejrzliwości w kontaktach interpersonalnych.
4. **Założenie, że objawy stresu pourazowego są normalną reakcją na skrajny stres** – wiążące się z możliwością pozytywnej samooceny, minimalizacją poczucia winy i z pomyślną terapią posttraumatyczną ocalałych.
5. **Poczucie winy ocalałego i potępienie siebie** – u których podstaw znajdowała się niemożliwość realizacji wytyczonych celów oraz wyznawanych standardów etycznych w czasie doznania urazu.



6. **Emocjonalna witalność i fragmentacja „ja”** – obrazująca skomplikowane stany afektywne ocalałych, wynikające z niepowodzenia w integracji skrajnie bolesnych doświadczeń.
  7. **Psychiczne odrętwienie, zerwanie ciągłości „ja”** – tłumaczące występowanie posttraumatycznych zaburzeń osobowości wynikających, zdaniem autora, z zakłóceń procesu psychoformatywnego.
  8. **Poszukiwanie sensu – paradygmatyczne formy doświadczania „ja”** – realizujące się na dwóch „paradygmatycznych” płaszczyznach:
    - bezpośredniej, opisującej tworzenie i utrzymywanie indywidualnych więzi, aktywności, integralności;
    - ostatecznej, związanej z kontekstem ogólnoludzkim i egzystencjalnym.
  9. **Moralne dylematy traumy** – określające sferę oceny sytuacji i wyborów dokonywanych w trakcie ekstremalnie trudnych doświadczeń.
  10. **Transformacja „ja”** – wiążąca się z możliwością wglądu, oceny i asymilacji doświadczeń oraz z budową nowej tożsamości ocalałego.
- Niepowodzenia procesu przeformułowania osobowości po urazie mogą według Liftona doprowadzić do zaburzenia, które nazwał on **syndromem posttraumatycznym** (Lifton, 1980, 1993).

### 2.1.3. Radzenie sobie ze stresem w sytuacjach ekstremalnych prześladowań (na podstawie doświadczeń ocalałych z Holocaustu)

W sytuacji ekstremalnego zagrożenia ważną rolę pełnią indywidualne sposoby radzenia sobie ze stresem. Próbę konceptualizacji tego zagadnienia podjęli Kahana i in. (1988). Ich model określał motywacyjne, wewnątrzpsychiczne i behawioralne elementy procesu radzenia sobie ze stresem w sytuacji pobytu w obozie koncentracyjnym lub w getcie. Podstawowym kryterium różniącym poszczególne formy radzenia sobie więźniów była odpowiedź danej osoby na pytanie: „Czy chcę żyć?” – odpowiedź na pytanie o celowość życia. Przy analizie koncepcji Kahany i jego współpracowników nasuwają się pewne zbieżności z kategoriami stosowanymi przez Antonovsky’ego (1979, 1995). Orientacja „Chcę żyć” wiązała się prawdopodobnie z odnalezieniem sensu w życiu i nadaniem wartości cierpieniu, z poznawczą perspektywą zrozumienia rzeczywistości oraz ze swoistą zaradnością (próbą wykorzystania wszelkich osobistych i sytuacyjnych zasobów w celu adaptacji do trudnych warunków). Elementy procesu *copingu* określone przez Kahaną i in. (1988, s. 64) przedstawia tabela 2.

Reakcje więźniów zidentyfikowane przez Kahaną i współpracowników (1988) były podobne do odnajdywanych w polskiej literaturze przedmiotu opisów zachowań więźniów Oświęcimia i osób represjonowanych w okresie stalinowskim. Analizując postępowanie osób w obozie koncentracyjnym, Kępiński (1994) zauważył zarówno postawę braku chęci życia, zubożenia, zmniejszenia odporności psychicznej i fizycznej („muzułmanizm” – „autyzm obozowy”), reakcje poczucia niesamowitości, bezsilności, totalnego zagrożenia i automatyzmu, jak i działania konstruktywne „dodatniej aktywności psychicznej”: życzi-

Tabela 2. Elementy procesu radzenia sobie ze stresem w sytuacji pobytu w obozie koncentracyjnym określone przez Kahane i jego współpracowników

<b>Motywacja / orientacja</b>	<b>Reakcje wewnętrzne – poznawcze i emocjonalne</b>	<b>Obserwowane zachowania</b>
„NIE CHCĘ ŻYĆ”	<ul style="list-style-type: none"> <li>– przyzwolenie,</li> <li>– poddanie się stresowi</li> <li>– fatalizm</li> <li>– emocjonalne odrętwienie</li> <li>– życzenie sobie śmierci</li> <li>– psychologiczne zubożenie</li> <li>– wyparcie</li> <li>– regresja</li> </ul>	SAMOBÓJSTWO
		BRAK AKTYWNOŚCI
„CHCĘ ŻYĆ” – aby dać świadectwo zbrodni – aby ocalić siebie – aby służyć Bogu – aby zniszczyć prześladowców	<ul style="list-style-type: none"> <li>– skupienie się na ocaleniu (w codziennych czynnościach)</li> <li>– nadzieja</li> <li>– rozłam pomiędzy sobą jako ofiarą i jako obserwatorem</li> <li>– wyobrażenia o rewanzu</li> <li>– różnorodne zainteresowania dobrami materialnymi</li> <li>– wiara w Mesjasza</li> </ul>	ZACHOWANIA SAMOZACHOWAWCZE
		USTĘPSTWA WOBEC PRZEŚLADOWCÓW
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– aktywne ustępstwa</li> <li>– bierne ustępstwa</li> <li>– usiłowanie negocjacji oraz zwiększenie przychylności wobec prześladowców</li> <li>– proszenie o łaskę</li> <li>– aktywna identyfikacja z prześladowcą</li> </ul>
		MANIPULOWANIE / PRZECHYTRZANIE SYSTEMU I PRZEŚLADOWCÓW
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– symulowanie szaleństwa/śmierci</li> <li>– szmuglowanie</li> <li>– symulowanie ustępstw</li> <li>– przekupstwo</li> <li>– ucieczka</li> </ul>
CZYNNY OPÓR/ ODWET		
– sabotaż		

„CHCĘ ŻYĆ”	ZACHOWANIA ALTRUISTYCZNE
	– dzielenie się racjami żywnościowymi i środkami do życia – branie na siebie odpowiedzialności za innych
	INTEGRACJA / AFILIACJA
	– nawiązywanie przyjaźni – grupowe wzajemne wsparcie – tworzenie rodzin
	AGRESJA
	– kradzieże dokonane na innym więźniu – bójki z innymi więźniami

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kahana i in. (1988, s. 64)

wości, przyjaźni, pomocy współwięźniom i solidarności. Jak konkludowali Kępiński i Kłodziński: „lager» był nie tylko piekłem, lecz także – dzięki przejawom człowieczeństwa i dodatniej aktywności psychicznej ludzi dręczonych i niszczo-nych – ukazywał skrawki nieba” (Kępiński i Kłodziński, 1973, s. 84).

## 2.2. Zagadnienia związane z adaptacją pourazową

### 2.2.1. Determinanty radzenia sobie ze stresem oraz adaptacji w stresie pourazowym – perspektywy analizy traumatycznych doświadczeń

W podrozdziale tym przedstawiona zostanie charakterystyka czynników wpływających na skuteczność procesu adaptacji pourazowej, ze szczególnym uwzględnieniem zmiennych podmiotowych. Należy podkreślić, że w pracy tej zawężono znaczenie pojęcia adaptacji posttraumatycznej do okresu, gdy minął już bezpośredni kontakt ze stresorem, a dana osoba musiała przystosować się do życia w normalnych warunkach, to znaczy zintegrować swoje traumatyczne przeżycia z codziennością.

W modelu adaptacji zaproponowanym przez Green, Wilsona i Lindy’ego (1985) wyróżnione zostały wymiary związane z indywidualną charakterystyką badanych (zasoby jednostkowe) oraz cechy specyfiki środowiska zdrowienia,

w którym następował proces posttraumatyczny (ocena dostępności wsparcia społecznego, profil demograficzny, kulturowy, miejsce badanego w społeczności, osiągnięte przez ocalałego dobra materialne, status socjoekonomiczny i dodatkowe stresory związane z codziennym funkcjonowaniem, np. przejściowe problemy rodzinne i zawodowe). Do czynników podmiotowych zaliczono: podstawowe charakterystyki biologiczno-fizyczne (płeć, wiek, uwarunkowania konstytucjonalne i zdrowie fizyczne jednostki) oraz moderatory związane z psychiką (osobowość przedtraumatyczna, występowanie wcześniejszych stresujących zdarzeń, style i sposoby radzenia sobie ze stresem, style obron) i moralnością badanej osoby.

Za pierwszą zmienną pośredniczącą w procesie adaptacji można uznać **wiek ocalałych**. Był z nim związany szereg problemów interpretacyjnych. Z jednej strony z powodu mniejszej sprawności psychofizycznej organizmu zaawansowany wiek mógł nasilać objawy patologiczne, wywołane mniejszą wydolnością organizmu, z drugiej strony – przez lata dana osoba nabywała pewnego rodzaju życiowego doświadczenia, jak postępować w sytuacjach trudnych, rozwiązywać problemy; zwiększała się też jej tolerancja na stres. Mogło to powodować wzrost odporności oraz zwiększenie kompetencji jednostki w zakresie radzenia sobie w trudnych sytuacjach. W takim ujęciu to osoba młoda wydawała się bardziej podatna na zdeintegrowanie osobowości. Kontrowersje na temat roli tego czynnika przedstawił Ochinsonski (1997) w artykule opisującym reakcje więźniów okresu stalinowskiego. Doświadczenie osób starszych oraz fakt posiadania przez nie rodziny wydawało się przemawiać na ich korzyść. Jednak to właśnie najbliżsi bywali często wykorzystywani do wywierania presji na więźnia, co w późniejszym okresie wywoływało u represjonowanych uczucie wstydu i poczucie winy. Także wcześniejsze traumatyczne urazy (np. z okresu okupacji hitlerowskiej) nie wzmacniały niektórych badanych, potęgowały natomiast zmęczenie i wycieńczenie ich organizmu. Ostatecznie należy więc uznać, że fizyczna sprawność i brak obciążenia psychicznego osób młodych pozwalały im lepiej przystosować się do otoczenia w momencie narażenia na uraz oraz w okresie późniejszym.

Czynnikiem istotnie różnicującym sposób adaptacji ocalałych była także **płeć** ocalałego. Gibbs (1989) uważał, że w związku ze sprzecznymi wynikami badań na temat tej zmiennej trudno określić jej wpływ na siłę i rodzaj odległych następstw traumatycznego zdarzenia. Część badaczy była jednak zgodna co do tego, że to kobiety doznawały większych urazów psychicznych w konfrontacji z ekstremalnymi sytuacjami, trudniej także przechodziły proces przystosowania się do normalności. Na przykład Green (1995), zwracając uwagę na występowanie różnic międzypłciowych w natężeniu występowania objawów posttraumatycznych (w grupie uratowanych z powodzi w Buffalo Creek – po 2 i po 14 latach od urazu), stwierdziła, że kobiety zgłaszały więcej zaburzeń w sferze psychicznej i interpersonalnej, podczas gdy mężczyźni przejawiali więcej symptomów somatycznych i fizjologicznych, wyższy poziom agresji, częściej także nadużywali alkoholu. Analizując negatywnie zakończony proces przystosowania pourazowego, autorka ta stwierdziła, że do grup największego ryzyka zaliczyć można przede wszystkim młode kobiety (25–39 lat) i starszych mężczyzn

(40–54 lat). Dane dla grup ogólnych umożliwiły wykazanie, że ludzie najtrudniej znoszą konsekwencje traumatycznych wydarzeń w wieku 36–45 lat oraz że zdrowienie ocalałych następuje szybciej i efektywniej w przypadku narażenia na ekstremalny stres w okresie dziecięcym.

Następnymi czynnikami analizowanymi przez Gibbsa (1989) były: **zdrowie, sprawność fizyczna i przedurazowy poziom psychopatologii**. W świetle danych zawartych w jego artykule (1989) należy zgodzić się z poglądem, iż osoby, u których w okresie poprzedzającym narażenie na stres stwierdzono gorszy stan zdrowia oraz więcej zachowań patologicznych, były predestynowane do silniejszych zaburzeń posttraumatycznych i wydłużonego okresu rekonwalescencji. Trudna była natomiast ocena typu zaburzenia, które występowało u tych osób po urazie: czy miało ono obraz PTSD, czy tylko nasilało objawy wcześniej występujących chorób. Badania, które mogłyby dostarczyć odpowiedzi na to pytanie, musiałyby obejmować zakładany pomiar początkowy, co jest często niewykonalne ze względu na nieprzewidywalność wielu rodzajów stresorów. Potwierdzeniem tego wniosku są wyniki polskich badań w grupie więźniów Oświęcimia, w których trakcie nie udało się ustalić korelacji między typem osobowości przedurazowej a rodzajem reakcji na stres (Orwid, 1964). Próbą rozwiązania tej trudności był postulat Weisatha (1995, s. 414), który uważał, że służby socjalne, psychologowie i psychiatrzy powinni starać się możliwie wcześnie rozpoznać i sklasyfikować cechy: **sytuacji wysokiego ryzyka** (mogące spowodować narażenie na ciężki uraz), **osób z grupy wysokiego ryzyka** (przejawiających wysoką podatność na zranienie, małą odporność i zgłaszających objawy psychopatologiczne) oraz **reakcji wysokiego ryzyka** (które zapowiadałyby w trakcie sytuacji traumatycznej możliwość rozwinięcia się choroby). W kontekście tych rozważań celowe wydawało się uwzględnienie części powyższych czynników w rozdziale dotyczącym grupy badawczej.

Powstały także prace związane z adaptacyjną lub dezadaptacyjną funkcją **stylów i sposobów radzenia sobie ze stresem** w procesie zdrowienia ocalałych. Lazarus i Folkman (1984) wskazywali na natychmiastowe rezultaty procesu radzenia sobie (bliższe) i efekty radzenia sobie w dłuższej perspektywie czasowej (dalsze). Jednak w obydwu tych momentach *coping* spełniać miał jedno podstawowe zadanie – łagodząc następstwa stresu, pozwalał na powrót do funkcjonowania psychospołecznego. Wyniki wielu badań (Amir i in., 1997; Charlton i Thompson, 1996; Herman, 1995; Solomon, Mikulincer i Avitzur, 1988; Solomon, Mikulincer i Habershaim, 1990; Zeidner i Ben-Zur, 1993) sugerowały, że ocaleni częściej niż osoby zdrowe z grupy kontrolnej stosowali style radzenia sobie ze stresem zorientowane na emocje, a wśród szczegółowych sposobów, takie jak: unikanie, ucieczka (*avoidance, escape*), emocjonalne wyparcie (*suppression*), poszukiwanie wsparcia (*help-seeking*), obwinianie siebie (*blame*), a rzadziej przemieszczenie (*replacement*), pomniejszanie (*minimization*), zbieranie informacji o problemie (*mapping*) czy odwrócenie (*reversal*). Mazor i in. (1990), badając ocalałych z Holocaustu, wyróżnili na podstawie poszczególnych form zachowań trzy wzory radzenia sobie z bolesnymi wspomnieniami: (1) skupienie się na późniejszym życiu, (2) wyparcie i (3) myślenie o przeżyciach jako o zamkniętej

części przeszłości. Podobnie Lis-Turlejska (1998, s. 146–147) podzieliła sposoby radzenia sobie ze stresem pojawiające się u osób narażonych na ekstremalne zdarzenia na cztery grupy: (1) przepracowanie emocji związanych z traumą, (2) ekspresję i komunikowanie się, (3) nadanie sensu, znaczenia przeżyciom, (4) integrację traumy z życiem po wojnie – podejmowanie działalności mającej na celu zachowanie pamięci o tragicznych wypadkach, pracę w muzeach pamięci narodowej, pisanie książek wspomnieniowych. We własnych badaniach, na podstawie danych uzyskanych za pomocą ustrukturyzowanego wywiadu, autorka (Lis-Turlejska, 1998, s. 148 i n.) zidentyfikowała także takie szczegółowe sposoby radzenia sobie ze stresem, jak: wspomnianie, myślenie na tematy związane z przeżyciami, odwiedzanie miejsc uwięzienia, kontaktowanie się z ludźmi o podobnych przeżyciach, przeżywanie stanów czy okresów złego samopoczucia (depresja, lęk, agresja), sny o tematyce obozowej, natarczywe wyobrażenia, hipermnezje, dystansowanie się od traumatycznych przeżyć, mówienie i pisanie na temat przeżyć, twórczość artystyczna, okazywanie uczuć podczas wywiadu, nadawanie znaczenia, sensu przebytej traumie, pogodzenie się z traumą i integracja traumy z życiem po wojnie. W opracowaniu tym zauważyć można było więc także trzy płaszczyzny radzenia sobie: poprzez poznawcze zrozumienie, emocjonalno-motywacyjne usensownienie i podejmowanie działań zaradczych. Kontrowersyjne wydaje się jednak uznawanie przez Lis-Turlejską za radzenie sobie ze stresem części objawów psychopatologicznych w rodzaju depresji czy lęku, co mogło świadczyć o niedokonaniu lub nieostrości rozgraniczenia przez tę autorkę pomiędzy sposobami radzenia sobie a skutkami nieefektywnego *copingu*, przyjmującymi postać odległych następstw stresu pourazowego.

Komplementarne podejście do zagadnienia radzenia sobie ze stresem podczas adaptacji posttraumatycznej zaproponowali Brenner, Roskies i Lazarus (1980). Uważali, że jedną z przyczyn formowania się i długotrwałego utrzymywania się odległych następstw stresu pourazowego był brak elastyczności w zakresie procesów radzenia sobie w rzeczywistości poobozowej – utrzymywania tych samych sposobów zachowania co w obozie, w więzieniu, podczas gdy sytuacja i otoczenie ocalałego uległy radykalnej zmianie.

Analiza opracowań poświęconych radzeniu sobie w adaptacji posttraumatycznej wykazała, że szczególnie ważnym aspektem zdrowienia osób z PTSD była według wielu badaczy (Brenner, Roskies i Lazarus, 1980; Flach, 1990; Horowitz, 1993; Irving, Telfer i Blake, 1997; Janoff-Bulman, 1985; Lifton, 1993; Lis-Turlejska, 1992, 1993, 1998; Lomranz, 1995; Poprawa, 1996) **umiejętność znalezienia sensu swoich przeżyć**. Została ona uznana za jeden z podstawowych mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia życia, a także za warunek skutecznej rehabilitacji posttraumatycznej, chroniący przed nadmiernym obciążeniem emocjonalnym i motywujący do zmagania się z trudnościami życia na wolności. W kontekście zmiennych przyjętych w tej pracy kategoria usensownienia traumy wymaga szczególnej analizy. Tylor (1984), rozwijając to zagadnienie, uznała, że nadawanie sensu sytuacjom kryzysowym i silnie stresującym było (obok prób uzyskania kontroli nad zdarzeniem oraz podnoszenia własnej wartości) zasadniczym elementem, pozwalającym efektywnie radzić

sobie ze stresem oraz przystosować się do zagrażających okoliczności. Te, powyżej wspomniane, trzy sposoby ochrony, oparte na procesach poznawczej oceny powodowały, według koncepcji autorki, powstanie specyficznej perspektywy – tzw. **złudzeń** – umożliwiających postrzeganie rzeczywistości jako bardziej sprzyjającej (nawet jeżeli nie miało to potwierdzenia w faktach).

Nadawanie sensu traumatycznym zdarzeniom zdaniem Silver i Wortman (1984), Tylor (1984), a także Frankla (1962 i 2000) pozwalało badanym przez nich osobom w konfrontacji z sytuacjami zagrażającymi życiu postrzegać je jako subiektywnie większe bądź mniejsze cierpienie fizyczne i psychiczne. Pozytywne znaczenie nadawane chorobie, cierpieniu czy uwięzieniu mogło wyrażać się poprzez pogodzenie się z własnym losem, zaistniałymi faktami, a nawet poprzez odnajdywanie w nich dodatnich konsekwencji, szukanie nowych możliwości lub wykorzystanie urazu w procesie restrukturyzacji własnej osobowości, np. w celu pogłębienia własnej duchowości, religijności czy altruizmu. Tedeschi i Calhoun (2007) wprowadzili nawet pojęcie **potraumatycznego wzrostu** (*posttraumatic growth*), który opisuje pozytywne zmiany pojawiające się u jednostki podejmującej próby radzenia sobie z traumą. Polskie badania nad rolą pozytywnych zmian transformacyjnych w wyniku zdarzeń życiowych, wywołujących silny stres i kryzys prezentuje Ogińska-Bulik (2013). Istotna jest także afirmacja własnego cierpienia (Zdankiewicz-Ścigała i Przybylska, 2002). W sytuacji prześladowań z przyczyn politycznych, w czasie pobytu w więzieniach czy obozozach, podczas doświadczania tortur i zewnętrznego ograniczenia wolności oraz psychicznych represji, była ona prawie niemożliwa do osiągnięcia. Dlatego, jak zauważają Brenner, Roskies i Lazarus, uwolnieni z miejsc zagłady: „nie mogąc znaleźć sensu swoich cierpień w obozie koncentracyjnym, szukali znaczenia swojego ocalenia” (Brenner, Roskies i Lazarus, 1980, s. 223). Ocaleni, którzy potrafili zrozumieć „dlaczego?”, charakteryzowali się mniejszą depresyjnością oraz większą umiejętnością poszukiwania i korzystania ze wsparcia społecznego w porównaniu z tymi, którzy nie potrafili dostrzec w swych cierpieniach sensu i wartości.

Szukając bardziej szczegółowych przyczyn skutecznego przystosowania i reinterpretacji traumy, Lomranz (1995) zwrócił uwagę na kontrowersyjne **zaganienie religijności** badanych. Bliskie myśleniu salutogenetycznemu były konkluzje Green, Lindy’ego i Grace (1988), którzy stwierdzili, że weterani wojenni stosowali częściej niż osoby z grupy porównawczej sposoby radzenia sobie ze stresem związane z próbą przepracowania zdarzeń (nadawaniem im sensu, rozmyślaniami egzystencjalnymi), wyparciem i zwróceniem się ku religii. Oparta na trwałych założeniach i aksjomatach filozofia życiowa lub religia dodawała ocalałym otuchy, pozwalała na transcendencję ich doświadczeń, przeciwdziałała emocjom wstydu, upokorzenia, agresji. Równocześnie wielu ocalałych musiało zadać sobie trudne pytanie: „Dlaczego Bóg pozwolił na tyle cierpienia?”, przybierające w wymiarze aksjologii postać pytania o stosunek Absolutu do kwestii dobra i zła.

Do innych czynników, uznawanych przez badaczy za wspomagające zachowania związane z przystosowaniem się, zaliczane były także podmiotowe

zasoby jednostki (por. podrozdział 1.4) ze szczególnym uwzględnieniem: **wyrażania nadziei i poczucia własnej wartości** (Gibbs, 1989; Irving, Telfer i Blake, 1997; Janoff-Bulman, 1985; Tylor, 1984). W tym nurcie rozważań mieściły się także opracowania poświęcone roli takich kategorii jak **poczucie koherencji** (Antonovsky i in., 1971; Antonovsky, 1979, 1994 i 1997). Interesującą koncepcję omawiał Flach (1990, s. 41–42), który proponował uwzględnić w adaptacji posttraumatycznej kategorię tzw. **wewnętrznej elastyczności (resilience)**, którą utożsamiał z „psychologiczną siłą, wytrzymałością”. Składały się na nią, psychologiczne, biologiczne i środowiskowe zasoby danej osoby, takie jak: umiejętność dokonania wglądu w siebie i innych, poczucie własnej godności, zdolność do korzystania z własnych doświadczeń, wysoka odporność na stres, wysoka tolerancja na zachowania szokujące i oburzające, otwarty umysł, odwaga, dyscyplina osobista, twórczość, zintegrowana osobowość, poczucie humoru, konstruktywna filozofia życiowa, która była związana z poczuciem sensu życia i z gotowością do marzeń – inspirujących, a także dających autentyczną nadzieję. Na podobne czynniki zwrócił uwagę Jakubik (1981). Na podstawie badań stwierdził, że w przetrwaniu i pozytywnej adaptacji pomagały ocalałym z Oświęcimia takie cechy, jak: odporność na stres, tolerancja na frustrację, dojrzałość emocjonalna, aktywność intelektualna i postawa ideowego zaangażowania.

Za kolejny czynnik wpływający na jakość i długość procesu adaptacji poruszony został przez Gibbsa (1989) uznany **status socjoekonomiczny** ocalałego. Autor określił, iż w przypadku katastrof naturalnych, wysoki w hierarchii społecznej zawód, poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania ofiary były pozytywnie związane z redukcją odległych następstw stresu. W odniesieniu do okresu stalinowskiego Ochiniowski (1997) zauważył, iż techniczne kwalifikacje zawodowe mogły pomóc represjonowanym w adaptacji do warunków więziennych, a także do warunków po uwolnieniu (zdobycie pracy, szansa na poprawę egzystencji). Osoby należące do tzw. inteligencji humanistycznej przeżywały natomiast większy kryzys moralny, chociaż bywały często oparciem dla innych więźniów, np. organizując różne formy samokształcenia (rozmowy, prelekcje). Po zwolnieniu osoby te miały także większe możliwości do kultywowania pamięci o doświadczeniach (pisanie wspomnień, pamiętników).

Oprócz czynników osobowych w procesie adaptacji ważną rolę odgrywały także **zmienne zewnętrzne** (środowisko, systemy wsparcia, zewnątrzpoходne zasoby dostępne dla jednostki). Według Scurfielda (1985) na zapobieganie i minimalizowanie powstawania objawów posttraumatycznych wpłynąć mogły także **relacje rodzinne, środowisko społeczne** przed i po urazie. Figley (1986), analizując rolę otoczenia, kładł nacisk na rodzaje wsparcia, które umożliwiały badanym zdrowienie. Wyróżnił on kilka rodzajów wsparcia: wsparcie emocjonalne (opieka, miłość, stworzenie komfortu psychicznego, wrażliwość i sympatia), zachętę, popieranie ocalałego (pochwały podejmowanych działań, wytyczanych kierunków, inspirowanie, wspieranie nadziei), porady i wskazówki, jak rozwiązać problemy, wspólne spędzanie czasu (przeciwdziałanie samotności i alienacji ocalałego), konkretną pomoc (pożyczanie pieniędzy, pomoc w załatwianiu pracy, robieniu zakupów, zabezpieczanie ocalałego w różnorodny spo-



sób). Pozytywna adaptacja ocalałych związana była także z możliwością podzielenia się z członkami rodziny swoimi doświadczeniami, z odnalezieniem osób zainteresowanych wspomnieniami ocalałego (Lis-Turlejska, 1993, 1998; Lomranz, 1995). Zdaniem Lis-Turlejskiej (1993), w ten sposób pośrednio kształtowane były postawy, a nawet specyficzne charakterystyki psychofizyczne drugiej i trzeciej generacji „osób dotkniętych traumą”.

Lomranz (1995) omawiał także sprawę ważności **klimatu społecznego** (w wymiarach interpersonalnym i narodowym), związanego z percepcją ocalałego. Uważał, że dzięki temu mogły tworzyć się sieci powiązań społecznych i instytucjonalnych, ważnych przy udzielaniu wsparcia, pomocy osobom po urazie. Atmosfera ta sprzyjała także powstawaniu zjawisk „kolektywnej świadomości” oraz „zbiorowej pamięci” (z własnymi symbolami i reprezentacjami), których dowodem były wypowiedzi i zachowania ocalałych z Holocaustu czy weteranów wojny wietnamskiej. Czynniki te tłumaczyły zauważony przez Lomranza paradoks postaw niektórych ocalałych. Specyficzna nadwrażliwość, sensorywność, podatność na zranienie łączyła się u nich z siłą i odwagą działania na rzecz afirmacji swoich doświadczeń, a uzewnętrzniana niechęć do rozmawiania na temat przeżyć i wracania do okresu traumy łączyła się z chęcią kontaktowania się z osobami o podobnych przeżyciach, z potrzebą świadczenia o historycznej wymowie i znaczeniu traumatycznych zdarzeń.

W odniesieniu do grupy represjonowanych, będącej podmiotem analizy w tej pracy, za specyficzne czynniki zewnętrzne, które modyfikowały reakcje polskich badanych, uznać należy również: sytuację polityczną w kraju w momencie aresztowania (najbardziej represyjnym okresem były lata 1944–1953) i zwolnienia, długość uwięzienia – w badaniach więźniów Oświęcimia krytycznym okresem pobytu w obozie było 3,7 roku taka długość predestynowała do większej liczby zaburzeń (Orwid, 1964), miejsce uwięzienia (najcięższymi więzieniami były zakłady w Rawiczu, Wronkach i Strzelcach Opolskich), powód uwięzienia i postawa wobec systemu (prześladowania lepiej znosiły osoby autentycznie zaangażowane, skazane za rzeczywistą działalność, niż osoby przypadkowe lub więzione np. na skutek porachunków i walk frakcji partyjnych). Ważną rolę w adaptacji pełniła także przeszłość wojenna jednostki oraz jej związki z konspiracją (Ochinowski, 1997).

W odniesieniu do grupy osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 należy także uwzględnić pytanie, kiedy rozpoczął się proces ich adaptacji. Dla części badanych był to czas po zwolnieniu, choć dla większości, ze względu na sytuację polityczną w kraju, zwolnienie stanowiło początek dalszego narażenia na stres (wprawdzie o mniejszym nasileniu, w znacznym stopniu jednak zakłócającym przebieg procesu zdrowienia). Można więc założyć, że skoro czynniki sytuacyjne (zewnętrzne), takie jak: instytucjonalne wsparcie społeczne (państwa i prawa), możliwość wykonywania zawodu zgodnego z kwalifikacjami, nierzadko nawet rodzina i przyjaciele, nie wspomagały procesu przystosowania się ofiary represji, to istotną rolę w jej adaptacji musiały odgrywać charakterystyki podmiotowe w rodzaju siły poczucia koherencji. W niniejszej pracy osobowe i zewnętrzne czynniki warunkujące adaptację

osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 zostały uwzględnione i omówione w rozdziale siódmym oraz podczas analizy wyników.

## 2.2.2. Terapia następstw stresu pourazowego

W zależności od przyjętych modeli teoretycznych, doniesień z badań empirycznych dotyczących zaburzeń posttraumatycznych, typu urazu i dominujących objawów badacze proponowali różnorodne formy terapii wspomagającej zdrowienie ofiar (Briere i Scott, 2010; Herbert, 2004; McMackin i in., 2015). Najczęściej wybierano następujące rodzaje interwencji:

1. Wywodzące się z nurtu psychoanalitycznego terapie „pracy żałoby”.
2. Terapie stresu – radzenia sobie związane z poznawczymi reinterpretacjami, polegającymi na nadawaniu sensu traumie.
3. Terapie neurobiologiczne.

W pracy z ofiarami przemocy najczęściej były wykorzystywane metody związane z podejściem psychoanalitycznym, np. dwuetapowa terapia traumy pierwotnej i wtórnej proponowana przez Catheralla (1989), terapia holistyczna Ochberga (1995), długoterminowa, trójfazowa terapia Herman (1999) czy model interwencji Broma i Klebera (1989). Mając jednak na uwadze tematykę niniejszej pracy, przedstawione zostały praktyczne propozycje oparte na wymiarach podobnych do koncepcji poczucia koherencji: zrozumiałości, sensowności i zaradności.

## Terapie psychoanalityczne

W ramach tego kierunku trzyetapową pracę z ocalałym postulował Lindy (1993). Obejmowała ona serię interwencji, polegających na: (1) zwiększaniu otwartości, relacji wobec terapeuty opartej na zaufaniu i szczerości; powierzenie mu negatywnych myśli, emocji, codziennych problemów, których przyczyna tkwiła w nieprzepracowanych zdarzeniach; (2) opisywaniu za pomocą metafor, symboli, mitów i odnajdywaniu w różnych sferach funkcjonowania pacjenta elementów traumatycznych zdarzeń, **poznania i zrozumienia** ich specyficznej konfiguracji oraz **sensu**; (3) osiągnięciu przez **badanego panowania nad wspomnieniami, myślami i obrazami** traumy, faza ta polegała także na procesie zamykania relacji terapeutycznej i wprowadzania pacjenta w samodzielne funkcjonowanie w otoczeniu.

Brende (1995) wyróżnił dwanaście punktów programu terapeutycznego, tzw. **tematów i kroków duchowych**, mających pomóc ocalałym w psychicznym zdrowieniu. Obejmowały one: (1) „przeciwstawianie zniewolenia sile”, (2) **nadanie znaczenia ocaleniu**, (3) zamianę wstydu i zwątpienia na nadzieję i zaufanie, (4) kontrolę myśli autodestruktywnych lub wrogich w stosunku do innych, (5) zrozumienie powodów złości, wściekłości, (6) **poznawcze opracowanie lęku**, (7) pracę nad poczuciem winy, (8) przeżycie żałoby przez ocalałe-

go, (9) przezwyciężenie myśli o samobójstwie, (10) rozmowy na temat przebaczenia, (11) **znalezienie (przeformułowanie) celu w życiu**, (12) nawiązanie satysfakcjonujących relacji i związków z innymi ludźmi. Ważne miejsce w tej propozycji zajmowały wysiłki ofiar mające na celu poszukiwanie sensu doświadczeń przebytej traumy oraz rekonstrukcja celów i sensu swojego życia.

## Terapie poznawcze

Wśród różnorodnych technik związanych z tą metodą dostarczania pomocy poszkodowanym ważną rolę odgrywało poszukiwanie i nadawanie znaczenia traumie, praca oparta na poznawczej reprezentacji siebie, świata i urazowych doświadczeń.

Horowitz (1993; Horowitz i Kaltreider, 1995) sugerował oparty na jego modelu schemat interwencji terapeutycznej – w fazie odrętwienia proponował on techniki związane ze wspieraniem – „zasłaniające”, wyciszające, usmierzające emocje i łagodzące zachowania. W fazie zaprzeczania – interwencje „odkrywające”, umożliwiające odreagowanie i zmniejszające kontrole obrony. Miały one umożliwić stworzenie nowych schematów poznawczych, dzięki którym dana osoba mogła zrekonstruować obraz siebie i świata.

W modelu poznawczym Janoff-Bulman (1985) proponowała odbudowę „roztrzaskanych” (*shattered*) założeń dotyczących **zrozumiałości świata i siebie**. Dla ocalałego świat zewnętrzny (utożsamiany często z prześladowaniami), świat przemocy i cierpienia nie miał sensu, był nieprzewidywalny i niedający się kontrolować. Kolejne podważone przez traumę założenia stanowiły, według Janoff-Bulman, sądy dotyczące własnej osoby – poczucia własnej wartości, odporności, autonomii, indywidualności, unikalności oraz pozytywnej samooceny. Terapia polegała na: (1) zredefiniowaniu zdarzeń tak, aby wydawały się ocalałemu **spójne i niezagrażające** (np. poprzez porównania z gorszą sytuacją innych osób); (2) **odnalezieniu sensu i znaczenia** (np. poprzez potraktowanie swojego losu w kategoriach ofiary); (3) **zmianie zachowania** (np. poprzez zmianę nawyków, pracy, towarzystwa, zainteresowań); (4) uczeniu się **umiejętności korzystania z pomocy innych**.

W ostatnich latach interesującą, a zarazem zweryfikowaną empirycznie formę leczenia stresu pourazowego, wywodzącą się z nurtu poznawczo-behawioralnego, stanowi terapia „przedłużonej ekspozycji” (Foa, Hembree i Olasov Rothbaum, 2014; Olasov Rothbaum, Foa i Hembree, 2013). U podstaw tego sposobu działania leży teoria emocjonalnego przetwarzania, a jej technikami są: trening oddechowy, wielokrotne ekspozycje *in vivo* na sytuacje lub bodźce unikane przez chorych oraz wielokrotne przedłużone ekspozycje wyobrazeniowe, konfrontujące pacjentów z traumą (Foa, Hembree i Olasov Rothbaum, 2014, s. 16).

## Terapie neurobiologiczne

Ważne miejsce w terapii posttraumatycznej zajmowało podejście wiążące się z neurobiologicznym modelem Everly’ego (1993, 1995c). Zalecał on na pierw-

szym poziomie terapeutycznym leczenie nadwrażliwości neurologicznej poprzez: (1) wycofanie osoby ze stresogennych warunków, (2) zachęcanie do odreagowania (*catharsis*), (3) stosowanie technik relaksacyjnych i farmakoterapii. Drugi poziom terapii, w opinii tego autora, stanowiło leczenie nadwrażliwości psychicznej dzięki wspomaganianiu u pacjenta **rekonstrukcji obrazu świata i obrazu siebie**.

W leczeniu następstw stresu pourazowego istotne były też terapie dostosowane do konkretnych typów urazów, np. proponowana przez Ehrlich (1988) terapia ocalałych z Holocaustu, terapia weteranów wietnamskich (Keane i in., 1985) i terapia rodzin, które doznały tortur (Jaffa 1993). Ze względu na istnienie w Polsce nielicznych inicjatyw związanych z próbami stworzenia tego typu terapii dla ofiar represji z przyczyn politycznych, ważne wydaje się podkreślenie roli tego zagadnienia.

## 2.3. Odległe następstwa stresu pourazowego

### 2.3.1. Wybrane charakterystyki ujęte w literaturze światowej

Po II wojnie światowej, gdy większość społeczeństw została narażona na urazy fizyczne i psychiczne, wzrosło zainteresowanie naukowców zagadnieniem odległych konsekwencji stresu pourazowego. Następstwa stresu pourazowego stanowiły przedmiot badań wielu autorów (van der Kolk i in., 1996; Lifton, 1993; Horowitz, 1993; Solomon, Mikulincer i Habershaim, 1990; Turner i Gorst-Unsworth, 1993;). Doprowadziło to do prób skonstruowania tzw. obrazu ocalałego, w którym starano się zintegrować większość przejawianych przez ocalałych objawów. Początkowo ujmowane były tylko symptomy zaburzeń psychicznych i interpersonalnych (poniżej opisane zostaną cztery najbardziej znane i interesujące charakterystyki). Natomiast współcześnie częste są tendencje do wielowymiarowego opisywania konsekwencji traumatycznego stresu (uwzględniania zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych).

Jedną z pierwszych list objawów opisujących reakcje na ciężki stres walki opracowali Grinker i Spiegel (1945, s. 210). Wyróżnione przez nich 19 symptomów zostało uporządkowanych według częstości ich pojawiania się. Należały do nich: niepokój (*restlessness*), drażliwość lub agresja (*irritability or aggression*), zmęczenie po przebudzeniu, ospałość (*fatigue on arising, lethargy*), trudności w zasypianiu (*difficulty falling asleep*), subiektywny lęk (*anxiety, subjective*), częste zmęczenie (*frequent fatigue*), reakcje przestachu (*startle reactions*), poczucie napięcia oraz wymioty, biegunki (*feeling of tension, e.g. vomiting, diarrhea*), depresja (*depression*), zmiany osobowości i utrata pamięci (*personality change and memory loss*), drżenie (*tremor*), trudności w koncentracji, poczucie zamętu (*difficulty of concentrating, confusion*), alkoholizm (*alcoholism*), zaabsorbowanie przeżyciami dotyczącymi wojny (*preoccupation with combat*), zmniejszony apetyt (*decreased appetite*), koszmary senne (*nightmares*), objawy psychosomatyczne

(*psychosomatic symptoms*), irracjonalny strach – fobie (*irrational fears – phobias*) i podejrzliwość (*suspiciousness*).

W nurcie badań nad konsekwencjami traumy frontowej szczególnie interesująca wydawała się propozycja Glovera (1988), który objawy prezentowane przez grupę amerykańskich weteranów podzielił na cztery typy syndromów zachowań, w zależności od przejawianego przez badanych podstawowego, „centralnego” konfliktu – problemu emocjonalnego. Glover dokonał przeglądu objawów łączących się z poszczególnymi typami syndromów, typów emocjonalnego distresu, zaburzeń w relacjach interpersonalnych, problemów z agresją i charakterystycznych zmian tematyki snów. Wyróżnił on: **syndrom winy z powodu straty przyjaciół-żołnierzy**, **syndrom lęku** i strachu przed podobnymi sytuacjami zagrożenia życia, **syndrom winy związany ze stosowaniem przemocy wobec innych** i **syndrom nieufności**, związanej ze (subiektywnie lub obiektywnie percypowaną) zdradą przełożonych. Istotne w klasyfikacji Glovera było podkreślenie różnych rodzajów poczucia winy odczuwanej przez ocalałych związanych z dwuznacznością roli żołnierza.

Liczne badania więźniów obozów koncentracyjnych i ocalałych z Holocaustu (por. podrozdziały 1.2 i 1.5 rozdziału pierwszego) wskazały na podobne objawy zaburzeń w sferze intrapsychicznej. Wyodrębniony przez Niederlanda (1968) **syndrom ocalałego** przedstawiony został w tabeli 3.

Tabela 3. Charakterystyka syndromu ocalałego według Niederlanda (1968)

Objawy syndromu ocalałego
Chroniczne stany napięcia.
Podwyższona czujność.
Apatia przerywana krótkotrwałymi wybuchami gniewu.
Stopień reakcji uczuciowych.
Poczucie zmiany tożsamości.
Chroniczny stan depresji, ze smutkiem i przygnębieniem.
Tendencje do wycofywania się.
Poczucie beznadziei i braku bezpieczeństwa.
Wykazywany brak inicjatywy i zainteresowań.
Somatyzacje połączone z symptomami hipochondrii.
Zakłócenia funkcji intelektualnych.
Lęk, połączony z zaburzeniami snu, koszmarami sennymi.
Bezsensowność połączona z fizycznym zmęczeniem, wewnętrznym napięciem, przerażeniem, strach przed ponownymi prześladowaniami.

Źródło: opracowanie własne

Lifton (1980) zaliczył objawy występujące po narażeniu na ekstremalnie trudne sytuacje do pięciu kategorii tzw. **syndromu traumatycznego**:

1. **Wdrukowanie śmierci** (natrętne myśli i obrazy związane z zagrożeniem życia).
2. **Poczucie winy** z powodu śmierci innych, związane z reakcjami samopotępienia.
3. Psychiczne **odrętwienie** (zawężenie odczuwania, zubożenie emocjonalne).
4. **Podejrzliwość, nieufność i nieukierunkowany gniew**.
5. **Potrzebę przeformułowania**, określającą zadanie restrukturyzacji życia psychicznego i społecznego, a przede wszystkim odnalezienia etycznego sensu i znaczenia swoich cierpień.

### 2.3.2. Badania polskie nad odległymi następstwami przeżyć obozów koncentracyjnych – próba opisanie „sylwetki ocalałego”

Badania prowadzone w latach 60. i 70. XX wieku w krakowskiej klinice psychiatrycznej związane były z próbą ustalenia konstelacji cech charakterystycznych dla grup lub podgrup badanych. Analizy prowadzone pod kątem różnych kryteriów miały pomóc ująć w spójny sposób **sylwetkę ocalałego**.

Szymusik (1964, 1974) podzielił ocalałych na dwie zasadnicze grupy. Do pierwszej zaliczył osoby cechujące się przewlekłą postępującą astenią o różnym nasileniu (z objawami drażliwości i wybuchowości, z lękami, myślami natrętnymi, apatią, poczuciem krzywdy i wyobcowania, stałym zmęczeniem oraz trudnościami w komunikacji interpersonalnej). Do drugiej grupy zakwalifikował osoby, u których dominującym objawem było przedwczesne starzenie się, a także spowolnienie psychoruchowe, bóle głowy, zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi, snu, a w sferze zawodowej – niezdolność do podjęcia stałej pracy. Często diagnozowano także u ocalałych encefalopatie, charakteropatie, zespoły depresyjno-apatyczne, nerwice lękowe i różnorodne zaburzenia somatyczne.

Podobnie Orwid (1964) wyodrębniła wśród badanych dwa charakterystyczne typy odległych reakcji na stres. Pierwszy związany z **hiperaktywnością**, ekspansją, nadaktywnością zawodową i społeczną, poszukiwaniem sensu, intensywnym przeżywaniem, swoistą kompensacją straconego czasu, z jednoczesną wzmożoną podatnością na załamania, depresje, nerwice, alkoholizm. Drugi typ zachowań prezentowały osoby **asteniczne** – reagujące smutkiem, lękiem przed życiem, apatią, jednak po pomyślnej adaptacji mające satysfakcjonujące życie społeczne i osobiste.

Analizując wypowiedzi badanych pod kątem trzech aspektów (stosunku do ludzi, transformacji w sferze światopoglądu i postaw oraz występowania utrzymujących się zaburzeń charakteru), Leśniak (1965, s. 16–18) wyróżnił dwa bieguny odległych następstw doświadczeń oświęcimskich – (1) **poobozowe patologiczne zmiany osobowości**, do których zaliczył: drażliwość, zmniejszenie kontaktowości, rozgoryczenie i pesymizm, poczucie bezcelowości życia, płacz-

liwość, poczucie mniejszej wartości, nieufność i negatywny stosunek do ludzi, (2) **zmiany, które można nazwać pozytywnymi** – wzrost tolerancji i miłości do ludzi, nacisk na wartości moralne, brak lęku przed śmiercią, wzrost odwagi, wzrost samodzielności. Na podstawie tych kryteriów opisał pięć typów osobowości poobozowej, których nazwy nawiązywały do objawu dominującego w obrazie psychopatologicznym:

1. **Przygnębieni** – charakteryzujący się stałym obniżeniem podstawowego nastroju, pesymistycznym nastawieniem do życia, przekonaniem o jego bezcelowości, lękami, płaczliwością i rozgoryczeniem.
2. **Nieufni** – na pierwszy plan w tej grupie wysuwały się takie objawy, jak: nieufność i negatywny stosunek do ludzi, stronienie od ludzi, zmniejszenie kontaktowości, podejrzliwość, gorsza ocena innych ludzi, nastawienie lękowe, skłonność do popadania w konflikty z otoczeniem, poczucie krzywdy.
3. **Wybuchowi** – cechujący się drażliwością, wybuchowością, nerwowością, wzrostem pewności siebie, samodzielności, aktywności, cynicznym stosunkiem do życia.
4. **Przygnębieni i nieufni** – wykazujący zmiany charakterystyczne dla grupy pierwszej i drugiej.
5. **Subiektywnie i obiektywnie niewykazujący zmian osobowości.**

**Odrębną grupę** stanowiły osoby stwierdzające, że obóz wpłynął na nie korzystnie (9% badanych). Pozytywne zmiany określały jako pogłębienie znajomości siebie i innych ludzi, skryształizowanie poglądu na świat, ogólne zahartowanie, nawiązanie głębszych kontaktów z innymi, wyzbycie się neurotycznej lekliwości i nieśmiałości.

Ze względu na przejawiane zaburzenia Gąterski, Orwid i Dominik (1969) dokonali podziału ocalałych na następujące grupy:

- z zaburzeniami o typie psychoorganicznym (z charakterystyczną impulsywnością, labilnością emocjonalną, zaburzeniami pamięci i koncentracji uwagi);
- z zespołami depresyjno-lękowymi (wykazujących obniżenie nastroju, poczucie niepewności i niewydolności, brak perspektyw, natrętne powracanie do przeżyć obozowych);
- ze zmianami osobowości i trudnościami adaptacyjnymi (u których dominował nastrój depresyjny, podejrzliwość w stosunku do ludzi, drażliwość, wybuchowość, trudności w kontaktach z ludźmi).

Kłodziński (1972, s. 19) zaobserwował u byłych więźniów liczne zaburzenia somatyczne sprzężone z psychicznymi. Autor ten podzielił badanych na trzy grupy reprezentujące typowe wzorce adaptacji pourazowej. Do pierwszej z nich zaliczył ocalałych, którzy dobrze przystosowali się do życia (osiągnęli wysoki status socjoekonomiczny, wykształcenie, satysfakcjonujące życie rodzinne), byli aktywni, nie izolowali się od otoczenia, nie przejawiali poczucia krzywdy, zachowywali się altruistycznie i których cechowała duża tolerancja. Drugą grupę stanowiły osoby pozornie dobrze przystosowane do życia, w rzeczywistości rozczarowane życiem społecznym i osobistym na wolności. Do trzeciej grupy

należały osoby źle przystosowane do życia, mające duże problemy zawodowe, rodzinne, nadużywające alkoholu, łamiące prawo i popadające w konflikty z otoczeniem.

Badania Jakubika (1981, 1986), przeprowadzone w latach 80. XX wieku, wykazały, że byli więźniowie obozów koncentracyjnych uzyskiwali znacząco niższe wyniki w zakresie pozytywnej samooceny, adekwatnej percepcji własnej osoby w aspekcie samopoczucia fizycznego, moralności i życia prywatnego oraz tożsamości. U badanych zaznaczyło się także silniejsze zewnętrzne poczucie kontroli. Jagoda, Kłodziński i Masłowski (1976) zidentyfikowali także takie zachowania ocalałych, jak: traktowanie obozu jako punktu odniesienia do okresu po uwolnieniu (np. tendencja do kategoryzowania ludzi na więźniów i niewięźniów), wzmożoną religijność, utrwalenie postaw, stereotypów i nawyków obozowych w codziennym życiu po uwolnieniu, nadwrażliwość na przejawy braku kultury i brutalności.

Badania polskie nad obrazem psychicznym więźniów Oświęcimia stanowiły ważny punkt odniesienia w literaturze naukowej poświęconej PTSD. Były one także inspiracją teoretyczną niniejszych planów badawczych. W większości przytoczonych wyżej polskich badań i poszukiwań zarysowują się dwa podstawowe wzorce – adaptacyjnych i dezadaptacyjnych, skutków, jakie traumatyczne zdarzenia wywierały na osobowość i późniejsze funkcjonowanie ocalałych.

## **Charakterystyka odległych następstw stresu pourazowego w sferze wewnętrznej ocalałego**

Analiza prac teoretycznych oraz empirycznych uprawnia do stwierdzenia, że odległe następstwa stresu pourazowego mogą manifestować się w sferze wewnętrznej osoby głównie jako: stan lub nastrój depresji, lęk i inne zaburzenia życia uczuciowego, zwiększenie subiektywnego odczuwania dolegliwości somatycznych oraz złe samopoczucie, a także poczucie złej jakości życia.

### **Stan lub nastrój depresji**

Stan ten przejawiał się przede wszystkim **smutkiem i przygnębieniem**. Eaton, Sigal i Weinfeld (1982) wyróżnili specyficzne sądy ocalałych dotyczące siebie i otoczenia, które nacechowane były depresyjnością. Stanowiły one częsty powód odczuwania przez badanych **braku sensu życia**. Wiązały się z przekonaniem o bezskuteczności jakiegokolwiek wysiłku, bezwartościowości sytuacji i przedmiotów, z przeświadczeniem, że każde działanie musi zakończyć się niepowodzeniem. Glover (1988), Green (1993, 1995), Irving, Tefler i Blake (1997), Lomranz (1995), Ochberg (1995), Solomon (1993), Southwick, Yehuda i Giller (1991), Turner i Gorst-Unsworth (1993) oraz Wilson, Smith i Johnson (1985) zwrócili uwagę na tendencje badanych do **szybkiej rezygnacji, rozpacz i odczuwania beznadziejności**, które były reakcjami na urazy fizyczne i psychiczne. Solomon, Mikulincer i Habershaim (1990), Solomon (1993) oraz Yehuda i in. (1995) wykazali, że osoby ocalałe charakteryzują się nadwrażliwością,



brakiem odporności w przezwyciężaniu codziennych trudności i stresujących (nawet o niewielkim nasileniu) zdarzeń życiowych. Według Horowitz (1993) i Ochberga (1993, 1995) osoby ocalałe, cechujące się dominującymi objawami depresyjnymi, miały ograniczone zdolności osiągnięcia zadowolenia, odczuwania radości, szczęścia, satysfakcji z życia oraz charakteryzowały się brakiem zdolności do wyrażania entuzjazmu.

Wyniki badań Jakubika (1986) sugerowały **obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości** u byłych więźniów obozów koncentracyjnych. Nie wykazał on jednak innych, istotnych statystycznie różnic w obrazie własnej osoby pomiędzy grupą byłych więźniów Oświęcimia a grupą porównawczą.

Ekstremalne zdarzenia związane z uwięzieniem, represjami lub przemocą doznaną ze strony innych ludzi często doprowadzały do wytworzenia się u ocalałych **poczucia wstydu**, ukrywania lub zmieniania faktów z życiorysu. Według Glover (1988), Janoff-Bulman (1995), Ochberga (1993, 1995) i Solomona (1993) częstym odległym następstwem traumy była także skłonność do nadmiernej samokrytyki oraz **poczucie winy**, szczególnie w stosunku do osób, które nie przeżyły, nie ocalały z traumy, a także w stosunku do własnych bliskich i rodzin, w pośredni sposób również „okaleczonych” przez uraz. Kompleks tych cech powodował ujawnianie się u badanych **myśli lub tendencji samobójczych**. Na częste ich występowanie u osób narażonych na stres o ekstremalnym nasileniu zwrócili uwagę Cairns i Wilson (1993) oraz Green (1993, 1995). Podłożem tego typu reakcji mogły być zarówno bezpośrednie przeżycia i straty natury fizycznej, psychicznej lub materialnej (przewlekłe choroby, kalectwo, utrata bliskich, strata środków do życia, domu), jak i wtórne trudności związane z kłopotami adaptacyjnymi.

Lating, Zeichner i Keane (1995) określili, że cechą charakterystyczną nastroju depresyjnego u pacjentów z PTSD było jego występowanie w połączeniu z emocjami gniewu, lęku, z dominującym poczuciem winy i straty. Ten obraz depresji różnił się, ich zdaniem, od ahedonii obserwowanej w przypadku tzw. dużej depresji (*major depression*, depresji endogennej; Kaplan i Sadock, 1995). Uważali również, że lęk i depresja występowały zazwyczaj wspólnie. Sugestię tę potwierdziły badania Southwicka, Yehudy i Gillera (1991), które dowiodły, że obraz depresji u osób z diagnozą PTSD charakteryzuje się symptomami związanymi z bezsennością, lękami o podłożu somatycznym, zależnością od innych i samokrytycyzmem.

W badaniach represjonowanych w Polsce, przeprowadzonych przez Heitzmana i Rutkowskiego (1997), u ponad 78% osób rozpoznawano mieszane zespoły depresyjne i lękowe, co podkreśla ważność tych objawów w diagnozie również tej populacji ocalałych.

## Lęk

Lęk jest podstawowym objawem odległych następstw stresu pourazowego. W klasyfikacji DSM PTSD zostało zaliczone do zespołów lękowych (American Psychiatric Association, 1994; Kaplan i Sadock, 1995). Badania empiryczne

w grupie osób uwięzionych z przyczyn politycznych, przeprowadzone przez Crocqa i in. (1993), Eatona, Sigala i Weinfeld (1982), a także u ofiar przemocy fizycznej (Davis i Friedman, 1985) wykazały występowanie podwyższonego poziomu lęku w wielu grupach narażonych na traumatyczny stres.

W badaniach przeprowadzonych przez Latinga i współpracowników (1995) w grupie weteranów wietnamskich wykorzystano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera. Uzyskano empiryczne potwierdzenie występowania wyższego poziomu stanu i cechy lęku w tej grupie badawczej. Średnie wyników otrzymanych u kombatantów dla stanu i cechy lęku były istotnie wyższe od wyników uzyskanych przez osoby należące do grup kontrolnych. Dla stanu lęku średnia w grupie weteranów wynosiła 56 pkt,  $sd = 14,2$ ; a dla cechy lęku 54 pkt,  $sd = 11,7$  (w grupie kontrolnej badani uzyskali dla stanu lęku średnią 35 pkt,  $sd = 11,4$ ; a dla cechy lęku 34 pkt,  $sd = 7,8$ ).

W artykule poświęconym ocalałym z Holocaustu Janoff-Bulman (1995) uznała lęk za podstawowy objaw stresu pourazowego, wpływający dysregulująco na wszystkie obszary funkcjonowania jednostki (społecznego, poznawczego i zdrowotnego). Wskazała także na społeczny i interpersonalny wymiar lęku. Na podstawie jej analiz możliwe było wykazanie występowania u ocalałych swoistej ambiwalencji, dwoistości w przypadku tej emocji. Z jednej strony badanych charakteryzował lęk przed osamotnieniem, brakiem pomocy i wsparcia (w sferze behawioralnej wyrażający się dążeniem „do” innych), z drugiej – poczucie zagrożenia, lęk przed kontaktami z ludźmi, a w konsekwencji – unikanie innych osób.

Jednym z najważniejszych czynników wywołujących i nasilających lęk u ofiar ekstremalnego stresu były sytuacje ekspozycji na symbole przypominające stresogenne zdarzenia. W opinii badaczy lęk wiązał się też najczęściej z bardziej lub mniej realistyczną obawą przed powtórny urazem (Horowitz, 1993; Ochberg, 1993, 1995). Uczucie to manifestowało się silnymi reakcjami wegetatywnymi. Często jego powodem były także problemy ze snem, w tym przede wszystkim pojawiające się koszmary senne o tematyce związanej z urazem. Horowitz (1993) łączył powstanie tej emocji z **fazą krzyku** i **fazą „wdzierania się”**. Na ważny aspekt tej emocji u ofiar ekstremalnego stresu zwrócił uwagę Lifton, wyróżniając cechujące ocalałych: lęk przed śmiercią i poczucie rozpada się, dezintegracji (Lifton, 1993).

### Inne zaburzenia sfery afektywnej

Liczne badania empiryczne (Crocq i in., 1993; Eaton, Sigal i Weinfeld, 1982; van der Kolk i in., 1996; Southwick, Yehuda i Giller, 1991; Solomon, 1993) wskazywały także na osłabienie życia uczuciowego lub **labilność emocjonalną** u ofiar różnorodnych typów represji. Inną cechą emocjonalności ocalałych był **brak opanowania, kontroli i dysforia** lub **napady agresji**. W opinii badaczy zaburzenia związane z agresją przejawiały się reakcjami irytacji oraz niekontrolowanymi wybuchami złości bez określonej przyczyny lub o sile nieproporcjonalnej do wywołującego je bodźca. Agresja mogła mieć formę ukrytej, zgeneralizowa-

nej postawy wrogości wobec otoczenia lub wyrażać się bezpośrednio w konkretnych sytuacjach. Kwestia ta była szczególnie podkreślana w opracowaniach, van der Kolka i in. (1996), Scurfielda (1993) oraz Weisaetha (1993). Podczas badań weteranów wojny w Wietnamie Scurfield (1993) zaobserwował trzy wzory zachowań w stosunkach ze światem zewnętrznym i z problemami wewnętrznymi. Pierwszy z nich określił jako specyficzne odrętwienie połączone z kierowaną na zewnątrz wściekłością i potępieniem, drugi – jako odrętwienie połączone z autoagresją, trzeci natomiast wiązał z lękiem i obawą.

### **Zwiększenie subiektywnego odczuwania dolegliwości somatycznych oraz złe samopoczucie**

Dodatkowym objawem odległych następstw stresu pourazowego było zwiększenie subiektywnego i obiektywnego odczuwania dolegliwości somatycznych, wyrażające się złym stanem zdrowia, szczególnie zaburzeniami oddechu i krążenia (Turner i Hough, 1993), bólami głowy (Juhler, 1993), chorobami psychosomatycznymi i somatyzacjami (Green, 1995; de Loos, 1990), zmianami neurobiologicznymi (Everly, 1995b; van der Kolk i in., 1996). Zauważalny był także wyższy odsetek umieralności osób narażonych na stres bojowy – nawet po kilkudziesięciu latach od traumatycznych wydarzeń (Boscarino, 2010).

De Loos (1990) analizował charakter reakcji psychosomatycznych i somatyzacji. Określił cztery formy odległych następstw stresu pourazowego: zaburzenia psychospołeczne, somatyzacje, objawy psychofizjologiczne i choroby somatyczne. Na podstawie wywiadów i rozmów z osobami cierpiącymi na PTSD wyróżnił on zaburzenia psychospołeczne, takie jak: uwarunkowanie na bodźce związane z traumą, strach przed śmiercią, gwałtowne odruchy, lęklliwość, nieustanne kontrolowanie się, nastroj depresyjny i wyczerpanie połączone z poczuciem ociężałości fizycznej oraz brakiem witalności. Do zaburzeń o charakterze somatyzacji zaliczył hipochondrie, konwersje i bóle pochodzenia psychogenne, odczucia pacjentów jakby: „ciało pamiętało ból odczuwany w przeszłości” (de Loos, s. 96). W zakresie zmian psychofizjologicznych według tego autora objawy manifestowały się przede wszystkim jako reakcje wegetatywne związane z lękiem i depresją. Do chorób somatycznych zaliczył de Loos choroby o podłożu organicznych zaburzeń OUN, zaburzenia psychosomatyczne, infekcje i ich skutki, choroby skóry oraz płuc. W badaniach Eatona, Sigala i Weinfeldta (1982) zauważono podobne dolegliwości u osób cierpiących na PTSD. Ich badani zgłaszali istotnie więcej takich symptomów, jak: poczucie słabości, bóle głowy, gwałtowne bicie serca, poczucie utraty siły, zasłabnięcia, problemy żołądkowe i problemy z oddychaniem. Eitinger (1980) zaobserwował, że 43% ocalałych z Holocaustu deklarowało zmniejszoną inicjatywę, energię i witalność. Także Turner i Gorst-Unsworth (1993) wykryli ścisły związek ekstremalnie trudnych doświadczeń z wieloma zaburzeniami dotyczącymi ciała, ze złym samopoczuciem oraz brakiem energii życiowej. Kontrowersyjna wydaje się jednak opinia Danielego (1985), który uznał, że poprzez somatyzacje, będące nieświadomym wyrażeniem psychicznego cierpienia i uczucia wściekło-

ści, osoby poszkodowane kontrolowały i manipulowały członkami rodziny. Według niego działało się tak dlatego, że dolegliwości fizyczne były w świadomości osób postronnych bardziej zrozumiałe i akceptowane niż problemy psychiczne. Tezy tej nie udało się jednak zweryfikować empirycznie. Herman (1995), Kluznik i in. (1986) oraz Turner i Gorst-Unsworth (1993) uzyskali jedynie potwierdzenie hipotezy o częstszych hospitalizacjach, zaburzeniach zachowania i częstszej zapadalności na choroby psychiczne osób doświadczających różnych rodzajów traumy.

W charakterystyce odległych następstw traumy istotnym elementem stały się także zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi i trudności w uczeniu się (Barret i in., 1996; Friedman, 1997).

### **Poczucie złej jakości życia**

Antonovsky (1979), Shmotkin i Lomranz (1998), Solomon (1993) oraz Weisaeth i Eitinger (1993) zauważyli, że ocaleni charakteryzowali się gorszym samopoczuciem i poczuciem gorszej jakości życia. Odmienne rezultaty badań przedstawili B. Kahana, Z. Harel i E. Kahana (1988). W swoim artykule określili oni czynniki pośredniczące pomiędzy traumatycznymi wydarzeniami (wiek, liczba dzieci, posiadanie małżonka o podobnych doświadczeniach, poziom religijności, altruizmu, otwartości i wewnętrzne umiejscowienie kontroli) a odczuwanym poziomem psychologicznego dobrostanu. Nie potwierdzili natomiast przypuszczenia o bezpośrednim wpływie traumatycznych zdarzeń na poziom samopoczucia i jakości życia.

Wymienione analizy uprawniają do wniosku, że tradycyjne badania odległych następstw stresu pourazowego przyjmowały najczęściej patogenetyczną perspektywę ich opisu. Wyniki współczesnych badań pozwoliły stwierdzić, że skrajnie urazowe sytuacje nie zawsze muszą prowadzić do poważnego zakłócenia równowagi organizmu lub psychospołecznego funkcjonowania osoby. Według części badaczy zajmujących się problematyką stresu pourazowego (Antonovsky, 1979; B. Kahana, Z. Harel i E. Kahana, 1988) trauma mogła spowodować także **korzystne zmiany**. Polegały one na: zdobyciu przez badanych większej dojrzałości (Smith, 1986); zahartowaniu, wytworzeniu zdecydowanej motywacji do przetrwania (Lis-Turlejska, 1998); odkryciu nowych znaczeń i sensów, umiejętności nadawania sensu sytuacjom beznadziejnym (Frankl, 1962, 2000; Lifton, 1993; Lis-Turlejska, 1998; Popielski, 1975); pogłębieniu znajomości siebie i innych (Frankl, 1962, 2000; Leśniak, 1965; Smith, 1986); możliwości nabycia nowego spojrzenia na otaczający świat (Leśniak, 1965); bardziej konstruktywnym i optymistycznym nastawieniu do życia, uznaniu życia za bardziej wartościowe (Lis-Turlejska, 1993, 1998); zredukowaniu lęku przed śmiercią (Leśniak, 1965); poczuciu bycia potrzebnym, „przeznaczonym do czegoś” (Frankl, 1962, 2000; B. Kahana, Z. Harel i E. Kahana, 1988); odkryciu zdolności i umiejętności nieujawnianych w sytuacjach codziennych (Smith, 1986).

## Charakterystyka odległych następstw stresu pourazowego w funkcjonowaniu interpersonalnym

Pozytywnie zakończony proces adaptacji pourazowej wiązał się więc nie tylko z lepszym zrozumieniem, poznaniem siebie, pracą nad własnymi emocjami, samooceną, obrazem siebie, lecz objawiał się także przeformułowaniem stosunku do otoczenia i do innych ludzi, zrozumieniem ich motywów działania, pozbyciem się względem nich lęku, wrogości i nieufności. Niepowodzenia w procesie zdrowienia przejawiały się natomiast długotrwałym utrzymywaniem się objawów zaburzeń w sferze interpersonalnej.

Różnego rodzaju ekstremalne represje, których inicjatorem, pomysłodawcą i wykonawcą był drugi człowiek, niosły ze sobą załamanie wiary, ufności zarówno wobec drugiej osoby, jak też wobec państwa i prawa. Ważnym czynnikiem, który utrzymywał osoby represjonowane we względnym zdrowiu psychicznym i pozwalał przetrwać najsilniejsze upokorzenia, była nadzieja na powrót do domów, rodzin i przyjaciół. Po uwolnieniu osoby te musiały przeżyć konfrontację z rzeczywistością, która niejednokrotnie okazywała się odmienna od oczekiwań. Ci spośród ocalałych, którzy nie byli w stanie przekazać swoich doznań bliskim i przyjaciołom, gdyż otaczał ich mur niechęci, politycznego i społecznego ostracyzmu, nie wierzyli, że ktokolwiek zechce ich wysłuchać i im pomóc. Rezultatem swoistej **zmowy milczenia** (Danieli, 1985) było zwiększenie poczucia osamotnienia, izolacji i nieufności wobec bliskich.

Catherall (1989) oraz Eberly, Harkness i Engdahl (1991) opisali dwa rodzaje konsekwencji traumy – **pierwotne** (bezpośrednio związane z ekstremalnymi przeżyciami oraz z indywidualnymi możliwościami radzenia sobie ze stresem w czasie urazu) i **wtórne** (związane z problemami adaptacyjnymi ocalałego, najczęściej określane poprzez relacje z innymi). Szczególnie w przypadku represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce odległe następstwa stresu mogły być także konsekwencją okresu po uwolnieniu.

W licznych, przedstawionych poniżej, opracowaniach badacze zwrócili uwagę na szereg szczegółowych objawów zaburzeń **sfer interpersonalnej** ocalałych. Bardzo charakterystyczna była tendencja do izolowania się, alienacji i wycofywania z kontaktów z ludźmi, określana przez badaczy jako: ambiwalentne stosunki z bliskimi – potrzeba wsparcia połączona z szybkim rezygnowaniem ze związków (Catherall, 1989; Ehrlich, 1988; Herman, 1999; op den Velde i in., 1993); zahamowania w nawiązywaniu związków psychicznych i seksualnych (Ehrlich, 1988; Nederland, 1968); niechęć do zwierzania się innym, mówienia im o swoich doświadczeniach (Z. Harel, B. Kahana i E. Kahana, 1993; Scurfield, 1993) oraz typowe dla wielu grup osób, szczególnie doświadczających przemocy – szukanie towarzystwa osób o podobnych przeżyciach (Z. Harel, B. Kahana i E. Kahana, 1993; Scurfield, 1993).

Następną ważną charakterystyką była uogólniona nieufność i podejrzliwość w stosunku do ludzi, rodziny, bliskich, przyjaciół, ograniczone zainteresowanie otoczeniem (op den Velde i in., 1993) oraz niechęć do poszukiwania i korzystania ze wsparcia państwowego, społecznego, prawnego (Solomon, Mikulincer

i Avitzur, 1988; Z. Harel, B. Kahana i E. Kahana, 1993), a także brak wiary w społeczeństwo i poczucia przynależności do niego (Herman, 1999).

Kolejnym następstwem PTSD w sferze interpersonalnej były często ujawniane przez badanych tendencje roszczeniowe, które wykazano w badaniach Z. Harela, B. Kahany i E. Kahany (1993), Ochberga (1993, 1995) oraz Solomon, Mikulincera i Avitzura (1988).

Interesujące wydają się też badania swoistej niezaradności rodzinnej, określonej przez badaczy jako zaburzenia funkcjonowania małżeńskiego i rodzicielskiego. Ocaleni znacznie częściej tworzyli mniej szczęśliwe małżeństwa (Glover, 1988; Yehuda i in., 1998). Danieli (1985) uznał, że rodzina była często dla ocalałego „obiektem zastępczym” ekspresji agresji i wrogości. Na podstawie badań grupy ocalałych z Holocaustu wyróżnił on cztery typy tworzonych przez nich stosunków rodzinnych, nadając im nazwy: **rodzina ofiary** (charakteryzująca się występowaniem nastroju depresji, lęku, nieufności wobec świata zewnętrznego oraz dużą symbiozą wewnątrz rodziny); **rodzina bojownika** (cechująca się występowaniem kompulsywnej aktywności mającej na celu zapomnienie, wymaganie okresu traumy, częste ataki agresji i wrogości, natomiast niedopuszczalne były w niej sygnały słabości u żadnego z domowników); **rodzina odrętwiałego/zobojętniałego** (z dominującą atmosferą ciszy, nieujawniania i wyciszania emocji, braku gwałtownych reakcji – typ ten częsty był w przypadku gdy oboje małżonkowie lub także ich bliscy byli prześladowani); **rodzina, tych, którym się udało** (osoby, które po uwolnieniu osiągnęły wysoki status socjoekonomiczny, wykształcenie, sławę, bogactwo; przystosowały się do społeczeństwa, miały „zwykłe” cele i osiągnięcia, całkowicie wypierały i unikały wspomnień o traumatycznych doświadczeniach; w grupie tej częste były jednak rozwody, brak ciepła, podporządkowanie życia rodzinnego karierze zawodowej i społecznej ocalałego).

W zakresie funkcjonowania rodzicielskiego Danieli (1985) wyróżnił także cztery charakterystyczne dla ocalałych wzory postaw rodzicielskich. Pierwszą była chęć rekompensowania sobie przez ocalałego niepowodzeń w życiu poprzez dzieci, wyrażająca się nadopiekuńczością, kontrolą zachowań, wysokimi standardami dotyczącymi edukacji i wyboru zawodu. Dzieci traktowane były jako „przedłużenie życia”, dowód normalności, zwycięstwa nad prześladowcą. Źródłem drugiej postawy była próba odbudowania podważonego autorytetu i pozycji w rodzinie, wyrażała się ona nadmierną surowością, restrykcyjnością i brakiem tolerancji wobec dzieci. Trzecia postawa wyrażała się skupieniem rodzica na swoich problemach związanych z konsekwencjami doświadczonej traumy i pozostawieniem dzieci samym sobie, a nawet wymaganiami od nich opieki. Czwarta postawa charakteryzowała się próbami wynagradzania dzieciom środkami materialnymi niedostatków emocjonalnego ciepła i opieki.

Inną grupę następstw stanowiły **problemy zawodowe oraz konflikty z przełożonymi i autorytetami** zauważone w badaniach przeprowadzonych przez Catherall (1989), Z. Harela, B. Kahana i E. Kahana (1993), op den Velde’ego i in. (1993), Solomon i Davidsona (1997), a także Weisaetha i Eitingera (1993). Eitinger (1980) wykazał, że ponad połowa ocalałych z Holocaustu

zmieniała kilkakrotnie pracę. Istotne były także **problemy finansowe, zmiana stylu życia, statusu socjoekonomicznego** badanych, zauważone w badaniach Ochberga (1995).

Współcześnie pojawiły się prace kwestionujące jedynie patologiczne konsekwencje traumatycznych doświadczeń, wskazujące na możliwość ich pozytywnej reinterpretacji również na płaszczyźnie społecznej (Shmotkin i Lomranz, 1998). Badania wykazały możliwości adaptacyjne ocalałych, ich zdolność sprawnego funkcjonowania, tworzenia stałych i satysfakcjonujących związków, uzyskiwania przez badanych osiągnięć na gruncie zawodowym, a nawet zwiększonej aktywności społecznej i zaangażowania w sprawy innych (Antonovsky, 1979, 1994, 1995; Antonovsky i in. 1971; Brenner, Roskies i Lazarus, 1980; Z. Harel, B. Kahana i E. Kahana, 1993). Badając sferę zawodową ofiar, odkryto, że część osób osiągnęła wysoki status materialny i społeczny, chociaż większość z nich szybciej przechodziła na renty lub emerytury (op den Velde i in., 1993). B. Kahana, Z. Harel i E. Kahana (1988) zauważyli, że 26% osób ocalałych z Holocaustu radziło sobie z problemami interpersonalnymi lepiej niż przed urazem, a 29% nie odczuwało żadnych różnic w tym zakresie. Część ocalałych była zdolna do satysfakcjonującego życia rodzinnego oraz wypełniania ról społecznych i zawodowych. Badacze zwrócili jednak uwagę, że występowanie i głębokość zaburzeń sfery interpersonalnej zależała od czynników indywidualnych oraz od wsparcia, jakie dana osoba otrzymała od otoczenia. Podobne stanowisko zajęli Brenner, Roskies i Lazarus (1980), Z. Harel, B. Kahana i E. Kahana (1993), Leśniak (1964) i Lomranz (1995), którzy zwrócili uwagę na możliwe **pozytywne skutki** bycia represjonowanym, polegające na zdobyciu większej odwagi, pozbyciu się nieśmiałości w stosunku do innych ludzi, umiejętności nawiązywania i kontynuowania prawdziwie głębokich przyjaźni z osobami o podobnych przeżyciach, większej wrażliwości na krzywdę ludzką, czy wreszcie na prezentowaniu postaw altruistycznych i zwiększonej tolerancji.

Reasumując, na podstawie badań można przypuszczać, że traumatyczne zdarzenia były w stanie wpłynąć dwojako na funkcjonowanie i osobowość ocalałych – destruktywnie bądź konstruktywnie. Jednym z możliwych wytłumaczeń rozbieżności w wynikach badań może być uwzględnienie czynników warunkujących osobowe strategie radzenia sobie ze stresem i adaptacji pourazowej.

## 2.4. Kryteria diagnostyczne stresu pourazowego w międzynarodowych klasyfikacjach

### 2.4.1. Pierwsze próby systematyzacji następstw ekstremalnych zdarzeń

Po II wojnie światowej, na podstawie wielu danych uzyskanych za pomocą badań więźniów okresu II wojny światowej, a w szczególności ocalałych z obozów koncentracyjnych, zostały usystematyzowane i sklasyfikowane zaburzenia powstałe w wyniku przeżycia traumy. Pourazowy zespół zmian określano

nazwami: „astenia poobozowa”, „astenia postępująca” – „asthenia progressiva gravis” i „KZ-syndrom” (Cohen, 1972; Kępiński, 1970; Ryn, 1981; Szymusik, 1964). Psychiatrzy zakładali istnienie nierozzerwalnego związku obozowych chorób, urazów fizycznych i wyniszczenia organizmu oraz stresorów natury psychicznej w etiologii tych zaburzeń. Spostrzeżenia te najlepiej scharakteryzował Szymusik, pisząc:

Fakt, iż wszystkie badania zarówno krajowe, jak i zagraniczne mimo różnych metod badawczych i różnej liczebności grup stwierdzają podobne wyniki, przemawia również za tym, iż KZ-syndrom należy uznać za osobną jednostkę chorobową, typową dla byłych więźniów obozów koncentracyjnych i związaną przyczynowo z pobytem w obozach (Szymusik, 1974, s. 112).

Szymusik (1974) opisywał także, że osoby cierpiące na astenię postępującą wykazywały dużą męczliwość, okresowe stany depresyjne, apatię, myśli samobójcze, drażliwość, poczucie krzywdy, wycofywanie się z kontaktu z ludźmi, zaburzenia pamięci, stany lękowe, wybuchowość oraz objawy wegetatywne. Typ z silnie zaznaczoną komponentą przedwczesnego starzenia się charakteryzował się dodatkowo: spowolnieniem psychoruchowym, zaburzeniami pamięci, koncentracji uwagi oraz niemożnością wywiązywania się z powierzonych obowiązków.

Według Kępińskiego (1970) zarówno astenię poobozową, jak i KZ-syndrom cechowały bardzo duże podobieństwa. Proponował on stosowanie tylko nazwy **KZ-syndrom**, chociaż badania grup osób uwięzionych np. w obozach jenieckich nie wykazały występowania specyficznych dla niego objawów. Dlatego w piśmiennictwie określenie to zarezerwowane zostało tylko dla ofiar obozów koncentracyjnych. Eitinger (1980), charakteryzując KZ-syndrom, wymienił: zaburzenia pamięci – trudności w koncentracji uwagi; nerwowość i irytację oraz nastrój dysforyczny; zmęczenie, poczucie niewydolności; chwiejność i niestabilność emocjonalną; zawroty i bóle głowy; utratę inicjatywy; zaburzenia snu, sny o tematyce związanej z obozem; natrętne myśli o obozie; a także przedwczesne starzenie się i reakcje paniczne. Zwrócił on także uwagę na możliwość późniejszego, odroczonego ujawnienia się wielu objawów oraz na związek pomiędzy nasileniem tortur, urazami głowy, utratą wagi, długością uwięzienia a głębokością i liczbą objawów tego zaburzenia. KZ-syndrom i astenia postępująca wiązały się często także z organicznymi zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego, przejawiającymi się występowaniem zespołów psychoorganicznych, najczęściej w postaci neurasteniczno-depresyjnej i lękowej. W ich obrazie charakterystyczne były także utrzymujące się długi czas, zautomatyzowane stereotypy i nawyki więźniów, związane z funkcjonowaniem w warunkach obozowych (Jagoda, Kłodziński i Masłowski, 1976).

Specyficzne formy pojawiania się tego zespołu tak scharakteryzował Szymusik:

Znamienne dla zdrowotnych następstw pobytu w obozach są: (a) współistnienie wielu chorób, z których na pierwszy plan wysuwają się dolegliwości układu krą-



żenia, dolegliwości psychiczne, gruźlica, choroby układu ruchu; (b) przewlekłość i odporność na leczenie; fazy przebiegu: po okresie znacznego osłabienia i złego samopoczucia, trwającego od dwóch do czterech lat po wyzwoleniu, zazwyczaj występowała pewna poprawa – i powrót do pracy; w wieku 50–60 lat życia, mniej więcej 15–20 lat po wyzwoleniu, stwierdzało się jednak pogorszenie stanu zdrowia, uczucie ogólnego osłabienia, depresji i apatii. Równocześnie często towarzyszyły temu objawy przedwczesnego starzenia się (Szymusik, 1974, s. 110).

Pojęcia KZ-syndromu i astenii postępującej okazały się bardzo użyteczne w postępowaniu i orzecznictwie inwalidzkim, szczególnie w sytuacji, gdy udoskonalane narzędzia pomiaru pozwoliły na oszacowanie także ilościowych aspektów uzyskiwanych informacji (Heitzman, 1995; Szymusik, 1974). Pojęcia te odegrały także bardzo ważną rolę we współczesnym pojmowaniu następstw ekstremalnej traumy.

O czym była już mowa w poprzednim rozdziale, pierwsze próby usystematyzowania kryteriów reakcji pourazowych miały charakter kliniczny i opisowy. Charakterystyki dotyczyły specyficznych populacji, brakowało uniwersalnych określeń, adekwatnych do sytuacji wszystkich grup odniesienia. Rozwój teorii, modyfikacja narzędzi i kontynuacja praktycznych badań nad stresem pourazowym doprowadziły do zmian w sposobie ujmowania tego zespołu (Wilson, 1995). Został on w 1980 roku wprowadzony do trzeciej klasyfikacji Podręcznika Diagnostyczno-Statystycznego Zaburzeń Psychiczych wydawanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-III) pod nazwą *post-traumatic stress disorder* (PTSD).

Chociaż w klasyfikacji DSM-III przy diagnozie PTSD kładziono nacisk na rozpoznanie rodzaju zdarzenia, nie podano wyczerpującej listy możliwych reakcji na uraz. Umożliwiło to jednak znaczny postęp i rozwój nauki o następstwach ekstremalnego stresu oparty na ściślejszej definicji i kryteriach klasyfikacyjnych. Następne badania, które miały na celu wzbogacenie i uściślenie diagnozy PTSD, uwzględniały interakcje pomiędzy: naturą i pochodzeniem zdarzeń stresogennych; cechami osobowości i procesów radzenia sobie ze stresem; psychobiologicznymi mechanizmami działającymi w czasie traumy oraz reakcją środowiska wobec tych, którzy ucierpieli w wyniku traumatycznych sytuacji (Wilson, 1993b).

#### 2.4.2. Kryteria diagnostyczne zespołu przyjęte w klasyfikacji DSM-III-R (1987)

W opinii badaczy tej problematyki Feisteineina (1989), Heitzmana (1995) i Lis-Turlejskiej (1992) zasadnicza różnica pomiędzy klasyfikacją DSM-III a DSM-III-R polegała na rozszerzeniu zakresu PTSD i uogólnieniu rodzaju bodźców prowadzących do powstania objawów tego zespołu w drugiej z nich. Ponadto w klasyfikacji DSM-III-R zwrócono uwagę na **unikanie** jako istotny mechanizm reakcji pourazowej. Kolejną zmianą było wprowadzenie i opis współwystępu-

jących z PTSD objawów psychopatologicznych, takich jak: depresja, uzależnienia, intoksykacje, somatyzacje, objawy organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, poczucie winy, zachowania autodestrukcyjne i próby samobójcze. Kryteria diagnostyczne zespołu stresu pourazowego według przyjętej w 1987 roku rewizji trzeciej wersji DSM – DSM-III-R, zostały zamieszczone w tabeli 4.

Na podstawie DSM-III-R został stworzony kwestionariusz PTSD-Interview, stanowiący narzędzie doboru grupy badawczej. Kryteria te stanowiły także podstawę diagnozy psychiatrycznej i psychologicznej osób badanych.

#### 2.4.3. Kryteria diagnostyczne zespołu przyjęte w klasyfikacji DSM-5 (2013)

Rozwój badań nad PTSD spowodował wzbogacenie i uściślenie kryteriów klasyfikacyjnych tego zaburzenia w kolejnej, czwartej wersji DSM (*Diagnostic criteria from DSM-IV*, 1994, s. 424–429). Ujednolicono i doprecyzowano charakterystykę czynników wyzwalających PTSD (dodając np. kryterium subiektywnego odczucia bezradności czy przerażenia), wprowadzono pojęcie **distresu**, ostrej oraz przewlekłej postaci PTSD oraz postaci z opóźnionym początkiem. Nowym składnikiem definicji było także podkreślenie specyfiki objawów dziecięcego stresu pourazowego. W wersji piątej DSM zespół stresu pourazowego nie został już sklasyfikowany w kategorii zaburzeń lękowych, stanowiąc obecnie odrębną kategorię, wprowadzono również kryteria diagnostyczne dla PTSD u dzieci poniżej 6. roku życia. Kryteria diagnostyczne zespołu stresu pourazowego według DSM-5 zostały zamieszczone w tabeli 5.

#### 2.4.4. Zaburzenia stresowe pourazowe w klasyfikacji ICD-10

Charakterystykę zaburzeń pourazowych odnaleźć można także w innych międzynarodowych klasyfikacjach. W 10. rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wprowadzono kryteria umożliwiające rozpoznanie „zaburzenia stresowego pourazowego” (ICD-10, 1998, s. 96). Polski badacz stresu pourazowego, Heitzman (1995), podał jednak szereg merytorycznych zastrzeżeń dotyczących zarówno ogólnej wizji zaburzenia, jak i polskiego tłumaczenia tej klasyfikacji. Do najpoważniejszych zaliczył: zawarty w niej, a niezgodny z większością opracowań naukowych, pogląd o rzadkim utrzymywaniu się objawów przez dłuższy czas oraz niedostosowaną do polskiej tradycji nazwę. Kryteria diagnostyczne zaburzenia stresowego pourazowego według klasyfikacji ICD-10 zostały zamieszczone w tabeli 6.

W ICD-10 pod numerem F62.0 określone zostały także kryteria trwałych zmian osobowości („wyraźnie utrwalonej zmiany indywidualnego wzorca spacerowania, odnoszenia się i myślenia w stosunku do otoczenia i siebie”; ICD-10, 1998, s. 120) występujące po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej, takiej jak: pobyt w obozie koncentracyjnym, tortury, katastrofa naturalna, prze-

Tabela 4. Kryteria diagnostyczne PTSD przyjęte w klasyfikacji DSM-III-R

- A. Dana osoba przeżyła wydarzenie wykraczające poza zakres zwykłego ludzkiego doświadczenia, które byłoby ciężkim urazem prawie dla każdego (np. sytuacja poważnego zagrożenia życia lub zdrowia; poważne zagrożenie dzieci lub ich krzywdą, to samo dotyczy małżonka lub innej bliskiej osoby; nagła strata domu lub bliskich; widok osoby ciężko rannej lub zabitej w następstwie wypadku lub przemocy fizycznej).
- B. Uraz psychiczny jest wielokrotnie odtwarzany i przeżywany w co najmniej jeden z wymienionych sposobów:
1. Nawracające, uporczywe, a przy tym przykre wspomnienia dotyczące traumatycznego wydarzenia (u małych dzieci często powtarzająca się zabawa, w której wyrażane są tematy związane z urazem).
  2. Nawracające, przykre sny na temat urazu psychicznego.
  3. Nagłe zachowania lub uczucia spowodowane nawracającymi wspomnieniami na temat wydarzenia obejmują uczucie powtórnego przeżywania go, omamy, złudzenia i oddzielne obrazy scen związanych z tym wydarzeniem („odbicie”), również takie, które pojawiają się na jawie lub wtedy, gdy osoba znajduje się w stanie intoksykacji.
  4. Uczucie silnego, psychicznego cierpienia pojawiające się zarówno w chwilach ekspozycji na sytuacje symbolizujące lub przypominające elementy urazu psychicznego, jak również podczas rocznic tego wydarzenia.
- C. Ciągłe unikanie bodźców związanych z urazem lub zmniejszenie się ogólnej wrażliwości na bodźce pochodzące z otoczenia (niewystępujące przed urazem), która to postawa wyraża się co najmniej trzema z poniższych objawów:
1. Usiłowanie uniknięcia myśli i uczuć związanych z urazem.
  2. Usiłowanie uniknięcia czynności i sytuacji, które wywołują wspomnienia urazu.
  3. Niemożność przypomnienia sobie ważnych okoliczności związanych z urazem psychicznym (amnezja psychogenna).
  4. Znaczące obniżenie zainteresowania ważnymi zadaniami dnia codziennego (u małych dzieci utrata niedawno nabytych umiejętności rozwojowych, takich jak czynności higieniczne lub umiejętności językowe).
  5. Uczucie oddalenia i wyobcowania w stosunkach z innymi ludźmi.
  6. Ograniczenie zakresu uczuć (np. niezdolność do odczuwania miłości).
  7. Poczucie braku perspektyw w przyszłości (np. dana osoba nie oczekuje kariery zawodowej, małżeństwa, posiadania dzieci czy długiego życia).
- D. Uporczywe objawy podwyższonego poziomu pobudzenia (niewystępujące przed urazem), wyrażające się co najmniej dwoma z poniższych objawów:
1. Trudności z zasypianiem i utrzymywaniem snu.
  2. Drażliwość lub wybuchy gniewu.
  3. Trudności z koncentracją.
  4. Nadmierna czujność.
  5. Przestraszony wyraz twarzy.
  6. Występowanie objawów wegetatywnych podczas ekspozycji na wydarzenia, które symbolizują pewne aspekty traumatycznego doświadczenia lub je przypominają.
- E. Zaburzenia te powinny utrzymywać się przynajmniej przez miesiąc.

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji DSM-III-R (1987)

Tabela 5. Kryteria diagnostyczne PTSD przyjęte w klasyfikacji DSM-5

<p>A. Narażenie na śmierć lub zagrożenie śmiercią, poważny uraz lub przemoc seksualną w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bezpośrednie doświadczenie zdarzenia traumatycznego.</li> <li>2. Bycie świadkiem zdarzenia, które przytrafiło się innym.</li> <li>3. Uzyskanie informacji o tym, że ktoś z bliskich (rodzina, przyjaciele) uczestniczył w zdarzeniu traumatycznym. W przypadku śmierci lub zagrożenia utratą życia członka rodziny/ bliskich przyjaciół zdarzenie musi być nacechowane przemocą lub przypadkowe.</li> <li>4. Doświadczenie powtarzających się lub ekstremalnych ekspozycji na awersyjne szczegóły zdarzenia traumatycznego (np. ratownicy zbierający szczątki ludzkie, policjanci mający wgląd w drastyczne detale znęcania się nad dziećmi). Uwaga: Kryterium A4 nie dotyczy narażenia za pośrednictwem mediów elektronicznych, telewizji ani obrazów, chyba że jest to narażenie związane z wykonywaną pracą.</li> </ol> <p>B. Obecność przynajmniej jednego objawu intruzji związanego z wydarzeniem traumatycznym:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Powracające niechciane, intruzywne i stresujące wspomnienia traumatycznego zdarzenia.</li> <li>2. Powracające, dręczące sny, których treść i/lub nacechowanie emocjonalne jest związane z traumatycznym/i zdarzeniem/ami.</li> <li>3. Reakcje dysocjacyjne (np. przebłyski wspomnień), w czasie których dana osoba czuje się lub zachowuje, jakby traumatyczne zdarzenie/a znów miało/y miejsce. (Reakcje te można rozpatrywać na kontinuum z najbardziej ekstremalnym nasileniem polegającym na utracie orientacji w otaczającej rzeczywistości).</li> <li>4. Silny lub przedłużający się stres psychologiczny w przypadku ekspozycji na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały symbolizujące bądź przypominające jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia.</li> <li>5. Silne reakcje fizjologiczne na wewnętrzne lub zewnętrzne bodźce symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia.</li> </ol> <p>C. Uporczywe unikanie bodźców związanych z traumą, które pojawiło się po wydarzeniu traumatycznym, przejawiające się jednym lub obydwoma poniższymi objawami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unikanie lub usiłowanie uniknięcia przykrych wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących albo ściśle związanych z traumatycznym/i wydarzeniem/ami.</li> <li>2. Unikanie lub usiłowanie uniknięcia zewnętrznych bodźców (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji) przypominających wydarzenie, które wzbudza przykre wspomnienia, myśli lub uczucia o traumatycznym/ch wydarzeniu/ach lub są ściśle z nim/i związane.</li> </ol> <p>D. Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej, które pojawiły się lub nasiliły, pogorszyły po wydarzeniu/ach traumatycznym/ch, przejawiające się co najmniej dwoma z poniższych objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niemożność przypomnienia sobie ważnych szczegółów traumatycznego/ych wydarzenia/ń (zazwyczaj wiążące się z amnezją dysocjacyjną, a nie z urazem głowy, spożyciem alkoholu lub użyciem narkotyków).</li> <li>2. Utrwalone i przesadne negatywne przekonania dotyczące siebie, innych ludzi lub świata (np. „jestem złym człowiekiem”, „nikomu nie można ufać”, „świat jest absolutnie niebezpieczny”, czy „mój układ nerwowy jest kompletnie zrujnowany”).</li> </ol>
--

3. Utrwalenie zniekształconego sposobu myślenia o przyczynach lub konsekwencjach traumatycznego/ych wydarzenia/ń , który prowadzi do obwiniania siebie lub innych osób.
  4. Utrwalony, negatywny stan emocjonalny (np. strach, przerażenie, złość , poczucie winy lub wstydu).
  5. Wyraźne ograniczone zainteresowanie lub udział w ważnych aktywnościach.
  6. Poczucie oddalenia od innych ludzi lub wyobcowania.
  7. Uporczywa niezdolność do przeżywania pozytywnych uczuć (np. niezdolność do odczuwania szczęścia, zadowolenia lub miłości).
- E. Wyraźne zmiany we wzbudzeniu i reaktywności związane z wydarzeniem/ami traumatycznym/i, które zaczęły się lub nasiliły po tym wydarzeniu, w postaci co najmniej dwóch z poniżej wymienionych objawów:
1. Drażliwość lub wybuchy złości.
  2. Zachowania ryzykanckie lub autodestrukcyjne.
  3. Wzmożona czujność.
  4. Nadmiernie silna reakcja na niespodziewane bodźce.
  5. Trudności z koncentracją.
  6. Trudności z zasypianiem lub snem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji DSM-III-R (1987)

Tabela 6. Kryteria diagnostyczne zaburzenia stresowego pourazowego według klasyfikacji ICD-10

- A. Pacjent był narażony na stresujące wydarzenie lub sytuację (oddziałujące krótko- albo długotrwale) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłyby spowodować dotkliwie odczuwane cierpienie niemal u każdego.
- B. Występuje uporczywe przypominanie sobie lub „odżywianie” stresora w postaci zakłócających „przebłysków” (ang. flashbacks), żywych wspomnień lub powracających snów albo w postaci gorszego samopoczucia w sytuacji zetknięcia się z okolicznościami przypominającymi stresor lub związanymi z nim.
- C. Pacjent obecnie unika lub preferuje unikanie okoliczności przypominających stresor lub związanych z nim, czego nie robił przed zetknięciem się z działaniem stresora.
- D. Występuje którekolwiek z następujących:
  1. Częściowa lub całkowita niezdolność do odtworzenia pewnych ważnych okoliczności zetknięcia się ze stresorem.
  2. Uporczywie utrzymujące się objawy zwiększonej psychologicznej wrażliwości i stanów wzbudzenia (niewystępujące przed zetknięciem się z działaniem stresora), w postaci którychkolwiek dwóch z następujących:
    - (a) trudności z zasypianiem lub utrzymaniem snu,
    - (b) drażliwość lub wybuchy gniewu,
    - (c) trudności z koncentracją,
    - (d) nadmierna czujność,
    - (e) wzmożona reakcja zaskoczenia.
- E. Wszystkie z kryteriów B, C i D zostały spełnione w ciągu 6 miesięcy od stresującego wydarzenia albo od zakończenia okresu oddziaływania stresora (dla niektórych celów można włączyć także początek opóźniony o dłużej niż 6 miesięcy, lecz należy to wyraźnie podkreślić).

Źródło: opracowanie własne na podstawie ICD-10 (1998, s. 96–97)

dłużone narażenie na sytuacje zagrażające życiu). Zmiany mogą być często poprzedzone występowaniem zaburzenia stresowego pourazowego. W klasyfikacji tej przedstawione zostały takie aspekty funkcjonowania ocalałych, jak: wroga i nieufna postawa w stosunku do otoczenia; społeczne wycofanie się; stałe uczucie pustki i poczucie beznadziei; wzrastająca zależność od innych; obniżenie nastroju; poczucie zagrożenia (przewlekły stan wewnętrznego napięcia), wyrażające się nadmierną czujnością i drażliwością; stałe poczucie wyobcowania (zmieniania się lub odmienności od innych). W diagnozie ICD-10 uwzględniono także, że stan ten trwać powinien przez co najmniej dwa lata i powodować istotne zakłócenie w funkcjonowaniu dotkniętych osób lub wywierać niepożądany wpływ na ich otoczenie społeczne (ICD-10, 1998).

#### 2.4.5. Rozpowszechnienie występowania PTSD

Według danych zawartych w DSM-IV, PTSD jest zaburzeniem diagnozowanym u od 1% do 14% osób należących do zdrowej populacji i u od 3% do 58% osób z tzw. populacji wysokiego ryzyka – kombatantów wojennych, ocalałych z katastrof naturalnych i ofiar przemocy (*Diagnostic criteria from DSM-IV. Post-traumatic Stress Disorder*, 1994, s. 426). Tak duże rozbieżności w szacunkowych danych autorzy tej klasyfikacji tłumaczyli wykorzystywaniem do oceny PTSD różnych metod i różnych grup odniesienia.

Nowsze doniesienia Solomon i Davidsona (1997) precyzowały występowanie zespołu stresu pourazowego na ok. 5% u mężczyzn i 10% u kobiet w całej populacji. Weisath (1995) ocenił rozpowszechnienie PTSD na od 20% do 50% populacji, uznając, że występowało ono jako najczęstsze zaburzenie po depresji.

W grupie poddanych badaniom represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce Heitzman i Rutkowski (1997) rozpoznali PTSD u 71% osób. Zwrócili także uwagę na wysoki udział innych zaburzeń psychicznych (przede wszystkim zespołów depresyjno-lękowych), będących odległymi następstwami stresu pourazowego. W wielu pracach i badaniach empirycznych (Crocq i in., 1993; McCaffrey i Bellamy-Campbell, 1989; Solomon i Davidson, 1997) uzyskano potwierdzenie występowania u osób narażonych na różnorodne typy urazów zaburzeń związanych z diagnozą PTSD w klasyfikacjach DSM.

Z kolei Becker (1992) w odniesieniu do grupy osób, które doświadczyły urazu związanego z przemocą polityczną, zauważył, że nazwy i kategorie opisu w ramach klasyfikacji medycznej APA (American Psychiatric Association) były nieadekwatne i nie oddawały specyfiki rzeczywistego i indywidualnego przeżywania tego zaburzenia. Według Bakera, związane z *man-made disasters* ekstremalne wydarzenia i nasilony poza granice ludzkiej odporności stres nie mogą być charakteryzowane za pomocą zwykłych medycznych kategorii. W opinii tego autora już samo określenie „następstwa stresu pourazowego” sugeruje, że doświadczenia badanych są ograniczone i zamknięte w czasie, podczas gdy w wielu przypadkach u osób, które przeżyły tortury, doświadczyły przemocy politycznej czy aktów ludobójstwa, przeżycia te kumulują się i nawarstwiają

w czasie. Nieprzepracowane, pozostawiają ślady w psychice ocalałych, a także w ich podejściu do innych ludzi, rodziny, spraw społecznych, państwa i prawa.

W ostatnich latach klasyfikacja PTSD jest wzbogacana o charakterystyki psychologiczne, współwystępujące z jego głównymi kryteriami. Na przykład van der Kolk, van der Hart i Burbridge (1995, s. 429) proponują uzupełnienie obrazu PTSD o takie kryteria, jak: reakcje związane z regulacją emocji (m.in. zachowania autodestruktywne, myśli samobójcze, wrogość); zmiany stanów pamięci i świadomości (amnezje, dysocjacje i depersonalizacje); somatyzacje (chroniczne bóle, konwersje, objawy zaburzeń układu trawiennego i krążeniowego); zmiany w zakresie autopercepcji (poczucie braku skuteczności, całkowitego rozstrojenia, winy i odpowiedzialności, wstydu, niezrozumienia); zmiany postrzegania osób/sytuacji będących przyczynami traumy (wiara w zniekształcone przez traumę poglądy, idealizacja sprawcy, pochłonięcie chęcią rewanżu); zmiany w relacjach z innymi (niezdolność do zaufania innym, obawa przed powtórny narażeniem na uraz siebie lub innych); zmiany w systemie wartości poczucie beznadziejności życia, rozpacz, utrata wiary we własną wytrzymałość. Badania przedstawione w tej pracy także stanowią próbę wzbogacenia opisu tego zaburzenia charakterystykami z dziedziny funkcjonowania psychospołecznego. Bryant i Harvey (2011) proponują także diagnozę **zespołu ostrego stresu** (ASD), w którego przebiegu charakterystyczne są takie objawy dysocjacyjne, jak: subiektywne poczucie odrętwienia lub wyobcowania emocjonalnego; zredukowana świadomość otoczenia, dereizacja, depersonalizacja i amnezja dysocjacyjna.

Niniejsza praca koncentruje się na opisie osiowych i towarzyszących odległych następstw stresu pourazowego. Zasadniczo oparta jest na klasyfikacji zawartej w DSM-III-R (badania zostały rozpoczęte przed wprowadzeniem DSM-IV i wykorzystywały metody skonstruowane na podstawie wcześniejszej wersji klasyfikacji), chociaż w opisie zaburzenia przyjmuje nazewnictwo dominujące współcześnie w polskich i amerykańskich publikacjach psychologicznych i psychiatrycznych.

### 3. Cechy traumatycznych doświadczeń osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

#### 3.1. Przyczyny oraz podstawa prawna represji

Wybuch II wojny światowej oznaczał dla Polaków znalezienie się w zasięgu wpływów dwóch systemów totalitarnych – komunistycznego i faszystowskiego. Realizacja celów politycznych państw totalitarnych, w których orbicie znalazła się Polska, sprowadzała się w praktyce do prześladowania i niszczenia wszystkiego, co mogło im zagrażać, a więc kultury, wolności twórczej, konkretnych jednostek, grup narodowościowych czy klas społecznych. Metody wywierania nacisku polegające na psychicznym zastraszeniu lub na naruszeniu integralności fizycznej jednostek (aresztowania, tortury, długotrwałe śledztwa, bezprawne wyroki, więzienia, obozy pracy, obozy koncentracyjne i zesłania) były dla większości prześladowanych osób silnym, traumatycznym doświadczeniem.

Osoby przeciwstawiające się nowemu ustrojowi lub władzom w Polsce skazywano w latach 1944–1956 na podstawie dekretów: z 31 sierpnia 1944 (przewidującego kary dla zdrajców Narodu Polskiego), z 23 września 1944 (wprowadzającego Kodeks Karny Wojska Polskiego), z 30 października 1944 (dekret o ochronie państwa), z 25 września 1945 (Kodeks Wojskowego Postępowania Karnego) i z 13 czerwca 1946 (nazywanego Małym kodeksem karnym), jak to określano, za przestępstwa „przeciwko ustrojowi socjalistycznemu i państwu polskiemu”. Konkretnie zarzuty stanowiły w tym rozumieniu m.in.: usiłowanie obalenia ustroju Polski, znieważanie ustroju i państwa, walka przeciw urzędowi administracji państwowej bądź przeciw sprzymierzonym państwom, nielegalne gromadzenie lub posiadanie broni, sabotaż, wroga propaganda, przynależność do nielegalnych organizacji albo związków, udział w akcjach zbrojnych i szpiegostwo (Turlejska, 1989; Ziemia, 1989). Jak ocenił Lizak:

Każdy akt ustawodawczy zawierał formalne gwarancje demokratycznego funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości, ale celowo nie nakładano na prokuraturę i sądy obowiązku korzystania z ich uprawnień, pozostawiono wiele rzeczy do swobodnego



uznania aparatu represji, tolerowano działania nie mające uzasadnienia w prawie, ale w enigmatycznej konieczności dziejowej (Lizak, 1988 s. 29).

System represji tworzyli funkcjonariusze Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego (pion cywilny) i Głównego Zarządu Informacji Wojska Polskiego (pion wojskowy), w roku 1947 ich liczba wynosiła ok. 200 tysięcy osób. Wyjątkowe znaczenie miało tzw. Biuro Specjalne, przemianowane w 1952 roku na tzw. X Departament (Lizak, 1988). Na podstawie kwerendy źródłowej Kostewicz (1996) stwierdził także, iż w praktyce większość prokuratorów, a nawet sędziów wywodziła się w tym okresie z kadr aparatu bezpieczeństwa. W latach 1949–1950 została przeprowadzona reforma procedury karnej. Więziennictwo wykluczono z kompetencji Ministerstwa Sprawiedliwości i przekazano Ministerstwu Bezpieczeństwa Publicznego. Reforma zakładała także (Lizak, 1988, s. 35): likwidację nadzoru prokuratora nad przebiegiem śledztwa, wprowadzenie zakazu informowania podejrzanego o stawianych mu zarzutach, brak udziału obrońcy we wstępnej fazie postępowania karnego, likwidację kontroli sądu nad aresztem tymczasowym, możliwość zaostrenia kary w przypadku przewidywanej rewizji na korzyść oskarżonego, brak kontroli sądu nad warunkami wykonywania kary.

Reforma ta stwarzała praktycznie nieograniczone warunki do masowych nadużyć i represji:

podejrzany o jakiegokolwiek przestępstwo był bezbronny, nie miał żadnej możliwości nie tylko odwołania się, ale nawet poinformowania o tym, co działo się w aresztach śledczych i w trakcie wykonywania kary, bowiem ciągle znajdował się pod kontrolą aparatu bezpieczeństwa, który tym samym stawał się panem życia i śmierci wszystkich uwięzionych (Lizak, 1988, s. 35).

Należy więc stwierdzić, że represje w latach 1944–1956 były dokonywane z naruszeniem podstawowych zasad i gwarancji prawnych.

Precyzyjne określenie ogólnej liczby represjonowanych było bardzo trudne ze względu na brak kompletnych źródeł, częste fałszowanie danych, zagubienie i niszczenie protokołów oraz nierejestrowanie wszystkich przetrzymywanych. Według szacunkowych obliczeń opisane dekryty stanowiły podstawę prawną ok. 100–140 tysięcy aresztowań i wyroków w latach 1944–1948 (Turlejska, 1989, s. 107), 30–65 tysięcy w latach 1949–1955 (Werblan, 1991, s. 16). Garlicki (1994, s. 54) podaje też liczbę 28 tysięcy wyroków skazujących (w tym około tysiąca orzeczeń kary śmierci) w latach 1950–1956. Dodatkowa informacja wynika też z faktu, że gdy w kwietniu 1956 roku ogłoszono amnestię, zwolniono około 28 tysięcy osób (Roszkowski, 1994, s. 231).

Ze względu na przyczynę lub podstawę represji prześladowanych można podzielić na trzy grupy.

Pierwszą grupę stanowiły osoby czynnie przeciwstawiające się władzy w Polsce powojennej, które należały do formacji militarnych i paramilitarnych podległych rządowi emigracyjnemu, kontynuujących walkę po wojnie. W okręgu małopolskim szczególnie liczni byli partyzanci Józefa Kurasia „Ognia”, człon-

kowie Narodowych Sił Zbrojnych, Niezależnego Związku Wojskowego oraz organizacji Wolność i Niezawisłość – WiN (Szpakowski, 1996). Ze względu na to, że walczyli oni także z wojskami radzieckimi i po wojnie pozostawali w tajnych, konspiracyjnych strukturach, skazywano ich na szczególnie wysokie kary. Do grupy tej należeli także członkowie nieformalnych organizacji wykonujących wyroki na kolaborantach, funkcjonariuszach milicji i urzędu bezpieczeństwa, na pracownikach administracji i członkach partii.

Do drugiej grupy zaliczyć można osoby skazane za takie czyny, jak: przynależność do antykomunistycznych organizacji młodzieżowych, grup samokształceniowych, organizujących spotkania związane z nauką prawdziwej historii Polski; posiadanie broni; kolportowanie ulotek; malowanie hasel na murach i niszczenie symboli nowego systemu.

Trzecia grupa to osoby biernie przeciwstawiające się władzy w Polsce, aresztowane za wypowiadanie własnych poglądów lub za niesienie pomocy osobom należącym do organizacji podziemnych (np. rodziny żołnierzy AK).

### 3.2. Formy represji – typy urazów

W okresie pozbawienia wolności, szczególnie podczas aresztowania i przesłuchań oraz w niektórych więzieniach o zaostrzonym rygorze, badani poddawani byli różnorodnym formom fizycznego i psychicznego nacisku. Większość z represji przyjmowała postać tortur przekraczających granice wytrzymałości człowieka. Zdaniem Domfqueza i Weinsteina (1987, za: Kurowska, 1994) do specyficznych cech politycznych represji, które odróżniały je od innych typów ekstremalnych doświadczeń, należały: polityczna przyczyna urazu (konkretny cel polityczny oraz to, że nie był on wynikiem zdarzeń losowych); kontekst interpersonalny i społeczny (represje były spowodowane działaniami innych ludzi); postrzeganie traumy jako sytuacji „pułapki”, wyboru pomiędzy naruszeniem integralności fizycznej (tortury, cierpienie, ból) a naruszeniem praw moralnych, np. lojalności wobec innych.

Opisując specyfikę represji z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 z perspektywy **psychohistorycznej**, Ochowski (1997, s. 147) wyróżnił w stresie traumatycznym sześć faz. Stanowiły one wzorzec opisu urazów, na które narażone były osoby z grupy badawczej niniejszej pracy. Do traumatycznych zdarzeń należały w porządku chronologicznym:

1. **Długotrwała inwigilacja**, w trakcie której dana osoba doświadczała napięcia związanego z docierającymi do niej informacjami o obserwacji, aresztowaniach współtowarzyszy (część osób świadomie unikała lub ignorowała informacje o zbliżającym się niebezpieczeństwie, niektóre jednak próbowały ucieczki przed aresztowaniem).
2. **Aresztowanie** – często połączone z rewizją i aktami przemocy fizycznej.
3. **Śledztwo** – każdy badany poddawany był długotrwałej procedurze śledczej, połączonej z różnorodnymi urazami w sferze fizycznej, psychicznej i etycznej.

4. **Proces i wyrok**, które, jak zostało zaznaczone powyżej, często pozbawione były jakichkolwiek cech prawomocności, obiektywizmu, trwały krótko i polegały jedynie na przedstawieniu aresztowanemu oskarżenia i wyroku. Część represjonowanych zostawała powiadomiona o wyroku zaocznie, bez rozprawy sądowej.
5. **Odbywanie kary** – pobyt w więzieniu lub obozie pracy (najczęściej praca w kopalni). Często łączono ją z kontynuacją fizycznego i psychicznego nacisku (próby zmuszania więźniów do donosicielstwa, udział w procesach innych prześladowanych, obelgi, dodatkowe, wewnętrzne przesłuchania). Uwięzienie, będąc sytuacją przymusowej izolacji od dotychczasowego otoczenia, prowadziło do ograniczenia większości potrzeb człowieka. W szczególności pobyt w więzieniu (lub w areszcie) oznaczał zaburzenie lub zmianę rytmu czynności nawykowych (snu, odżywiania się) i w większości przypadków ograniczenie konstruktywnej aktywności (pracy, nauki) oraz świadomość nieodwracalności sytuacji, w której dana osoba się znalazła.
6. **Okres po zwolnieniu do roku 1989**, charakteryzujący się występowaniem „stresu przedłużonego”, chronicznego, o mniej ekstremalnym natężeniu, związanego z psychospołeczną kondycją represjonowanego po wyjściu z więzienia. Składały się na niego drobne i kluczowe utrudnienia, które Ochowski proponuje umiejscowić w trzech wymiarach – **politycznym** (pozbawienie praw politycznych i obywatelskich, nadzór policyjny, trudności z otrzymaniem pracy, mieszkania, uniemożliwienie otrzymania paszportu, powtórne zatrzymania, blokowanie awansu zawodowego, społecznego), **psychologicznym** (kłopoty z adaptacją, izolacja, brak możliwości ujawnienia doświadczeń więziennych, kłopoty rodzinne) i **moralno-prawnym** (problemy represjonowanych z rehabilitacją i zadośćuczynieniem, z rozliczeniem winnych). Dopiero od roku 1989 osoby represjonowane w latach 1944–1956 uzyskiwały zazwyczaj całkowite unieważnienie wyroków i otrzymywały pełną, prawną rehabilitację.

Istotnymi mechanizmami represji, wskazanymi przez Świdę-Ziembę (1989), były także: systematyczne i celowe niszczenie naturalnych więzi międzyludzkich, zmuszanie społeczeństwa do konformizmu i uległości, podporządkowanie awansu zawodowego i społecznego lojalności wobec partii, tuszowanie „kulturalnej przeszłości”, próba ograniczania lub wypierania z kultury i nauki działań niezwiązanych z ideologią socjalistyczną.

Ochowski (1997, s. 144–146) określił także swoiste cechy stresorów, na które narażone były osoby represjonowane w Polsce w latach 1944–1956. Do specyfiki tego okresu zaliczył: długotrwałość prześladowań; represji (śledztwa, wyroków), które pochodziły od rodzimego, polskiego aparatu władzy, chociaż opierał się on na systemie politycznym narzuconym z zewnątrz; nakładanie się traumy powojennej na trudne przeżycia okresu okupacji hitlerowskiej; pozorny spokój w państwie, uznanie reżimu przez państwa zachodnioeuropejskie i część społeczeństwa w kraju; brak legalnych form wsparcia i pomocy dla więźniów; brak statusu więźnia politycznego w polskim prawodawstwie; trudne warunki bytowe i zagrożenie śmiercią („doświadczanie śmierci” w sposób bezpośred-

ni – poprzez otrzymywanie wyroków śmierci, niepewność ułaskawienia, świadomość istnienia grupy więźniów nierejestrowanych w kartotekach, bezkarne i niewyjaśnione morderstwa polityczne, bycie świadkiem stracenia współwięźniów, i w pośredni sposób – poprzez wpływ tortur, chorób, nadmiernego wysiłku i wycieńczenia organizmu); poczucie „wiecznotrwałości” stalinizmu i prześladowań; bezpodstawność i bezsensowność represji; trudna sytuacja po zwolnieniu, społeczna izolacja i inwigilacje służb bezpieczeństwa.

Bezpośrednie doświadczenia badanych autor ujął w trzech grupach. Pierwszą z nich stanowiły zmasowane **stresory fizyczne**. Wielonarządowe urazy fizyczne były najczęściej w opisywanej grupie badawczej wynikiem celowej agresji funkcjonariuszy UB i następowały w wyniku pobicia pięściami, kolbami karabinów, pałkami, kopnięć aż do utraty przytomności przez przesłuchiwanym. Łączyły się niejednokrotnie z różnorodnymi torturami cielesnymi – wymyślnymi sposobami zadawania bólu, połączonymi z naruszaniem godności i intymności osobistej (opisują je w swoim artykule Heitzman i Rutkowski, 1997).

Urazy spowodowane były także często wycieńczeniem, przemęczeniem, brakiem właściwego ubioru i odżywiania się, skrajnie złymi warunkami bytowymi i sanitarnymi oraz pojawiającymi się na tym tle chorobami somatycznymi. Do najczęstszych sposobów ingerencji w fizyczną integralność aresztowanego lub więźnia należało m.in.: rozstrajanie organizmu przez zmianę dotychczasowego rytmu biologicznego – bezustanne, wielogodzinne przesłuchania, zmuszanie do powtarzania formuł i haseł, deprywacja snu, nocne apele i rewizje, głodzenie, podawanie słonego pożywienia w celu wzmoczenia pragnienia, ograniczanie wody i napojów, pozbawianie możliwości przestrzegania higieny ubioru i ciała, oziębienie lub przegrzewanie, uniemożliwianie zaspokajania podstawowych potrzeb fizjologicznych, ograniczanie dostępu do opieki lekarskiej, a także w przypadku niektórych form wyroku – zmuszanie do wyczerpującego wysiłku fizycznego (praca w kopalniach, obozach pracy).

Na drugą grupę składały się **stresory psychospołeczne**: pozbawianie represjonowanych informacji z zewnątrz, izolowanie od dotychczasowego środowiska, deprywacja kontaktów społecznych, narażanie na hetero- i homoseksualne frustracje, przymusowe odosobnienie lub nadmierne zagęszczenie w celach. Nierzadką metodą było osadzanie aresztanta w celi śmierci w towarzystwie osób skazanych na karę pozbawienia życia lub zmuszanie do bycia świadkiem torturowania innych więźniów. Większość form represji opierała się także na częstych kontaktach z oprawcami, wykorzystywanych przez organy bezpieczeństwa do umocnienia swojej wszechwładzy. Wśród tych typów psychicznego represjonowania wyróżnić można było: wzmacnianie negatywnego obrazu ofiary poprzez upokarzające słowa i obelgi, zastraszanie, grożenie represjami wobec rodziny i bliskich lub włączanie bliskich w zasięg represji (np. poprzez pozbawianie więźnia praw rodzicielskich), wzmaganie poczucia bezsilności, wywoływanie poczucia winy, konfrontacje z donosicielami, permanentną inwigilację, stwarzanie sytuacji ciągłej niepewności, kreowanie naprzemian pozytywnego i negatywnego obrazu prześladowających poprzez nieoczekiwane zmiany stosunku do przesłuchiwanego (rola „wybawcy” i „kata”), porównywanie egzystencji

więźnia ze statusem strażników i przesłuchujących, wzmocnienie przekonania o wszechstronnej kontroli zachowania więźnia i o bezskuteczności wysiłków poprawy sytuacji, stosowanie kar nawet za najmniejsze wykroczenie przeciw stworzonemu przez służby bezpieczeństwa regulaminowi więzienia lub aresztu. Podsumowując, stresory natury psychicznej obejmowały sytuacje i stany związane z intencjonalnym nasileniem u więzionych lęku i poczucia bezsilności, a także z wywołaniem u nich poczucia wszechmocy i bezgranicznej kontroli Urzędu Bezpieczeństwa.

Trzecią grupę stanowiły **stresory aksjologiczne**, takie jak: podważanie i atakowanie systemu wartości więźniów, uniemożliwienie realizacji ważnych dla represjonowanych wartości, ofiarowanie wolności i perspektyw awansu społecznego w zamian za złamanie norm etycznych (np. donosy bądź zdradzenie towarzyszy z organizacji) lub „samokrytykę”, propagandowe popularyzowanie deprecjonującego wizerunku więźnia w opinii publicznej (Ochinowski, 1997, s. 146–147).

Szczegółowy opis najczęstszych technik fizycznych i psychicznych tortur stosowanych przez hitlerowskie i stalinowskie władze totalitarne znaleźć można w pracy Sieka (1995). Typy poszczególnych urazów oraz częstotliwość ich występowania na podstawie wywiadów przeprowadzonych w badanej grupie przedstawiają tabele 9–17, zamieszczone w rozdziale szóstym, w podrozdziale poświęconym charakterystyce badanych osób.

## 4. Teoretyczne i empiryczne wyznaczniki poczucia koherencji – koncepcja salutogenetyczna Antonovsky’ego

### 4.1. Teoretyczne podstawy koncepcji zdrowia Antonovsky’ego – model salutogenezy

Koncepcja orientacji salutogenetycznej (salutogenezy), stworzona w latach 70. XX wieku przez Antonovsky’ego, stanowiła teoretyczną propozycję rozumienia problematyki zdrowia i radzenia sobie ze stresem. Jej podstawy, zarys teorii, badania, a także implikacje praktyczne zostały najpełniej scharakteryzowane przez autora w dwóch książkach: *Health, stress, and coping* (1979) i *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować* (1995).

Perspektywa zastosowania salutogenezy spotkała się z dużym zainteresowaniem psychologów, psychiatrów i lekarzy ogólnych w różnych krajach. Według szacunkowych obliczeń Jelonkiewicz (1993, 1994) badania związane z tą tematyką prowadzone były w ponad 100 ośrodkach naukowych. Koncepcja Antonovsky’ego zyskała także popularność w Polsce, o czym świadczą liczne opracowania teoretyczne, wystąpienia oraz sympozja (Dudek i Koniarek, 1996; Dudek i Makowska, 1993; Dolińska-Zygmunt, 1996; Jelonkiewicz, 1993, 1994; Jelonkiewicz i Kosińska-Dec, 2007; Koniarek, Dudek i Makowska, 1993; Kosińska-Dec i Jelonkiewicz, 1997; Mroziak, 1994, 1996; Mroziak, Czabała i Wójtcwicz, 1997; Mroziak, Czabała i Zwoliński, 1996; Sęk, 2001; Sęk i Pasikowski, 1998; Pasikowski, 2000; Pasikowski i Sęk, 2006; Sęk i Ścigała, 1996; Zwoliński, 1997).

Inspiracji do opracowania modelu salutogenetycznego dostarczyły Antonovsky’emu badania dotyczące zdrowia 452 kobiet izraelskich wieku 53–54 lat, które w młodości ocalały z Holocaustu (Antonovsky i in., 1971). Charakter tych doświadczeń, ich ekstremalność i długi czas ich trwania sugerowały, że niewiele osób powinno prezentować dobrą kondycję psychofizyczną. Antonovsky stwierdził jednak, że 29% kobiet z tej grupy deklarowało po 25 latach satysfakcjonujące zdrowie somatyczne i emocjonalne (w stosunku do 51% z grupy kontrolnej). Wyniki te nasunęły Antonovsky’emu pytanie o czynniki, które pomimo tak silnych urazów pozwoliły części ocalałych kobiet zachować dobrą kondycję

fizyczną i emocjonalną. Analiza tych danych była podstawą do stworzenia nowego podejścia do zagadnień zdrowia i radzenia sobie ze stresem.

Dotychczasowy patogenetyczny paradygmat ujmowania choroby i cierpienia ludzkiego (w tym również objawów stresu posttraumatycznego) wiązał się z wyróżnianiem ich patogenezы, czynników ryzyka oraz okoliczności wywołujących niepożądane objawy. Ten sposób myślenia akcentował także dychotomiczny podział na stan zdrowia lub stan choroby. W ujęciu tym za podstawę teoretyczną przyjmowano założenie o dążeniu organizmu do homeostazy oraz o wyjątkowym charakterze i negatywnych konsekwencjach choroby lub stresu (Antonovsky, 1995). Stresor, który naruszał homeostatyczny porządek, miał powodować włączenie się endokrynologicznych i immunologicznych mechanizmów obronnych organizmu, których zadaniem było przywrócenie stanu równowagi. Dlatego też stresory rozpatrywano jako czynniki zwiększające możliwość utraty zdrowia fizycznego lub psychicznego.

Salutogenetyczne ujęcie zainspirowane zostało teoretycznymi i empirycznymi rozważaniami Selyego (1960, 1977), Holmesa i Rahego (1967) oraz Lazarusa (1986; Lazarus i Folkman, 1984). Stanowiło ono odwrócenie bądź – jak uważają niektórzy badacze (Heszen-Niejodek, 1996; Jelonkiewicz, 1994; 2012) – uzupełnienie tradycyjnej perspektywy rozpatrywania problemów zdrowia i choroby. W swoich teoretycznych rozważaniach Antonovsky (1979, 1995) przyjął, że to entropia jest naturalnym stanem ludzkiego funkcjonowania, oraz uznał powszechność i wszechobecność stresorów w życiu ludzkim. Zredukował dychotomię zdrowia/choroby (*health/disease*) i założył, że stanowią one dwa bieguny jednego kontinuum (zdrowia–choroby, *healthease–disease continuum*). Ta zmiana myślenia implikowała również odwrócenie pytań badawczych – kluczowe pytanie, konstytuujące model salutogenetyczny, brzmiało: co powoduje, że niektórzy ludzie lokują się lub przesuwiają w kierunku bieguna „zdrowie”? (Antonovsky, 1995, s. 11). Innymi słowy: co powoduje lub ułatwia zdrowienie organizmu. Stąd zamiast prac analizujących mechanizmy patogenezы urazów oraz próby wyeliminowania stresorów badacze związani z podejściem Antonovsky’ego szukali czynników (zasobów, potencjałów) sprzyjających zdrowiu i wspomagających odporność jednostki, by dzięki temu udzielić odpowiedzi na pytanie zawarte w tytule książki Antonovsky’ego (1995).

Autorzy prezentujący podejście salutogenetyczne (Coe, Romeis i Hall, 1994; Fiorentino i Pomazal, 1994; Flick i Homan, 1994; Gottlieb, 1994; Patterson i Garwick, 1994) zakładali, że w procesie zdrowienia (rekonwalescencji) znaczącą rolę odgrywa siła i częstotliwość stresorów natury zewnętrznej (stresory środowiskowe) i wewnętrznej (struktura biologiczna i psychiczna jednostki) oraz zgeneralizowane zasoby odpornościowe (biologiczno-konstytucyjne i psychospołeczne charakterystyki jednostki).

**Zgeneralizowane zasoby odpornościowe** (*generalized resistance resources, GRRs*) zostały zdefiniowane przez Antonovsky’ego (1979, s. 103–122) jako:

- **fizyczne, biochemiczne** (np. immunologiczna odporność organizmu, odporność systemu nerwowego);

- **materialne** (np. pieniądze, odpowiednie ubranie, miejsce zamieszkania, odżywianie się);
- **poznawcze, emocjonalne** (np. wiedza, inteligencja, osobowość);
- **związane z postawami i wartościami** (np. racjonalność, giętkość, elastyczność, dalekowzroczność postaw i wartości, także strategie radzenia sobie);
- **związane z relacjami interpersonalnymi** (np. status, możliwość wsparcia społecznego, ilość i jakość kontaktów międzyludzkich, pełnienie określonych ról społecznych);
- **makro-socjo-kulturowe** (np. typ społeczeństwa, ustrój polityczny, religia, filozofia, sztuka) charakterystyki osób, grup, subkultur i społeczeństw, które pozwalają na efektywne unikanie wielu różnorodnych stresorów lub przeciwstawianie się im.

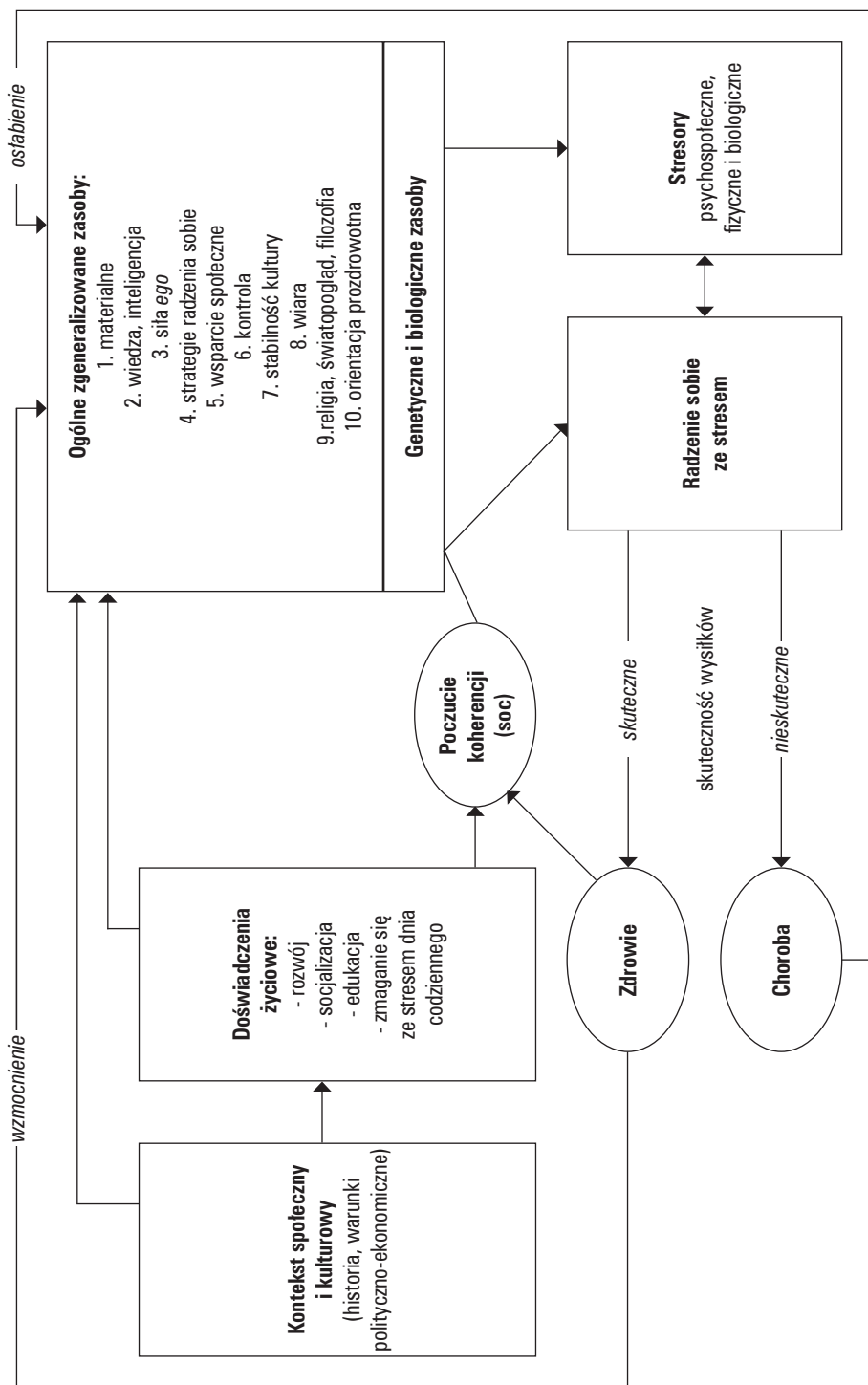
Według Antonovsky'ego poszczególne osoby mogą różnić się dostępnymi zasobami, jak również gotowością i umiejętnością ich aktualizacji. Zdolność tę warunkuje poczucie koherencji (*sense of coherence*, SOC)\*, które stało się centralnym, poznawczo-motywacyjnym konstruktem w koncepcji tego autora. Szerzy opis tej kategorii zamieszczony został w podrozdziale 4.2.

Wieloczynnikowy model Antonovsky'ego, opisujący zależności i relacje pomiędzy zgeneralizowanymi zasobami odpornościowymi, poczuciem koherencji, stresem i zdrowiem, został zamieszczony w jego książce *Health, stress, and coping* (Antonovsky, 1979, s. 184–187). Wynika z niego, że:

1. Zgeneralizowane zasoby odpornościowe (GRRs) są kształtowane przez czynniki związane ze społecznym, kulturowym i historycznym kontekstem. Należą do nich m.in.: wzorce wychowawcze, role społeczne, przypadek i charakterystyki specyficzne dla jednostki. Czynniki te są determinowane również przez stresory, z którymi styka się jednostka.
2. GRRs czynią doświadczenia życiowe spójnymi i sensownymi, a doświadczenia życiowe kształtują poczucie koherencji.
3. Powszechne w życiu stresory (**stresory natury psychospołecznej** – wypadki, katastrofy, bycie świadkiem lub uczestnikiem wstrząsających faktów historycznych, konflikty wewnętrzne, strach przed agresją, nagłe przemiany na świecie, kryzysy związane z wiekiem i innymi okolicznościami, konflikty w relacjach społecznych, rozbieżność między celami a środkami i możliwościami, oraz **stresory natury fizycznej i biochemicznej**) wywołują u człowieka stan napięcia.
4. Silne poczucie koherencji powoduje, że powyższe bodźce nie są postrzegane jako stresory. Gdy natomiast bodźce mają znaczenie obiektywnie stresujące, w proces radzenia sobie jednostka włącza GRRs, które ma do dyspozycji.

\* W polskiej literaturze przedmiotu przyjęło się zamienne używanie określenia „poczucie koherencji” ze skrótem SOC, także na oznaczenie wyników osiągniętych w polskiej wersji testu Sense of Coherence, który przetłumaczony został jako Kwestionariusz Orientacji Życiowej KOŻ-29 (por. Dudek i Koniarek, 1996; Kosińska-Dec, 1996; Mroziak, Czabała i Wójtowicz, 1997; Mroziak, Czabała i Zwoliński, 1996). W celu ujednoczenia treści zawartych w części teoretycznej i empirycznej w tej pracy będzie także stosowane oznaczenie „SOC”.





Schemat 1. Model salutogenezy w ujęciu Antonovsky'ego  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie: Antonovsky (1979, 1995)

5. Zmobilizowane GRRs wchodzą w interakcje ze stanem napięcia i nie dopuszczają do powstania stresu.
6. Skuteczne opanowanie napięcia zwrotnie wzmacnia poczucie koherencji.
7. Pozwala ono jednostce utrzymywać się na kontinuum zdrowia–choroby w pobliżu bieguna zdrowia.
8. Model sautogenezy przedstawia schemat 1 (s. 73).

W kontekście efektywnego radzenia sobie ze stresem Antonovsky omawiał także tzw. wymiar **granic**, który określa obszary życia uznawane przez jednostkę za ważne. Sytuacje i zdarzenia znajdujące się poza granicami nie mają dla niej istotnego znaczenia. Elastyczność tego konstruktu wiąże się z umiejętnością wyłączenia poza granice sytuacji czy dziedzin życia mało wartościowych, mogących zakłócić sprawne funkcjonowanie czy dobre samopoczucie (tzw. **zacieśnianie granic**). Jest to więc zdolność związana z kompetencjami przystosowania się do sytuacji trudnych i skomplikowanych, która pozwala uniknąć przeciążenia. Antonovsky podkreślał jednak, iż proces negatywnej selekcji nie może dotyczyć zdarzeń z czterech, jego zdaniem, podstawowych płaszczyzn: (1) życia emocjonalnego (własnych uczuć), (2) bezpośrednich relacji z innymi ludźmi, (3) głównej aktywności życiowej oraz (4) problemów egzystencjalnych, takich jak osamotnienie czy doświadczenie śmierci. W sytuacjach neutralnych, niezagrażających, osoby o wysokim poziomie SOC charakteryzują się relatywnie szerokimi granicami. „Giętkość” granic osób cechujących się wysokim poczuciem koherencji polega także na tym, że potrafią one włączać do powyższych sfer podstawowych inne, dodatkowe sfery, ważne i istotne w danym momencie swego życia (tzw. **proces rozszerzania granic**). Proces ten ma zapobiegać różnym rodzajom deprywacji bodźcowej, monotonii i stresowi spowodowanemu niedociążeniem.

## 4.2. Charakterystyka poczucia koherencji

### 4.2.1. Definicja poczucia koherencji

Poczucie koherencji jest w ujęciu Antonovsky’ego uznane za kluczową determinantę skutecznego, efektywnego radzenia sobie ze stresem i chorobą. Odnosi się ono do wszystkich sytuacji związanych z daną osobą (z przeszłości, teraźniejszości i antycypowanej przyszłości).

W ostatecznej, zmodyfikowanej wersji swojej koncepcji Antonovsky podał następującą definicję poczucia koherencji:

globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (I) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (II) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (III) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (Antonovsky, 1995, s. 34).

Trzem częściom tej definicji odpowiadają trzy komponenty, a zarazem charakterystyki orientacji życiowej – **poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności**.

#### 4.2.2. Poczucie zrozumiałości

**Poczucie zrozumiałości** (*comprehensibility*) to zakres, w jakim dana osoba odbiera napotykanne bodźce ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako spójne, ustrukturalizowane i jasne informacje, mające sens poznawczy (Antonovsky, 1995). Wymiar ten pozwala jednostce zorientować się w otoczeniu, rozpoznać i poznawczo oszacować różne sytuacje. Wiąże się z uporządkowaniem, tłumaczeniem i przewidywalnością (w odniesieniu do przyszłości) poszczególnych sytuacji, z umiejętnością ujmowania ich w formę i strukturę, w opozycji do swoistego szumu informacyjnego informacji chaotycznych, niepodlegających prawom, zaskakujących i przypadkowych.

Autor łączył poczucie zrozumiałości z pojęciem stałości, struktury, związanych ze stabilnością informacji pochodzących z otoczenia, z ładem, zorganizowaniem, koherencją spostrzeganego otoczenia (Antonovsky, 1997). Na ukształtowanie się poczucia zrozumiałości najbardziej wpływa spójność doświadczeń wyniesionych z okresu dzieciństwa i wczesnej młodości (struktura społeczna otoczenia, historia życia, niezmiennosc i jasność norm uznawanych przez otoczenie jako ważne, wybory osobiste dotyczące rodziny i zawodu).

W początkowej wersji koncepcji Antonovsky'ego poczucie zrozumiałości stanowiło centralną kategorię poczucia koherencji. W ostatecznej wersji teorii autor łączył je już tylko z poznawczym oszacowaniem sytuacji, ze spostrzeganiem jej informacyjnego sensu zarówno w perspektywie teraźniejszości, jak i przyszłości – z przekonaniem o możliwości poznawczego wyjaśnienia i opracowania nawet najbardziej nieoczekiwanych zdarzeń. Poczucie zrozumiałości nie wiąże się z oceną, czy dany element sytuacji jest dla jednostki pożądany, czy nie, obejmuje więc także odnajdywanie poznawczego znaczenia nawet najbardziej traumatycznych sytuacji, takich jak udział w wojnie czy przebywanie w obozie lub w więzieniu.

#### 4.2.3. Poczucie zaradności

**Poczucie zaradności** (*manageability*)\*, będące wymiarem instrumentalnym poczucia koherencji, odnosi się do zakresu, w jakim dana osoba ocenia, „że ma

---

\* W polskiej literaturze przedmiotu istnieją dwie formy tłumaczenia terminu *manageability* – jako „zaradność” lub „sterowalność”. W dosłownym znaczeniu oznacza ono zdolność do skutecznego radzenia sobie z wymaganiami. W pracy przyjęto pierwszą wersję, pojawiającą się w polskim tłumaczeniu książki Antonovsky'ego pod tytułem: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować* (1995).

do swej dyspozycji odpowiednie środki do sprostania wymaganiom stawianym przez bodźce” (Antonovsky, 1997, s. 215). Środki te mogą być wewnątrz- lub zewnątrzpochodne (objęte osobistą kontrolą bądź w dyspozycji rodziny, przyjaciół, organizacji, losu), materialne i niematerialne. Inaczej ujmując, zaradność w koncepcji tego autora była utożsamiana z umiejętnością czerpania ze zgeneralizowanych zasobów odpornościowych.

Poczucie zaradności kształtowane jest w rozwoju jednostki przez optymalny dla niej poziom przeciążenia/niedociążenia, a więc proporcji wymagań i zadań stawianych przez otoczenie lub samą jednostkę, w stosunku do jej realnych możliwości i zdolności. Stanowi uogólniony rezultat spostrzeżeń osoby na temat możliwości posiadania i wykorzystania umiejętności poradzenia sobie ze stresem, np. w jakim zakresie może ona liczyć na zasoby wsparcia społecznego (Łuszczynska, 2004; Worsztynowicz, 2001), w jakim zakresie umie dokonać restrukturyzacji własnych schematów poznawczych czy odnaleźć, wytworzyć lub zintensyfikować własne siły do walki z niekorzystnymi okolicznościami.

Autor jednak zaznaczał, że nie można analizować jedynie zawężonego znaczenia tego wymiaru, związanego z wewnętrznymi kompetencjami w rozwiązywaniu problemów. Poczucie zaradności łączy się z kategoriami optymizmu, a także sprawności we współpracy z innymi osobami. Antonovsky określał, że dzięki wysokiemu poczuciu zaradności możliwe jest uzyskanie satysfakcjonującego wsparcia z zewnątrz. Dlatego pomimo pobieżnych podobieństw nie wiązał tego wymiaru bezpośrednio z wewnętrznym lub zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli, lecz raczej z podejmowaniem decyzji o wykorzystaniu dostępnych środków zarówno wewnątrz-, jak i zewnątrzpochodnych (Antonovsky, 1995, 1997).

#### 4.2.4. Poczucie sensowności

**Poczucie sensowności** (*meaningfulness*) wyraża motywacyjną i emocjonalną stronę oceny rzeczywistości. To wymiar, w którym zawiera się poczucie wartości życia, wola i cel istnienia jednostki. Określa on przekonanie, że wymagania życia są warte wysiłku, zaangażowania, przedstawiają emocjonalny sens (Antonovsky, 1995). Według Antonovsky’ego przeświadczenie to pobudza jednostkę do zrozumienia otoczenia oraz wykorzystania dostępnych zasobów i dzięki temu stanowi centralny wymiar poczucia koherencji. Uważał on, że bez poczucia sensowności poczucie zrozumiałości i zaradności mogą okazać się nietrwałe.

W trakcie rozwoju wymiar ten jest determinowany i kształtowany przez doświadczenia poczucia własnej wartości i podmiotowości, możliwość wpływania na innych oraz otrzymywane wsparcie. To one w dłuższej perspektywie wzmacniają sens odnajdywany przez osobę w jej późniejszych działaniach.

Nazwa „sensowność” nawiązywała do teorii Frankla (1962, 2000) i jego analizy zachowań w warunkach ekstremalnego zagrożenia życia w obozie koncentracyjnym. Antonovsky (1995) sformułował tezę, że kategoria ta (rozumiana, podobnie jak u Frankla, jako głębokie poczucie wartości życia, wola, chęć życia)

odgrywała kluczową rolę w adaptacji do życia w obozie i w przetrwaniu obozu, ponieważ w tej sytuacji inne środki radzenia sobie ze stresem były niedostępne.

### 4.3. Czynniki determinujące powstanie poczucia koherencji oraz jego dynamika

Rozwój poczucia koherencji uzależniony jest od zgeneralizowanych zasobów odpornościowych (m.in. odporności fizycznej, somatycznej, intelektu, pozycji zawodowej i socjoekonomicznej, jak również zdolności interpersonalnych), a także doświadczeń życiowych w toku socjalizacji, edukacji, własnej aktywności zawodowej oraz w kontekście rodzinnym (Kosińska-Dec i Jelonkiewicz, 2001; Kowal i in., 2005), społeczno-kulturowym, historycznym i politycznym.

Największy wkład w kształtowanie się poczucia koherencji mają według Antonovsky'ego trzy aspekty doświadczeń życiowych jednostki:

- **stałość (logiczność, spójność)**, rozumiana jako zgodność, spójność lub podobieństwo nowej sytuacji z dotychczasowymi;
- **równowaga przeciążenia/niedociążenia**, określająca stosunek między wewnętrznymi i środowiskowymi wymaganiami a możliwościami, energią, sprawnością, zdolnościami i wiedzą jednostki; Antonovsky równą rolę przypisywał przeciążeniu (nadmiar bodźców, wymagań), jak i niedociążeniu (brak bodźców, pustka, monotonia, niezrealizowanie możliwości);
- **udział w podejmowaniu decyzji**, związany ze zgodą, odpowiedzialnością i wpływem na wynik zadań stawianych jednostce; im bardziej doświadczenia życiowe osoby charakteryzowały się spójnością, były adekwatne do jej możliwości, a także wiązały się z jej decyzyjnym współuczestnictwem, tym silniejsze poczucie koherencji mogło się u niej rozwinąć.

Według autora orientacja ta ostatecznie kształtuje się około 30. roku życia i ma „trwały, lecz dynamiczny” charakter (Antonovsky, 1997, s. 222). Jego zdaniem poziom poczucia koherencji w wieku dorosłym nie podlega fluktuacjom. Znane są jednak badania (Sagy i Antonovsky, 1994), które wykazały spadek SOC po przejściu na emeryturę przez siebie lub przez współmałżonka. Sam autor postulował także działania mające na celu wzmacnianie poczucia koherencji u dzieci i osób dorosłych (Antonovsky, 1995). Również w Polsce podejmuje się analizy możliwości kształcenia poczucia koherencji w toku edukacji i wychowania (Binnebesel, 2006).

### 4.4. Pomiar poczucia koherencji

Poczucie koherencji może być empirycznie mierzone na podstawie stworzonego przez Antonovsky'ego kwestionariusza poczucia koherencji: The Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29). Narzędzie to powstało w wyniku analizy wywiadów 51 osób (w wieku od 21 do 91 lat), które doświadczyły różnego typu silnie stresujących doświadczeń (kalectwo, utrata bliskiej osoby, pobyt w obozie

koncentracyjnym, emigracja, kłopoty finansowe). Na podstawie wypowiedzi badanych podzielono na trzy grupy: osoby o wysokim, średnim i niskim poczuciu koherencji, oraz zidentyfikowano trzy wątki treściowe, które różnicowały te grupy. Wymienione wymiary były podstawą do wyodrębnienia trzech składowych poczucia koherencji: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. Pytania, które uwzględniały wyznaczone parametry oraz różnicowały osoby o wysokim i niskim SOC, zostały poddane standardowym procedurom konstruowania testów. Umożliwiły one stworzenie skali, złożonej z 29 pytań, którą przebadano 10 tysięcy osób w 20 krajach. Badani udzielają w niej odpowiedzi na 7-punktowej skali. W opisywanym kwestionariuszu 11 pytań dotyczy poczucia zrozumiałości, 10 poczucia zaradności, a 8 poczucia sensowności. Ogólny wynik poczucia koherencji uzyskuje się przez zsumowanie wyników z poszczególnych skal (pełny opis procedur znaleźć można w: Antonovsky, 1993; 1995).

Antonovsky (1995) podkreślał ścisłą korelację trzech wymiarów poczucia koherencji. Są one autonomiczne tylko w nieznacznym zakresie. Według intencji autora podskale testu SOC mogą być interpretowane odrębnie, stanowiąc osobne charakterystyki poczucia koherencji, w konkretnych przypadkach rzadko jednak uwidaczniają się różnice w poziomach poszczególnych skal. Autor tłumaczył to faktem, że ludzie mają tendencję do niwelowania różnic pomiędzy poszczególnymi wymiarami, a skuteczność i efektywność radzenia sobie z trudnościami danej jednostki zależy od jej ogólnego poziomu poczucia koherencji.

Do badania poczucia koherencji utworzono także krótką, 13-pytaniową wersję testu SOC (Korotkov, 1993), oraz skalę do pomiaru rodzinnego poczucia koherencji – Family Sense of Coherence, FSOC (McCubbin i in., 1995).

**Rzetelność**, rozumiana jako zgodność wewnętrzna testu, zbadana została za pomocą współczynnika *alpha* Crombacha i kształtowała się od .74 do .91. Drugą miarą rzetelności była metoda test-retest. Po dwóch tygodniach uzyskano rezultat  $r = .91$ , po sześciu miesiącach  $r = .80$  (Antonovsky, 1993, 1995).

**Trafność** fasadową określono przez stwierdzenie korelacji wyników SOC z wynikami uzyskanymi za pomocą innych narzędzi do badania poczucia koherencji (wartość współczynnika  $r = .64-.72$ ), które uwzględniały teoretyczne założenia Antonovsky'ego (Antonovsky, 1993). Trafność zbieżną i różnicową oszacowano za pomocą korelacji z wynikami uzyskanymi za pomocą innych narzędzi, mierzących różnorodne kategorie psychologiczne (m.in. korelacja SOC z lękiem-cechą, STAI, wyniosła od  $-.61$  do  $-.75$ , z odpornością psychiczną .50, z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli od .38 do .44). Zbadane zostały także związki pomiędzy SOC a wieloma wskaźnikami związanymi ze zdrowiem, samopoczuciem i stresem. Trafność predyktywną mierzono, określając różnice w stanie zdrowia osób z wysokim i niskim poczuciem koherencji w różnych grupach i populacjach. Można jednak zauważyć brak badań mających charakter longitudinalny (Antonovsky, 1993, 1995) i szereg trudności związanych przede wszystkim z niejednorodnością koncepcji SOC (Łuszczynska-Cieślak, 2001a i b; Pasikowski, 2001a).

Wszystkie przedstawione przez autora współczynniki rzetelności i trafności narzędzia można określić jako dobre lub zadowalające. Uprawniają one do

formułowania hipotez związanych z wykorzystaniem tego narzędzia w celu badania siły poczucia koherencji. Opis polskiej wersji testu został przedstawiony w rozdziale ósmym.

#### 4.5. Koncepcja Antonovsky'ego w kontekście teorii stresu i radzenia sobie z nim

Model Antonovsky'ego stanowił interesującą propozycję opisu i wyjaśnienia mechanizmów powstawania stresu oraz dynamiki procesów radzenia sobie z nim. Dlatego w podrozdziale tym zostanie przedstawiony sposób pojmowania mechanizmów stresu w koncepcji salutogenetycznej oraz teorie stanowiące inspiracje lub odniesienie dla modelu Antonovsky'ego.

##### 4.5.1. Rozumienie stresu w ujęciu Antonovsky'ego

Koncepcja Antonovsky'ego może być uznana za rozwinięcie relacyjnego podejścia do problematyki stresu. Autor oddzielił stres od stanu napięcia emocjonalnego. Stan napięcia mogą według niego powodować **eustresory** (stresory nieszkodliwe), natomiast stres inicjowany jest tylko **stresorami** (stresorami szkodliwymi). W początkowych rozważaniach Antonovsky definiował stresory jako rodzące stan napięcia „wymogi, dla których nie ma gotowych ani zautomatyzowanych reakcji adaptacyjnych” (Antonovsky 1979, s. 72), zasugerował też, że brak lub deficyt uogólnionych zasobów odpornościowych może być rozumiany jako specyficzny stresor. W późniejszych opracowaniach autor uściślił pojęcie stresu, proponując definiować je jako „uogólniony deficyt odpornościowy” (Antonovsky, 1995, s. 42), czyli takie doświadczenie życiowe, które charakteryzuje się brakiem spójności (konsekwencji), niedociążeniem lub przeciążeniem oraz brakiem udziału jednostki w podejmowaniu decyzji – izolacją społeczną, niską samooceną lub niestabilnością kulturową. W ostatecznej wersji koncepcji Antonovsky'ego wyróżniony został więc typ stresu związany z deficytami uogólnionych zasobów odpornościowych (tzw. *Generalized Resistance Deficit* – GRD).

Na podstawie klasyfikacji Holmesa i Rahego (1967) oraz Lazarusa (1986; Lazarus i Folkman, 1984) Antonovsky (1995, s. 42–45) podzielił stresory ze względu na ich aspekt jakościowy, wyróżniając: **stresory przewlekłe, chroniczne** – sytuacje życiowe, stany lub cechy o podstawowym znaczeniu w życiu jednostki, stałe, względnie trwałe i ciągłe, takie jak uwarunkowania/zmiany historyczne, kulturowe, sytuacja społeczna, status socjoekonomiczny; deficyty uogólnionych zasobów odpornościowych; **ważne wydarzenia życiowe** – ograniczone czasowo i przestrzennie zdarzenia, które posiadają wysoki współczynnik zmiany życiowej. Badacz wymienił tu także stresory o natężeniu kataklizmów; **dokuczliwe kłopoty codzienne** – sytuacje, na które jednostka nie ma automatycznej reakcji adaptacyjnej.

Nie negując subiektywnej ważności i szkodliwości stresorów ostatniego typu, Antonovsky nie określił ich wpływu na poziom poczucia koherencji. W jego koncepcji były one raczej pochodnymi przewlekłego stresora, ogólnej sytuacji życiowej lub deficytów odpornościowych jednostki, a więc słabego poczucia koherencji.

#### 4.5.2. Poczucie koherencji a sposoby radzenia sobie w stresie psychologicznym

Podstawową rolę w radzeniu sobie ze stresem w koncepcji salutogenetycznej odgrywało poczucie koherencji, powodujące uruchomienie uogólnionych zasobów odpornościowych, regulujące napięcie emocjonalne i pozwalające na rozwiązanie problemów.

Według Antonovsky'ego (1995) osoby o silnym poczuciu koherencji częściej oceniają bodźce jako niestresujące, nieszkodliwe lub obojętne (mniej zagrażające, bardziej pozytywne lub mniej konfliktogenne). Wychodząc z założenia, że łatwo poradzą sobie z problemem, mają poczucie kontrolowania sytuacji, rzadziej odczuwają napięcie oraz skuteczniej radzą sobie w stresujących sytuacjach. Traktują je bowiem jako wyzwanie i elastycznie dobierają adekwatne sposoby zaradcze. Osoby te charakteryzują się realistyczną oceną zdarzeń w walce ze stresem, a także postępowaniem skoncentrowanym na zadaniowym rozwiązaniu problemu z wykorzystaniem bogatego repertuaru środków. Stosują zatem najbardziej adekwatną strategię radzenia sobie z danym stresorem. W zetknięciu z sytuacją nawet obiektywnie trudną osoba o silnym poczuciu koherencji może wykazywać tendencję do porządkowania sytuacji i nadawania jej emocjonalnego sensu.

Szereg badań (Antonovsky i in., 1971; McCubbin i in., 1995) stanowiło próbę zweryfikowania koncepcji Antonovsky'ego w odniesieniu do sposobów radzenia sobie ze stresem. Także badania Antonovsky'ego w grupie kobiet ocalałych z Holocaustu (Antonovsky, 1979; Antonovsky i in., 1971) sugerowały, że poczucie koherencji mogło być modyfikatorem reakcji podczas adaptacji posttraumatycznej.

W literaturze przedmiotu szukano także odpowiedzi na pytanie o formę wpływu poczucia koherencji na stres. Część badaczy (Antonovsky, 1995; Korotkov i Hannah, 1994) uważała, że jest ona zmienną buforową, zapobiegającą powstawaniu stresu, niedopuszczającą do powstania napięcia demobilizującego i dysregulującego organizm. Inni (R.B. Flannery i G.J. Flannery, 1990) określali ją jako czynnik niebezpośrednio modyfikujący następstwa stresu, łagodzący, wpływający na reakcje emocjonalne lub umożliwiający stosowanie bardziej efektywnych strategii radzenia sobie z nim.

Większość badań empirycznych potwierdziła ujemną korelację poczucia koherencji ze stresem, zarówno o niewielkim, jak i o ekstremalnym natężeniu (R.B. Flannery i G.J. Flannery, 1990; Korotkov i Hannah, 1994). Interesujące dla kontekstu niniejszej pracy były badania na temat modyfikującego wpływu



SOC na sytuację stresową i jej skutki, które zostały przedstawione w pracy Dudka i Koniarka (1996). Badacze ci analizowali sytuację trzech rodzajów relacji. Po pierwsze, wpływu niespecyficznego (wysoki poziom poczucia koherencji miał łagodzić poziom stresu, niezależnie od tego, czy stresor jest silny, czy słaby), po drugie, wpływu specyficznego (wysoki poziom poczucia koherencji miał łagodzić jedynie wpływ silnych stresorów) i po trzecie, wpływu łącznego (wysoki poziom SOC miał łagodzić stres niezależnie od tego, czy stresor jest silny, czy słaby).

Na podstawie tak zaplanowanych badań stwierdzono negatywny związek wyników SOC z odczuwaniem stresu globalnego i z wynikami osiąganymi w Kwestionariuszu Postrzeganego Stresu Organizacyjnego. Wyniki uprawniały autorów także do sformułowania hipotezy, że wysokie poczucie koherencji osłabia negatywne skutki stresu niezależnie od jego poziomu, efekt ten był jednak bardziej widoczny w przypadku osób, które pozostają pod działaniem silniejszych stresorów (Dudek i Koniarek, 1996).

#### 4.5.3. Koncepcja Antonovsky'ego a inne modele radzenia sobie ze stresem

Opracowując swoją koncepcję, Antonovsky nawiązywał przede wszystkim do badań Selyego (1960, 1977) oraz do transakcyjnej teorii stresu Lazarusa (Lazarus i Folkman, 1984). Porównywał także SOC z innymi kategoriami – „odpornością” Kobasy (1979), „umiejscowieniem kontroli” Rottera (1966, za: Antonovsky, 1995) i „samoskutecznością” Bandury (1977, 1998). Według Antonovsky'ego (1995), problemy i pytania badawcze salutogenezy znajdowały wyraz w koncepcjach przedstawionych w pracach tych autorów oraz bezpośrednio korespondowały z jej rozwiązaniami. Istotne wydaje się więc porównanie modelu salutogenetycznego z propozycjami wybranych badaczy, którzy zainspirowali Antonovsky'ego\*.

#### **Teoria stresu fizjologicznego Selyego**

Koncepcja Selyego zainspirowała Antonovsky'ego do badań nad stresem (Antonovsky, 1995; Jelonekiewicz, 1994). Początkowe prace Selyego (1960) związane były z paradygmatem patogenetycznym. Badacz ten uznawał, że dla jednostki podstawowy jest stan uporządkowania, homeostazy. Bodźce zakłócające równowagę biologiczną organizmu wywoływały zespół niespecyficznego reakcji, manifestujących się zmianami w parametrach fizjologicznych organizmu. Stres był rozumiany jako odpowiedź na negatywne zmiany w organizmie – ogólny zespół adaptacyjny (*General Adaptation Syndrome, GAS*). W jego przebiegu Selye (1960, s. 38–40) wyróżnił trzy następujące po sobie stadia:

---

\* Szczegółową analizę podobieństw i różnic dotyczących poczucia koherencji i wybranych kategorii psychologicznych przedstawia Antonovsky w swojej pracy *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować* (1995).

- **reakcję alarmową** (fazę szoku, w trakcie której organizm reaguje specyficznymi i niespecyficznymi zmianami na kontakt z bodźcem, oraz fazę przeciwdziałania szokowi, kiedy podejmuje mobilizujące reakcje obronne),
- **stadium odporności**, w którym organizm łatwiej znosi stresogenny bodziec,
- **stadium wyczerpania**, gdy dochodzi do przeciążenia, rozregulowania funkcji organizmu, spadku jego zdolności obronnych, prowadzących nawet do śmierci.

W późniejszych pracach (Selye, 1977) jego poglądy na problematykę stresu zmieniły się. Uznał, że stres może mieć konsekwencje adaptacyjne (uczy organizm rozpoznawać zagrożenie i adekwatnie na nie reagować). Określił go jako: „nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie stawiane organizmowi żądania” (Selye, 1977, s. 25) i wyróżnił pojęcie **distresu** (*bad stress*, stres negatywny) i **eustresu** (*good stress*, stres o znaczeniu pozytywnym).

Antonovsky w koncepcji salutogenezy nawiązał bezpośrednio do myśli Selyego o wszechobecności stresu oraz o pozytywnych skutkach, które mogą wywołać sytuacje stresujące. Podobieństwo można zauważyć także w klasyfikacji stresorów, dokonanych przez obydwu badaczy.

### Interakcyjna, relacyjna koncepcja stresu Lazarusa

W koncepcji Lazarusa stres ujmowany jest jako: „relacja pomiędzy osobą a otoczeniem, które ocenia ona jako nadwężające lub przekraczające jej zasoby i zagrażające dobrostanowi” (Lazarus i Folkman, 1984, s. 19).

W konfrontacji ze zdarzeniem człowiek dokonuje oceny poznawczej (**ocena pierwotna**). Czynnikiem warunkującymi ją są przekonania jednostki na temat siebie i otoczenia. Może ona uznać transakcję za nieposiadającą znaczenia, sprzyjająco-pozytywną lub stresującą – ostatnia ocena wiąże się z trzema rodzajami stresu: krzywdą/stratą, zagrożeniem, wyzwaniem (Lazarus, 1986, s. 18–19). Ocena pierwotna określa także intensywność i rodzaj emocjonalnej reakcji osoby oraz powoduje decyzje o włączeniu procesu radzenia sobie ze stresem. Z kolei analiza dostępnych możliwości i zasobów radzenia sobie ze stresem jest związana z **oceną wtórną**, dzięki której organizm może efektywnie uporać się ze stresem.

Antonovsky uznał koncepcję Lazarusa za fundamentalną dla swojego rozumienia stresu i radzenia sobie z nim. Przejmując od Lazarusa perspektywę relacyjną, Antonovsky rozbudował i uzupełnił jej fragmenty związane z oceną poznawczą. Wykorzystując kategorię poczucia koherencji, próbował wyjaśnić różnice indywidualne w zakresie radzenia sobie ze stresem, które zauważył Lazarus. Rozdzielił ocenę pierwotną na trzy etapy i założył, że czynnikiem różnicującym zachowanie jednostek może być na każdym z nich siła poczucia koherencji.

W koncepcji Antonovsky’ego **ocena pierwotna I** umożliwia więc odpowiedź na pytanie, czy dana osoba ma kontakt z zagrożeniem. Zdaniem Antonovsky’ego: „ludzie o silnym poczuciu koherencji w większym stopniu niż ludzie

o słabym poczuciu koherencji oceniają bodźce jako niestresujące, wychodzą bowiem z założenia, że łatwo poradzą sobie z sytuacją” (Antonovsky, 1995, s. 129).

W fazie **oceny pierwotnej II** następuje oszacowanie, czy stresor jest zagrażający, pozytywny, nieszkodliwy czy obojętny. Osoba o wysokim SOC częściej niż osoba z niskim SOC może uznawać stresor za łagodny, nieszkodliwy lub obojętny.

**Ocena pierwotna III** pozwala na określenie instrumentalnego charakteru problemu i jego emocjonalnych parametrów. Osoby z wysokim poczuciem koherencji oceniają problem bardziej precyzyjnie i z większą jasnością, podczas gdy osoby z niskim poczuciem koherencji mają tendencję do nadmiernej generalizacji.

W fazie **oceny wtórnej** osoby, które charakteryzują się wysokim SOC wybierają bardziej adekwatną niż osoby o niskim SOC strategię radzenia sobie ze stresem. Choć Antonovsky przestrzegał przed traktowaniem poczucia koherencji jako specyficznego mechanizmu czy stylu radzenia sobie, uznawał jednak, iż osoby z wysokim SOC koncentrują się częściej na instrumentalnych parametrach problemu, podczas gdy osoby o niskim SOC starają się złagodzić emocje (np. smutek, lęk, przykrość). Osoby o wysokim poczuciu koherencji częściej wykorzystują w praktyce przesłanki i informacje zwrotne, świadczące o małej efektywności środków zaradczych. Wobec niepowodzenia łatwiej niż osoby z niskim SOC korygują także swoje działania.

Antonovsky rozwinął teorię Lazarusa także w zakresie dotyczącym wykorzystania przez jednostkę dostępnych zasobów, choć w jego koncepcji zgeneralizowanych zasobów odpornościowych odnaleźć można więcej podobieństw z modelem Hobfolla (1989; Hobfoll, Briggs i Wells, 1995; także poniższy podrozdział).

## **Teoria zachowania zasobów Hobfolla**

W teorii zachowania zasobów Hobfolla (1989; 2006; 2012; Hobfoll, Briggs i Wells, 1995; Dudek, Gruszczyńska i Koniarek, 2006) przyjmuje się, że dla każdej osoby istnieją pewne ważne sprawy, przedmioty, wartości i czynniki. Tak jak w koncepcji salutogenetycznej były one nazywane przez Hobfolla **zasobami** (1989; Hobfoll, Briggs i Wells, 1995). Wyróżnił on cztery rodzaje zasobów: przedmioty (np. mieszkanie), warunki (np. satysfakcjonująca praca, rodzina), zasoby osobiste (np. umiejętności interpersonalne), zasoby energetyczne (np. pieniądze).

Hobfoll, Briggs i Wells zdefiniowali stres jako reakcję na sytuację, w której istnieje: „zagrożenie utraty zasobów, utrata zasobów, brak wzrostu zasobów, po wcześniejszym zainwestowaniu ich” (Hobfoll, Briggs i Wells, 1995, s. 138). Zdaniem Heszen-Niejodek:

o ile kluczowe w teorii Lazarusa pojęcie oceny poznawczej jest ważne dla rozumienia i przebiegu procesu radzenia sobie oraz psychologicznych mechanizmów leżących u podstaw strategii radzenia sobie, o tyle pojęcie zasobów i ich wyczerpania

może być pomocne, gdy przedmiotem zainteresowania stają się negatywne skutki stresu (Heszen-Niejodek, 1996, s. 15).

Pojęcie zasobów wydaje się więc ważną kategorią w tłumaczeniu mechanizmów i skutków stresu pourazowego, a ich ujęcie przez Hobfolla (1989, 2006, 2012) korespondowało w koncepcji Antonovsky'ego z opisywanymi w podrozdziale 4.1 kategoriami zgeneralizowanych zasobów odpornościowych (GRRs) i zgeneralizowanych deficytów odpornościowych (GRD).

## Koncepcja odporności Kobasy

Zdaniem Antonovsky'ego (1995, s. 48–59), najbardziej znaczące analogie dotyczące poczucia koherencji można było zauważyć, porównując wymiary SOC z trójskładnikowym modelem odporności Kobasy (1979). Centralne pojęcie stanowiła w nim uwarunkowana osobowościowo **odporność** (*hardiness*), którą tworzyły wymiary:

- **zaangażowania** – aktywnego uczestnictwa, odnajdywania celu w wydarzeniach, zajęciach, ludziach – w teorii Antonovsky'ego porównywane z poczuciem sensowności,
- **kontroli** – przeświadczenia, że człowiek ma wpływ na wypadki zdarzające się w jego życiu – przez Antonovsky'ego łączone z komponentą poczucia zaradności,
- **podejmowania wyzwania** – przekonania, że zmiana może stać się impulsem do rozwoju, elastycznego poszukiwania i działania w sytuacjach otwartych, nowych – w teorii Antonovsky'ego odnoszone do wymiaru poczucia zrozumiałości, chociaż raczej przeciwnego jej bieguna.

Antonovsky (1995) często odnosił swoje wymiary do propozycji Kobasy (1979), uważając, że również stanowiła ona analizę zagadnienia wysokiego progu odporności na stres i braku zaburzeń u części osób, które doświadczyły sytuacji ekstremalnie trudnych.

## Model integracyjnej oceny sytuacji Shalita

Model ten zainspirował Antonovsky'ego do przyznania centralnego miejsca w koncepcji salutogenezy kategorii poczucia koherencji. Był też dodatkowym powodem uznania ważności składowej poczucia zrozumiałości. Shalit (1984, za: Antonovsky, 1995, s. 68–69) zakładał, że im spójniejszy obraz otoczenia (lub sytuacji) wytworzy sobie w umyśle jednostka, tym lepiej funkcjonuje (nawiązuje bardziej satysfakcjonujące relacje, efektywniej radzi sobie z trudnościami i oddziałuje na otoczenie). Autor ten widział w niespójności jeden z podstawowych czynników stresogennych. Także w proponowanym przez niego modelu radzenia sobie ze stresem początkowym sposobem dokonywania oceny sytuacji było oszacowanie stopnia spójności odbieranych bodźców. Antonovsky nawiązywał do powyższej koncepcji również przy omawianiu czynników determinujących powstanie wymiaru poczucia zrozumiałości.

## Poczucie umiejscowienia kontroli Rottera

Teoria Rottera (1966, za: Antonovsky, 1995) opisywała poczucie umiejscowienia kontroli, rozumiane jako względnie trwała cecha osobowości. Cecha ta dzieli osoby na te, które częściej postrzegają zdarzenia i sytuacje jako konsekwencje własnych działań lub zdolności (biegun **wewnętrznego umiejscowienia kontroli**), oraz na te, które uważają, że sytuacje i okoliczności są pochodnymi działań innych, przypadku bądź losu (**zewnętrzne umiejscowienie kontroli**).

Przeprowadzone badania empiryczne wykazały dodatnią korelację (od .38 do .44) pomiędzy poczuciem koherencji a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (Antonovsky, 1993, 1995). Chociaż osoby z wysokim poczuciem koherencji częściej mają przekonanie, że to one kontrolują sytuacje, których są uczestnikami, Antonovsky zastrzegł jednak, że poczucie koherencji, a szczególnie jego wymiar poczucia zaradności, nie powinno być utożsamiane z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli. Był takiego zdania, ponieważ osoba o wysokim poczuciu koherencji charakteryzuje się zaufaniem zarówno do siebie, jak i potrafi skorzystać z pomocy innych, zdać się na los czy przypadek. Gdy okoliczności tego wymagają, osoba ta potrafi zaktualizować wszystkie dostępne, zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne zasoby. Dlatego też relacje między poczuciem koherencji a wymiarami umiejscowienia kontroli są złożone i według Antonovsky'ego nie można mówić o bezpośredniej zbieżności tych pojęć.

## Koncepcja skuteczności własnej i poczucia sprawstwa Bandury

Koncepcja Bandury (1977, 1998) opisywała kategorię **sprawstwa**. Pojęcie to było związane z trzema rodzajami przekonań osoby: (1) dotyczącymi wolności wyboru (zauważanie wielu możliwości, dokonywanie samodzielnych wyborów), (2) związanymi z poczuciem kontroli (przewidywanie lub zauważanie związku pomiędzy własnym działaniem a zdarzeniem), (3) łączącymi się z poczuciem własnej skuteczności (wiara, że własne działanie może doprowadzić do realizacji celu, i w umiejętność osiągnięcia go).

**Samoskuteczność** związana była z oceną własnych możliwości w relacji do wymagań otoczenia. Antonovsky (1995) odnajdywał podobieństwa pomiędzy poczuciem **sprawstwa** (szczególnie w wymiarze samoskuteczności) i poszczególnymi wymiarami SOC. Związki pomiędzy konstruktami Antonovsky'ego i Bandury potwierdziły badania McSherryego i Holma (1994). Kategoria samoskuteczności nie stanowiła jednak, tak jak poczucie koherencji, ogólnej orientacji człowieka (dyspozycji, postawy, cechy), lecz odnosiła się do konkretnej sytuacji. Poczucie koherencji stanowi kategorię, którą odnieść można do wielu pojęć związanych z teoretycznymi modelami z zakresu stresu (Łosiak, 2008; Terelak, 2001), psychologii klinicznej i psychologii zdrowia.

## 5. Poczucie koherencji a wewnętrzne i międzyludzkie funkcjonowanie osoby

### 5.1. Związek poczucia koherencji z psychofizycznym funkcjonowaniem osoby

Według Antonovsky'ego (1995) osoby z wyższym poziomem poczucia koherencji charakteryzują się większą zdolnością uruchamiania uogólnionych zasobów odpornościowych. Częściej szukają pozytywnych aspektów w nawet obiektywnie trudnej sytuacji; postępują „realistycznie” (Antonovsky, 1995, s. 130); rzadziej popadają w apatię i beznadzieję; przejawiają **podniecenie i nadzieję** (Antonovsky, 1995, s. 142) oraz silną wolę. Lepiej zdają sobie także sprawę ze swoich emocji, łatwiej je opisują i częściej akceptują, posiadają też większą odporność i ufność we własną skuteczność. Przedstawione poniżej badania dostarczyły empirycznych dowodów na związki poziomu poczucia koherencji z natężeniem charakterystyk opisujących psychiczne i fizyczne funkcjonowanie ludzi.

#### 5.1.1. Lęk

Badania relacji między poczuciem koherencji a lękiem (zob. tabela 7) potwierdziły dane otrzymane przez Antonovsky'ego i jego współpracowników (Antonovsky i Sagy, 1986), świadczące o negatywnym związku tych dwóch zmiennych. Wyniki uzyskiwane przez badanych w skali SOC korelowały ujemnie z poziomem lęku, przy czym w badaniu kwestionariuszem STAI związek ten był istotnie silniejszy dla lęku rozumianego jako cecha niż dla lęku jako stanu (Mroziak, Pohorecka i Zwoliński, 1993, za: Mroziak, 1994).

#### 5.1.2. Depresja

Siła poczucia koherencji korelowała negatywnie z nastrojem i stanem depresji mierzonymi Inwentarzem Depresji Becka (zob. tabela 7). Uzyskane w Pol-

sce dane, dotyczące grupy młodzieży, potwierdziły te doniesienia, chociaż podczas badań wykorzystywane były inne metody określenia stanu depresji. Petrie i Brook (1992) stwierdzili także, iż kategoria SOC okazała się u osób hospitalizowanych z powodu depresji dobrym predyktorem powtórnych tendencji i prób samobójczych, bardziej czułym niż standardowe narzędzia diagnostyczne.

### 5.1.3. Zdrowie somatyczne

Silne poczucie koherencji, wpływając pośrednio na układ immunologiczny, stanowiło według Antonovsky'ego (1995) istotny czynnik prozdrowotny, przyczyniający się do utrzymania i zachowania zdrowia somatycznego oraz wspomagający proces rekonwalescencji. Większość prowadzonych na świecie badań dotyczących relacji między zdrowiem, skłonnością do somatyzacji, samopoczuciem a poczuciem koherencji potwierdziło związki pomiędzy tymi zmiennymi (zob. tabela 7). Badania przeprowadzone przez Fiorentino i Pomazala (1994) wykazały istnienie dodatniego związku pomiędzy oceną własnego zdrowia, samopoczuciem a poziomem SOC oraz negatywnego między SOC a nasileniem objawów psychosomatycznych i psychopatologicznych. Podobne wyniki badań uzyskali Coe, Romeis i Hall (1994) w odniesieniu do grupy osób cierpiących na schorzenia chroniczne. Longitudinalne badania pacjentów z chorobą nowotworową przeprowadzone przez Post-White (1994) wykazały, że SOC może intensyfikować psychoneuroimmunologiczne zasoby organizmu i w ten sposób sprzyjać zdrowieniu lub zahamowaniu choroby.

Zgodnie z koncepcją salutogenetyczną wysoki poziom SOC stymulował także zachowania i postawy prozdrowotne, polegające na prowadzeniu zdrowego trybu życia lub udziale w grupach wsparcia, pośrednio warunkując w ten sposób utrzymanie zdrowia (Mroziak, 1994).

### 5.1.4. Zdrowie psychiczne

Umiejętność korzystania ze zgeneralizowanych zasobów odpornościowych i efektywna redukcja napięć pozwala na skuteczną ochronę własnego zdrowia psychicznego. Dlatego osoby charakteryzujące się silnym poczuciem koherencji okazywały się mniej podatne na choroby i zaburzenia psychiczne.

W licznych badaniach empirycznych wykryto negatywne związki pomiędzy poczuciem koherencji a somatyzacją, kompulsjami, wrogością (McSherry i Holm, 1994; Mroziak, Czabała i Wójtowicz, 1997) i neurotyzmem (Koniarek, Dudek i Makowska, 1993; Strumpfer, Gouws i Vivers, 1998). Jak wykazali Dudek i Makowska (1993), wyniki uzyskane w skali SOC korelowały negatywnie z wyczerpaniem emocjonalnym i depersonalizacją. Poczucie koherencji jest też dobrym predyktorem podatności na chorobę alkoholową (Mroziak, 1996). Należy jednak zaznaczyć, że badania skróconą wersją skali SOC przeprowadzone przez Korotkova (1993) nie potwierdziły teorii o modyfikującym wpływie poczucia koherencji na psychikę ludzi.

### 5.1.5. Sens i jakość życia

Kategoria poczucia sensu życia stanowiła jeden z wymiarów poczucia koherencji, była więc bezpośrednio badana przez skalę **poczucia sensowności** w SOC. Antonovsky stawiał pytania o związek między poczuciem koherencji a dobrostanem psychicznym, rozumianym przez niego w kategoriach zmiennego sytuacyjnie zadowolenia z życia, szczęścia i moralności, realizacji własnych celów, radości, optymizmu, satysfakcjonujących relacji z otoczeniem, pozytywnej samooceny i wytrwałości w dążeniu do wytyczonych celów. W badaniach przeprowadzonych ze swoimi współpracownikami (Sagy i Antonovsky, 1994) potwierdził tezę, że wysokie poczucie koherencji wiąże się bezpośrednio z odczuwaniem satysfakcji życiowej u emerytów oraz poprawia ich stan zdrowia.

Polskie badania Sęk i Pasikowskiego (1998) wykazały dodatni związek wyników w skali SOC z nadzieją, stabilnością emocjonalną i poczuciem lepszej jakości życia. Autorzy próbowali za pomocą kategorii poczucia koherencji wyjaśnić tzw. **paradoks zadowolenia** (satysfakcji) – zjawisko polegające na tym, że osoby pozostające w obiektywnie złych warunkach, narażone na niekorzystne sytuacje wysoko oceniają jakość swojego życia. Przeprowadzone przez Sęk i Pasikowskiego (1998) badania ujawniły, że osoby o silnym poczuciu koherencji są bardziej zadowolone z życia, wyżej oceniają jego jakość oraz bardziej optymistycznie przewidują przyszłość. Prace te ukazały także, iż najlepszym predyktorem subiektywnie odczuwanego dobrostanu są spośród wymiarów SOC wyniki uzyskiwane w skali poczucia sensowności.

### 5.1.6. Inne kategorie psychologiczne

U osób dorosłych nie stwierdzono różnic poziomu SOC ze względu na płeć, choć występowały one w badaniach młodzieży. Zdaniem Mroziak, Czabały i Wójtowicza (1997) różnice te mogą zanikać wówczas, gdy poczucie koherencji ulega już skryształizowaniu.

Badania uwzględniające kategorię poczucia koherencji jako czynnik współdecydujący o zdrowiu/chorobie i o satysfakcji z życia prowadzone były w wielu krajach na różnorodnych próbach i populacjach. Ich tematyka obejmowała m.in.: relacje poczucia koherencji do: percepcji ról rodziców (Gottlieb, 1994; Patterson i Garwick, 1994), adaptacji rodzinnej – wychowywania i postrzegania dziecka kalekiego, upośledzonego umysłowo w rodzinie (Flick i Homan, 1994; Gottlieb, 1994), adaptacji emigracyjnej (McCubbini i in., 1995), pozytywnego i negatywnego afektu (Kaczmarek, 2006) czy zaburzeń nerwicowych (Szymona, 2008).

## 5.2. Implikacje poczucia koherencji w kontaktach interpersonalnych

W swojej koncepcji Antonovsky (1995) ustalił, że osoby z wyższym poziomem poczucia koherencji łatwiej i bardziej dobrowolnie angażowały się w różnorod-



Tabela 7. Korelacje pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) a wybranymi zmiennymi psychologicznymi

<b>Kategoria</b>	<b>Autorzy badań (opracowania)</b>	<b>Grupa</b>	<b>Korelacja z SOC a*</b>
lęk-stan (STAI)	Koniarek, Dudek i Makowska w 1993 r.	pielęgniarki (19–58 lat)	0,47
	Antonovsky i Sagy w 1986 r., skrócona wersja SOC	młodzież	-0,31
lęk-cecha (STAI)	Koniarek, Dudek i Makowska w 1993 r.	pielęgniarki (19–58 lat)	0,66
	Antonovsky i Sagy w 1986 r.	młodzież	-0,62
	Antonovsky i Sagy w 1986 r., skrócona wersja SOC	młodzież	-0,79
	Carmel i Bernstein w 1990 r.	studenci medycyny	-0,69
depresja (skala Becka) (Hopkins Symptom Checklist, wersja polska) skala Zunga skala depresji MMPI	Holm w 1988 r.	studenci	-0,71
	R.B. Flannery i G.J. Flannery w 1990 r.	dorośli	-0,69
	Mroziak, Czabała i Zwoliński w 1993 r.	młodzież	od -0,56 (z niepokojem) do -0,62 (z zahamowaniem)
	Petrie i Brook w 1992 r.	pacjenci z epizodem samobójczym	od -0,60 do -0,30
	Holm w 1988 r.	studenci	-0,62
	Petrie i Brook w 1992 r.	pacjenci z epizodem samobójczym	od -0,53 do -0,69
poczucie beznadziei (skala Becka)	Petrie i Brook w 1992 r.	pacjenci z epizodem samobójczym	-0,55
	Coe w 1990 r. (Z)	mężczyźni powyżej 55. r.ż. (pacjenci szpitalni)	0,47
myśli samobójcze	Dahlin w 1990 r. (Z)	dorośli zagrożeni w dzieciństwie	0,46
	Sagy w 1990 r. (Z)	emeryci	0,42
	Mroziak, Czabała i Zwoliński w 1993 r. (Z)	młodzież	0,21
	Ryland w 1990 r. (S), skrócona wersja SOC	pracownicy uczelni	0,62

somatyzacja**	Dahlin w 1990 r.	dorośli, zagrożeni w dzieciństwie	-0,70
	Nyamathi w 1991 r., skrócona wersja SOC	bezdomni, członkowie mniejszości narodowych	-0,46
jakość życia**	Larson w 1990 r., skrócona wersja SOC	kadra kierownicza	0,40
	Dahlin w 1990 r.	dorośli, zagrożeni w dzieciństwie	0,76
	Sagy w 1990 r.	emeryci	0,54
	Sęk i Pasikowski w 1998 r.	osoby od 21. do 53. r.ż.	przeszłość 0,29 teraźniejszość 0,54 przyszłość 0,47
zdolności społeczne**	Margalit w 1990 r.	młodzież	0,27
	Sagy w 1990 r.	emeryci	0,26
nadwrażliwość społeczna (Hopkins Symptom Checklist, wersja polska)	Mroziak, Czabała i Zwoliński w 1993 r.	młodzież	-0,56
	Mroziak, Czabała i Zwoliński w 1993 r.	młodzież	-0,58
stres globalny (Perceived Stress Scale, wersja polska)	Koniarek, Dudek i Makowska w 1993 r.	pielęgniarki (19-58 lat)	-0,58
	Koniarek, Dudek i Makowska w 1993 r.	pielęgniarki (19-58 lat)	0,28

<sup>a</sup> SOC – poczucie koherencji. \* Wszystkie korelacje istotne na poziomie  $p < .05$ .

\*\* W badaniach używano różnorodnych narzędzi i metod badawczych (zob. Antonovsky, 1993). S – samopoczucie, Z – zdrowie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Antonovsky (1993, s. 728-729) i Jelonkiewicz (1993, s. 20-23)

ne zajęcia, czuły się mniej zagrożone, rzadziej odczuwały nieuzasadnioną agresję w stosunku do innych lub nieukierunkowaną wściekłość wobec otoczenia, miały adekwatną atrybucję winy. W pracy zawodowej umiały zarówno kierować podwładnymi, jak i bezkonfliktowo pracować w zespole. Osoby te lepiej funkcjonowały w relacjach z innymi, były bardziej przyjazne, otwarte w kontaktach towarzyskich i zawodowych. Nie wykazywały tendencji nadmiernie roszczeniowych, chociaż potrafiły prosić o wsparcie oraz korzystać z pomocy innych.

Wpływ poczucia koherencji na funkcjonowanie interpersonalne został potwierdzony w grupie osób zdrowych (dorosłych) przez Strümpfera, Gouwsa i Viversa (1998). W świetle tych badań empirycznych ujawniono związki między wysokim poczuciem koherencji a pozytywnymi ustosunkowaniami do ludzi, ekstrawertywnością, otwartością wobec innych, mniejszym lękiem w relacjach z innymi i większą dominacją.

McSherry i Holm (1994) uzyskali wyniki świadczące o tym, że osoby o niskim poczuciu koherencji charakteryzują się w trakcie oceny wtórnej (szacowania zasobów, które można wykorzystać w sytuacji stresowej) mniejszymi zasobami społecznymi niż osoby z wysokim poziomem SOC. Polskie badania, przeprowadzone przez Kosińską-Dec i Jelonkiewicz (1997), nie potwierdziły jednak tych danych (korelacja pomiędzy poziomem koherencji a stylem radzenia sobie ze stresem polegającym na poszukiwaniu kontaktów społecznych była niska).

Mroziak, Czabała i Zwoliński (1996), badając grupę młodzieży, stwierdzili negatywną korelację pomiędzy wynikami w skali SOC a agresją i nadwrażliwością społeczną mierzoną Skalą Objawów Nerwicowych Hopkinsa. Podobnie badania Mroziak, Czabała i Wójtowicza (1997) wykazały negatywny związek pomiędzy poczuciem koherencji a wrogością wobec innych ludzi.

W Polsce nie zostały opublikowane wyniki badań nad wpływem poczucia koherencji na wewnętrzpsychiczne i interpersonalne przystosowanie ofiar przesładowań politycznych oraz ocalałych z obozów i więzień. Jedynie Lis-Turlejska (1998, s. 191) w analizie wyników swoich badań wykorzystwała tę kategorię do wytłumaczenia wyników wywiadów znacznej liczby ocalałych z obozów koncentracyjnych, którzy uzyskali wysokie wskaźniki w „integracji traumy z późniejszym życiem”. Dostarczyło to jeszcze jednego argumentu potwierdzającego możliwość i celowość wykorzystania poczucia koherencji w analizie odległych następstw stresu pourazowego w grupie osób represjonowanych politycznie w Polsce w latach 1944–1956. W świetle przedstawionych badań należy zgodzić się z tezą, że poczucie koherencji jest ważnym elementem w adaptacji, orientacji, która odgrywa znaczącą rolę w pośredniczeniu między stresem a zdrowiem, samopoczuciem i innymi kategoriami psychologicznymi u osób z tej grupy badawczej.

Jak to ujęto w powyższym rozdziale, model salutogenetyczny został zainspirowany obserwacjami ludzi, którzy pozostali we względnym dobrostanie fizycznym i psychicznym, pomimo zetknięcia się z doświadczeniami wykraczającymi poza granice możliwości adaptacyjnych. Antonovsky w koncepcji salutogenetycznego ujmowania problemów zdrowia i radzenia sobie ze stresem stawiał pytania o czynniki sprzyjające większej odporności na te negatywne doświadczenia.

Wyniki szeregu badań empirycznych dotyczących zdrowia fizycznego i psychicznego byłych więźniów obozów zagłady doprowadziły go do konkluzji o istnieniu wewnętrznej orientacji życiowej (poczucie koherencji), która umożliwiła tym osobom poradzenie sobie nawet z najbardziej traumatycznymi zdarzeniami dzięki uaktywnieniu uogólnionych zasobów odpornościowych (Antonovsky, 1979). Ważne wydaje się podjęcie badań uwzględniających tę właśnie kategorię u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w latach 1944–1956. Osoby stanowiące grupę badawczą przy przygotowaniu niniejszej pracy doznały bowiem urazów o podobnym typie i nasileniu.

## 6. Założenia metodologiczne badań własnych

### 6.1. Cel pracy, problem badawczy oraz hipotezy badawcze

**Celem** podjętych badań było ukazanie związku pomiędzy siłą poczucia koherencji a odległymi następstwami stresu pourazowego w sferze funkcjonowania wewnętrznego (lęku, depresji, poczucia sensu życia oraz samopoczucia) i w sferze ustosunkowań interpersonalnych osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956.

Pierwsza część badań miała w zamierzeniu pozwolić na wykazanie różnic w emocjach, postawach i doznaniach osób, które w przeszłości narażone były na ekstremalne zdarzenia, w porównaniu z osobami, które nie przeżyły sytuacji podobnego typu. Zadaniem drugiej części było sprawdzenie, w jakim stopniu postrzeganie rzeczywistości jako zrozumiałej, wartej podejmowania wysiłku, oferującej zasoby ułatwiające skuteczne radzenie sobie ze stresem będzie zmieniało obraz i natężenie odległych następstw stresu pourazowego u osób z grupy badawczej.

Uwzględnienie poczucia koherencji przy opisie konsekwencji silnego stresu wydawało się istotne szczególnie ze względu na dwa aspekty. W perspektywie ogólnej zapobiegało tworzeniu jednostronnego wizerunku **ofiary represji**, pozwalało zaś na rozpatrywanie sylwetki badanej osoby jako **ocalałego** (Lifton, 1993), a także wzbogacało jej charakterystykę psychologiczną. Natomiast z praktycznego punktu widzenia pomagało wyjaśnić wiele niejasności i sprzeczności w diagnozie badanych z rozpoznaniem PTSD.

Z tak rozumianego celu pracy wyniknął **nadrzędny problem badawczy** przyjmujący postać pytania o rolę poczucia koherencji w modyfikacji odległych następstw stresu pourazowego u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956.

**Szczegółowe pytania badawcze** były następujące:

1. Jak silne są odległe następstwa stresu pourazowego w wewnętrznym przeżywaniu osób w grupie ocalałych?

2. W jaki sposób osoby represjonowane różnią się od osób z grupy porównawczej pod względem poziomu lęku, depresji, poczucia sensu życia oraz samopoczucia?
3. Jak ekstremalny stres, który przeżyli represjonowani, wpłynął na ich aktualny poziom poczucia koherencji?
4. Jakie są u osób ocalałych odległe następstwa stresu pourazowego w sferze ustosunkowań interpersonalnych?
5. W jakim zakresie osoby represjonowane różnią się od osób z grupy porównawczej pod względem przejawianych stylów ustosunkowań interpersonalnych?
6. Jakie są charakterystyczne style funkcjonowania interpersonalnego dla ocalałych z represji?
7. W jaki sposób u osób represjonowanych aktualne przeżywanie skutków traumatycznych zdarzeń na płaszczyźnie funkcjonowania interpersonalnego i wewnętrznego wiąże się z poziomem poczucia koherencji?

W związku z tak sformułowanymi pytaniami badawczymi oraz teoretyczną wiedzą na temat stresu pourazowego i ujęcia salutogenetycznego zostały przyjęte następujące **hipotezy badawcze**:

**Hipoteza badawcza 1:** Odległe następstwa stresu pourazowego przejawiają się gorszym funkcjonowaniem wewnętrznym i interpersonalnym osób represjonowanych politycznie w Polsce w latach 1944–1956 w porównaniu z osobami, które nie doświadczyły podobnych urazów.

**Hipoteza badawcza 1a:** Gorsze funkcjonowanie osób prześladowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–56 wyraża się poprzez:

- podwyższony poziom lęku;
- podwyższony poziom depresji;
- obniżony poziom poczucia sensu życia;
- gorsze samopoczucie

w porównaniu z osobami, które nie doświadczyły podobnych urazów.

Hipotezę uzasadniają wyniki badań przeprowadzonych w grupach osób cierpiących na zespół stresu pourazowego (kombatantów wojennych, byłych więźniów obozów koncentracyjnych, ocalałych z Holocaustu oraz ofiar tortur i politycznej przemocy).

**Hipoteza badawcza 1b:** Osoby narażone na doświadczenia represji politycznych w Polsce w latach 1944–1956 charakteryzują się niższym poziomem poczucia koherencji.

Hipotezę uzasadniają przedstawione przez Antonovsky'ego (1979, 1995) koncepcje dynamiki poczucia koherencji oraz jego sugestie o wpływie ekstremalnych sytuacji i kryzysowych zdarzeń na obniżenie się poziomu poczucia koherencji.

**Hipoteza badawcza 1c:** Osoby narażone na doświadczenia represji politycznych w Polsce w latach 1944–1956 różnią się od osób z grupy porównawczej stylami funkcjonowania interpersonalnego.

Hipotezę uzasadniają przedstawione w części teoretycznej doniesienia na temat zaburzeń w sferze interpersonalnej u osób cierpiących na PTSD.

**Hipoteza badawcza 1d:** Odległe skutki traumy widoczne są w przejawianych przez osoby ocalałe stylów ustosunkowań interpersonalnych związanych z bezradnością lub wrogością.

Hipotezę uzasadniają wyniki empirycznych badań osób z diagnozą PTSD, sugerujące tendencję osób represjonowanych do izolowania się i wycofywania z kontaktów międzyludzkich, podejrzliwość, wrogość, a także bierność, apatię i tendencje roszczeniowe.

**Hipoteza badawcza 2:** U osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce natężenie i styl przeżywania odległych następstw stresu pourazowego w sferze funkcjonowania wewnętrznego i interpersonalnego związane są z poziomem poczucia koherencji.

**Hipoteza badawcza 2a:** Osoby represjonowane z przyczyn politycznych cechujące się niskim poziomem poczucia koherencji wykazują większe nasilenie odległych następstw stresu pourazowego, przejawiające się:

- wyższym poziomem lęku;
- wyższym poziomem depresji;
- obniżonym poziomem poczucia sensu życia;
- gorszym samopoczuciem;
- wyższym natężeniem PTSD

w porównaniu z osobami represjonowanymi z przyczyn politycznych o wysokim poziomie poczucia koherencji.

**Hipoteza badawcza 2b:** W grupie represjonowanych z przyczyn politycznych osoby cechujące się wysokim poczuciem koherencji częściej prezentują:

- prospołeczne style ustosunkowań interpersonalnych;
- samozadowolenie i samoakceptację ujawniane w kontaktach międzyludzkich;
- style związane z realizmem i względną autonomią

w porównaniu z represjonowanymi o niskim poziomie poczucia koherencji.

**Hipoteza badawcza 2c:** W grupie represjonowanych z przyczyn politycznych osoby cechujące się niskim poczuciem koherencji częściej prezentują:

- ustosunkowania interpersonalne związane z bezradnością;
- style ustosunkowań interpersonalnych należące do tzw. **syndromu wrogości** (styl wycofująco-masochistyczny, buntowniczo-podejrzliwy i agresywno-sadystyczny)

niż osoby represjonowane o wysokim poziomie poczucia koherencji.

Hipotezy uzasadniają badania i sugestie Antonovsky'ego (1979, 1995; Antonovsky i in., 1971) przeprowadzone w grupie ocalałych z Holocaustu oraz przedstawione w części teoretycznej polskie i zagraniczne opracowania poświęcone kategorii poczucia koherencji.

## 6.2. Zmienne

W związku z postawionymi hipotezami w badaniach zostały przyjęte następujące **zmienne**:

### I CZĘŚĆ BADAŃ

**I. Zmienna niezależna: stres pourazowy** związany z represjami z przyczyn politycznych – zmienna dychotomiczna, związana z doбором grupy badawczej, określana za pomocą PTSD-Interview oraz ustrukturyzowanego wywiadu.

#### II. Zmienne zależne:

- poziom lęku, rozumianego jako cecha oraz stan;
- poziom depresji, rozumianej jako objaw psychopatologiczny;
- poziom sensu życia, będący pochodną afirmacji życia, akceptacji siebie, świadomości celu, poczucia wolności, oceny przyszłości, stosunku do śmierci;
- poziom odczuwanego samopoczucia, wiążącego się z lękiem, nastrojem depresyjnym, samokontrolą, ogólnym zdrowiem i witalnością;
- style ustosunkowań interpersonalnych;
- poziom poczucia koherencji.

**III. Kontrolowane zmienne niezależne zakłócające:** grupy badawcza i porównawcza były dobierane w ten sposób, aby średnie odchylenia standardowe w zakresie poszczególnych zmiennych zakłócających nie różniły się istotnie. Dotyczyło to: wieku, wykształcenia, obecnego miejsca zamieszkania, aktualnego zatrudnienia, stanu cywilnego i rodzinnego, stopnia zaburzeń pamięci powstałych na tle organicznym.

### II CZĘŚĆ BADAŃ

**I. Zmienna niezależna: poziom poczucia koherencji** będący przejawem poczucia zrozumiałości, sensowności i zaradności osób badanych.

#### II. Zmienne zależne:

- poziom lęku, rozumianego jako cecha oraz stan;
- poziom depresji, rozumianej jako objaw psychopatologiczny;
- poziom sensu życia, będący pochodną afirmacji życia, akceptacji siebie, świadomości celu, poczucia wolności, oceny przyszłości, stosunku do śmierci;
- poziom odczuwanego samopoczucia, wiążącego się z lękiem, nastrojem depresyjnym, samokontrolą, ogólnym zdrowiem i witalnością;
- style ustosunkowań interpersonalnych;
- natężenie PTSD.

**III. Kontrolowane zmienne niezależne zakłócające:** w grupie badawczej poddano kontroli następujące zmienne zakłócające: wiek w czasie aresztowania, liczbę miesięcy uwięzienia, czas od zwolnienia, termin badania.



## 6.3. Metody badań

### 6.3.1. Kwestionariusz PTSD-Interview (PTSD-I)

Kwestionariusz ten umożliwia diagnozowanie zespołu stresu pourazowego według kryteriów DSM-III-R. Ma on formę ustrukturyzowanego wywiadu. Pytania zadaje osoba badająca. Autorem kwestionariusza był Watson i jego współpracownicy (Watson, 1990; Watson i in., 1991). Składa się on z pięciu części, oznaczonych literami od A do E.

**Część A** zawiera pytania o doświadczenie traumatycznego zdarzenia, odpowiadające kryterium klasyfikacyjnemu A. Odpowiedź twierdząca uzasadnia kontynuowanie wywiadu. **Część B** dotyczy ponownego przeżywania przez badanego sytuacji urazowej we wspomnieniach, snach lub w myślach. **Część C** stanowią pytania koncentrujące się na symptomach unikania różnych aspektów urazu oraz wokół trudności w doświadczaniu i wyrażaniu emocji po przebytych urazach. **Część D** określa ogólny stopień pobudzenia przeżywanego przez osobę badaną. Zawiera pytania o objawy świadczące o nadmiernym napięciu (m.in. trudności w zasypianiu i z koncentracją uwagi, wzmożoną irytację). **Część E** stanowią pytania dotyczące czasu i częstotliwości występowania objawów PTSD.

Kwestionariusz pozwala oszacować występowanie stresu pourazowego. Do rozpoznania PTSD konieczne jest uzyskanie 24 punktów (dane na podstawie informacji psychiatrów i psychologów z Zakładu Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii UJ). Rzetelność kwestionariusza (na podstawie badań w grupie weteranów wojennych, metoda test-retest) wyniosła  $r = 0,95$ ; zgodność wewnętrzną – współczynnik  $\alpha = 0,92$ , a trafność z kryteriami PTSD określono na 0,89 (Watson i in., 1991). Zastosowana wersja kwestionariusza została przetłumaczona w Zakładzie Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii UJ.

### 6.3.2. Ustrukturyzowany wywiad na podstawie trzyczęściowego kwestionariusza do badania historii życia badanych

Potrzeba stworzenia takiego kwestionariusza wiązała się z niedostatkiem odniesień PTSD-Interview do psychospołecznych aspektów tego zaburzenia. Wywiad stworzony został na podstawie pierwszych rozmów z osobami represjonowanymi. Powstał na podstawie kwestionariuszy stosowanych w badaniach polskich (np. dla ofiar Holocaustu „Survivors” i „II pokolenie”, skonstruowane przez zespół Orwid) i na podstawie zagranicznych matryc kwestionariuszy tego typu (Weiss, 1993 i inne omawiane w podrozdziale 2.3) oraz treści szczegółowych pytań zadawanych w czasie badań prowadzonych od 1989 roku w krakowskiej Katedrze Psychiatrii (Czaja, 1998).

Jest on przystosowany tematycznie do wyżej wymienionej, specyficznej grupy badanych. Pozwala na opisanie historii życia osób represjonowanych. Dotyczy specyficznych cech psychologicznego przeżywania i sytuacji ofiary prze-

śladowań politycznych w Polsce, uwypukla znaczenie sytuacji szczególnie trudnych i ich wpływ na zdrowie oraz samopoczucie badanych.

Składa się z 90 pytań, w tym 74 zamkniętych z możliwością wyboru, 3 zamkniętych z możliwością uzupełnienia i 13 otwartych. Poszczególne pytania zostały ujęte w trzy niezależne części pozwalające na przerwy w spotkaniach lub na wykorzystanie wybranych aspektów kwestionariusza stosownie do potrzeb badającego.

**Część pierwsza** (7 punktów dotyczących danych osobowych i 17 pytań) zawiera pytania dotyczące historii życia badanych przed okresem terroru stalinowskiego w Polsce, czyli czas dzieciństwa (na temat więzi rodzinnych i społecznych, zdrowia somatycznego) i młodości (uczestnictwo w wojnie i przeżycia z nią związane). Część ta upoważnia do oceny indywidualnych zasobów związanych z systemami wsparcia społecznego oraz z ogólnym funkcjonowaniem psychofizycznym w okresie przed aresztowaniem.

**Część druga** (28 pytań) dotyczy okresu prześladowań, a więc: rodzaju prowadzonej działalności konspiracyjnej, aresztowania, urazów fizycznych i psychicznych doznanych w czasie śledztwa i więzienia, długości odbywanej kary, warunków bytowych oraz bardzo obszernie – emocji badanego i sposobów radzenia sobie w rzeczywistości więziennej.

**Część trzecia** (38 pytań) bada wpływ doświadczeń więziennych na adaptację do życia na wolności (praca, rodzina, zdrowie, wychowanie potomstwa, relacje społeczne, funkcjonowanie publiczne), subiektywne odczucia związane z konsekwencjami pobytu w więzieniu z przyczyn politycznych, odbicie się traumatycznych doświadczeń na późniejszym zdrowiu i samopoczuciu badanych. Część ta pozwala na krótką analizę zachowań badanego w okresie po roku 1989, od którego można mówić o pełnej politycznej i historycznej rehabilitacji represjonowanych w latach 1944–1956 w Polsce.

Kwestionariusz mógł być wypełniany samodzielnie przez badanego, co stanowiło pomoc dla badającego. Badający mógł się nim także wspomagać przy segregowaniu danych uzyskanych we wcześniejszych rozmowach. Umożliwił ujęcie subiektywnych, niemierzalnych w granicach doświadczenia ludzkiego przeżyć i odczuć w określone kryteria oraz upoważniał badających do sprezyzowania bardziej poprawnych metodologicznie wniosków. Wzór wykorzystanego kwestionariusza został zamieszczony w Aneksie.

### 6.3.3. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (KOŻ-29)

Jest on polską wersją kwestionariusza Antonovsky'ego, stworzonego do badań poczucia koherencji. Adaptacja testu, autoryzowana przez Antonovsky'ego, została dokonana w latach 90. XX wieku w Zakładzie Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, w Zakładzie Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i w Zakładzie Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu.

Analiza mocy dyskryminacyjnej polskiej wersji kwestionariusza potwierdziła zasadność doboru pytań do poszczególnych skal (Koniarek, Dudek i Makowska, 1993). Wskaźnik wewnętrznej zgodności (obliczony metodą połówkową z poprawką Spearmana–Browna,  $r = 0,92$ ) świadczył o bardzo wysokiej rzetelności kwestionariusza. Metoda test-retest (po 2–3 tygodniach) określiła zadowalającą ( $r = 0,80$ ) stabilność kwestionariusza w perspektywie czasowej (Mroziak, Czabała i Zwoliński, 1996). Trafność określona została na podstawie analizy czynnikowej, która w części potwierdziła przyjętą przez Antonovsky’ego koncepcję trzech wymiarów SOC (Koniarek, Dudek i Makowska, 1993). Wzór kwestionariusza można znaleźć w książce Antonovsky’ego *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować* (1995).

#### 6.3.4. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL)

Do jego opracowania została wykorzystana popularna polska wersja testu STAI Spielbergera, Gorsucha i Lushene’a w adaptacji Strelaua, Tysarczyka i Wrześniewskiego (Wrześniewski i Sosnowski, 1987). Inwentarz mierzy stopień natężenia lęku. Pierwsza część (X-1) mierzy stan lęku, druga (X-2) cechę lęku.

Test składa się z 40 stwierdzeń (20 do oceny lęku-stanu, 20 do oszacowania poziomu lęku-cechy). Każda skala stanowi osobne narzędzie pomiaru. Rzetelność ISCL mierzona była za pomocą oszacowania zgodności wewnętrznej (współczynnik *alfa* Cronbacha wynosił dla lęku-stanu od 0,84 do 0,90 i dla lęku-cechy od 0,87 do 0,91) oraz stabilności bezwzględnej metodą test-retest (po czterech miesiącach) – współczynnik korelacji wyniósł 0,79 dla skali X-1 i 0,46 dla skali X-2 (Wrześniewski i Sosnowski, 1987). Trafność skali X-1 określono, badając zdolność zróżnicowania przez nią sytuacji zagrożenia. Uzyskane wyniki (Wrześniewski i Sosnowski, 1987) upoważniają do stwierdzenia, że skala ta pozwala na rzetelne i trafne mierzenie poziomu lęku.

#### 6.3.5. Inwentarz Depresji (ID)

Metoda ta jest przeznaczona do badania afektywnych, behawioralnych, motywacyjnych i wegetatywnych aspektów depresji, stwierdzenia jej głębokości oraz odróżniania osób chorych od zdrowych (Parnawski i Jernajczyk, 1977). Inwentarz został opracowany na podstawie poznawczego modelu depresji Becka (Beck i in., 1979), umożliwiającego wielopłaszczyznowe rozumienie i określanie depresji.

Do badań wykorzystano 21-pytaniową wersję Inwentarza. Badany udzielał odpowiedzi na 4-punktowej skali, zawierającej stwierdzenia oceniane od 0 do 3 punktów. Inwentarz wykazuje dużą trafność i rzetelność w ocenie stanu badanych (Stach, 1991).

### 6.3.6. Test Sensu Życia (Purpose in Life Test, PLT)

To test autorstwa Crumbaugha i Maholika, w polskiej adaptacji Płużek. Jego podstawę teoretyczną stanowi analiza egzystencjalna Frankla (Frankl, 2000; Pilecka, 1986). Sens życia stanowił centralną kategorię w stworzonej przez Frankla logoteorii i analizie egzystencjalnej (Frankl, 1962; 2000; Popielski, 1975). Przez to pojęcie autor rozumiał wolę wychodzenia poza ograniczone obszary własnej *soma* i *psyche* w świat wartości, etyki i duchowości oraz świadomość tego, że życie jest sensowne i ma swój cel. Logoteoria i łącząca się z nią metoda analizy i terapii człowieka miały pomóc w określeniu i rozwijaniu poziomu naturalnej potrzeby odnalezienia wartości w swojej egzystencji. Narzędzie to pozwala na ocenę poczucia sensu życia. Składa się z trzech części:

**Część A** zawiera 20 stwierdzeń, każde oceniane jest na skali od 1 do 7 punktów w porządku wzrastającym. W polskich opracowaniach (Mróz, 1993) stwierdzenia pogrupowane zostały w sześciu podskalach. Ich wyniki pozwalają na diagnozę takich składników sensu życia, jak:

1. **Cele i dążenia** – podskala ta pozwala na ocenę umiejętności nadawania swojemu życiu kierunków, wytyczania i realizowania planów.
2. **Afirmacja życia** – określa stosunek do życia, poziom zadowolenia i satysfakcji z niego.
3. **Akceptacja siebie** – wyraża poziom samooceny, wiary w siebie.
4. **Poczucie wolności i odpowiedzialności** – pozwala na ocenę wewnętrznych ograniczeń lub swobody.
5. **Ocena przyszłości** – diagnozuje, jak badany planuje przyszłość.
6. **Stosunek do śmierci**.

**Część B** ma charakter metody projekcyjnej, polega na uzupełnieniu 13 zdań niedokończonych, które pozwalają na analizę czynników i mechanizmów mogących wpływać na postawę wobec wartości. Dotyczą oceny życia dokonanej przez badanego, stosunku wobec przykrości i sytuacji beznadziejnej, postawy wobec choroby, cierpienia, samobójstwa i śmierci, wobec alkoholizmu i narkomanii. **Część C** stanowi dłuższa autobiograficzna wypowiedź badanego na temat ambicji i celów w życiu. **Części B i C** oceniane były w formie analizy treści wypowiedzi.

Rzetelność testu (metoda test-retest w odstępie półrocznym) wyniosła od 0,64 do 0,79 (Gryglewski i in., 1984).

### 6.3.7. Psychologiczny Wskaźnik Dobrego Samopoczucia (The Psychological General Well-Being Index, PGWB)

Test ten, autorstwa Dupuya (1984, s. 170), mierzy subiektywne odczuwanie „dobrego/złego samopoczucia” oraz składniki tej kategorii związane z indywidualnym funkcjonowaniem, ujęte w sześciu podskalach:

1. **Lęku** – niskie wyniki sugerowały wysoki poziom lęklivości, strachu, zamartwianie się, obawy, bycie pod presją, w napięciu i stresie; wysokie – brak lęku, zrelaksowanie i rozluźnienie.

2. **Nastroju depresyjnego** – niskie wyniki świadczyły o nastroju smutku, beznadziejności, przygnębieniu, zniechęceniu; wysokie – o postawie optymistycznej, wesołości i nadziei.
  3. **Samopoczucia** – niskie wyniki wiązały się z brakiem poczucia szczęścia, utratą zainteresowań i aktywności; wysokie – z poziomem szczęścia, satysfakcji z życia, zainteresowaniem codziennymi sprawami i niefrasobliwością.
  4. **Samokontroli** – niskie wyniki łączyły się z wysokim poczuciem obawy przed utratą samokontroli, świadomością niestabilności emocjonalnej; wysokie – z poczuciem stałości, kontroli nad zachowaniem, kontroli emocjonalnej i pewności siebie.
  5. **Zdrowia ogólnego** – niskie wyniki sugerowały zainteresowanie problematyką zdrowotną, koncentrację na objawach chorobowych, zamartwianie się: chorobą, zaburzeniami, bólem, wyglądem własnego ciała oraz subiektywnie częste choroby i zaburzenia zdrowotne uniemożliwiające sprawne funkcjonowanie; wysokie – rzadkie przypadki zachorowania, brak nadmiernego zainteresowania zdrowiem, brak obaw dotyczących własnego zdrowia.
  6. **Witalności** – niskie wyniki związane były z poczuciem braku energii, z doznaniem znudzenia, wypalenia i zmęczenia; wysokie – ze świadomością swojej świeżości, chęćmi do podejmowania aktywności, odczuciem werwy.
- Pytania oceniane były w skali o 1 do 6 punktów. Rzetelność testu określona została współczynnikiem zgodności wewnętrznej *alpha*. Wynosił on od 0,90 do 0,94. Drugą miarą rzetelności była stabilność testu oszacowana na podstawie metody test-retest. Współczynnik korelacji oscylował od 0,86 – po upływie tygodnia do 0,51 – po upływie sześciu miesięcy (Dupuy, 1984). Trafność testu określono współczynnikiem korelacji z innymi miarami samopoczucia (Dupuy, 1984). Polskiej adaptacji dokonano w Klinice Kardiologii CMUJ w Krakowie.

### 6.3.8. Skala Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI)

Test SUI stanowi prostą metodę diagnozy kontaktów i nastawień społecznych. Skalę tę stworzył Stanik (1977, 1994). Jej podstawę stanowił kołowy model ustosunkowań interpersonalnych, opierający się na dwóch dymensjach – **wy-miarze kontroli** (dominacja–submisja) i **wymiarze ustosunkowania emocjonalnego** (miłość–wrogość).

Test składa się z 70 stwierdzeń, które treściowo przynależą do opisanych poniżej 12 skal i 3 „syndromów profili”, związanych z typowymi konfiguracjami wyników w poszczególnych skalach. Są to:

1. **Styl kierowniczo-autokratyczny (SUI 1)** – wyrażający się tendencjami przywódczymi przy zachowanej umiejętności aranżowania kontaktów z innymi, dominacją przy umiejętności współpracy.
2. **Styl podtrzymująco-opiekuńczy (SUI 2)** – reprezentujący zachowania nastawione na przyjazny kontakt z innymi, np. oferowanie pomocy, jednak z komponentą dominacji i stanowczości.

3. **Styl współpracująco-przyjacielski (SUI 3)** – obejmujący przyjacielskie, kompromisowe, syntoniczne i afiliatywne ustosunkowanie do partnerów.
4. **Styl uległo-zależny (SUI 4)** – określający formy aktywności społecznej charakteryzujące się podporządkowaniem, gotowością do nawiązywania kontaktów oraz do wierności i podległości, mające na celu nakłanianie innych do okazania wsparcia, pomocy i porady.
5. **Styl wycofująco-masochistyczny (SUI 5)** – wyrażający się uległością z komponentą społecznej izolacji i wycofania, samooskarżania się oraz nieufności, wrogości wobec siebie i innych. Skala ta ujawnia samoopis związany z wrogą submisją, wewnętrzną autodestrukcją, negatywnym nastawieniem do ludzi.
6. **Styl buntowniczo-podejrzliwy (SUI 6)** – reprezentujący zachowania wrogości, bezsilności oraz nieufność i podejrzliwość wobec ludzi, chłód uczuciowy, tendencję do buntowania się przeciw zewnętrznym nakazom, demonstracyjne okazywanie wrogiego, negatywnego, podejrzliwego stosunku do innych. Z tym stylem mogą się wiązać zachowania destruktywne i agresywne (w formie agresji przemieszczonej lub bezpośredniej).
7. **Styl agresywno-sadystyczny (SUI 7)** – obejmujący zachowania destruktywne, agresję fizyczną i słowną (nadmierny krytycyzm, sarkazm, obelgi), wrogość wobec siebie i innych z podtekstem dominacji, poczucie górowania nad innymi, pozbawienie uczuć, a także instrumentalne traktowanie ludzi.
8. **Styl współzawodnicząco-narcystyczny (SUI 8)** – opisuje tendencje do dominowania, niezależności, współzawodniczenia i przedmiotowy stosunek do innych.
9. **Skala samoakceptacji lub stopnia samozadowolenia (SUI 9)** – określa samoocenę osób, zwłaszcza tworzoną przez porównania z innymi. Wysokie wyniki w tej skali odzwierciedlają niską samoocenę związaną z wrogością, neurotycznością, wysokim napięciem lękowym. Najwyższe wyniki otrzymują w niej osoby depresyjne i neurasteniczne.
10. **Skala kłamstwa (SUI 10)** – związana z zamierzeniem fałszowania obrazu własnej osoby lub chęcią przedstawienia się w pozytywnym świetle.
11. **Skala zazdrości, realizmu, względnej autonomii (SUI 11)** – bada stopień akceptacji własnej osoby, a w odniesieniu do kontaktów społecznych – asertywność, przedsiębiorczość i optymizm.
12. **Skala pesymizmu, bezradności, wołania o pomoc (SUI 12)** – wskazuje na poczucie małej wartości, bierność, lęk, pesymizm oraz na negatywną samoocenę, plany i stosunek do innych ludzi (na podstawie: Stanik, 1994, s. 11–14).

Stanik scharakteryzował także trzy syndromy związane z niektórymi konfiguracjami wyników w poszczególnych skalach:

- A. Zespół skal prospołecznych (SUI PRO) – średnie i wysokie wyniki w skalach: 2, 3, 4 i 11. Charakteryzuje on zachowania społecznie pożądane, nastawienie na współpracę z innymi.

B. Syndrom wrogości (SUI WRO) – średnie i wysokie wyniki w skalach: 5, 6 i 7. Obejmuje tendencje wrogości (a nieraz agresywności), nieufności, podejrzliwości i defensywności.

C. Syndrom egocentryzmu (SUI EGO) – średnie i wysokie wyniki w skalach: 1 i 8. Osoby otrzymujące wysokie wyniki w tym zakresie charakteryzują się trwałą tendencją do uruchamiania zachowań ukierunkowanych na obronę, traktowaniem własnej osoby jako centrum kontekstu społecznego, przeceńnianiem własnej wartości i niedocenianiem innych.

Wzór SUI przedstawia Stanik (1994). Rzetelność testu badana była metodą test-retest (w odstępie tygodnia). Współczynniki korelacji wynosiły od 0,69 do 0,89 dla poszczególnych skal (Stanik, 1994). Trafność została ustalona na podstawie analizy czynnikowej, która potwierdziła zbieżność pytań i skal testu z modelem ustosunkowań interpersonalnych, będącym jego teoretyczną podstawą.

### 6.3.9. Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (Mini-Mental State Examination, MMSE)

Skala ta pozwala na przybliżoną ocenę poziomu takich funkcji poznawczych, jak: orientacja w miejscu i czasie, pamięć słowna, uwaga, funkcje językowe oraz analiza wzrokowo-przestrzenna. Ma formę wywiadu, połączonego w ostatniej części z wykonaniem kopii rysunku figury geometrycznej (diagnoza praktyki konstrukcyjnej). MMSE została stworzona przez Folstein i Folsteina (M.F. Folstein, S.E. Folstein i P.R. McHugh, 1975), polska adaptacja natomiast przez Lemańczyk i Kordacką (1993).

Za bezbłędne wykonanie zadań można otrzymać 30 punktów, wyniki poniżej 27 punktów sugerują nieprawidłowości procesów poznawczych. Bilikiewicz i in. (1999) uznali, że jest to dobra skala do szybkiej, pobieżnej diagnozy zaburzeń procesów poznawczych i może być wykorzystywana do badań wstępnych.

## 6.4. Osoby badane

### 6.4.1. Charakterystyka grupy badawczej i porównawczej

**Grupę badawczą** stanowiło 100 osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956. Do grupy tej zostali zaliczeni wyłącznie mężczyźni, ponieważ uznano, że znacznie częściej niż kobiety angażowali się w czynną walkę polityczną, częściej także poddawano ich represjom z tego powodu. Mężczyźni byli też w większej części członkami związków kombatanckich, za których pośrednictwem nawiązywano kontakty z badanymi.

W czasie pilotażowych wywiadów i rozmów zwrócono uwagę na to, że ze względu na zaawansowany wiek represjonowanych ich zaburzenia związane ze skutkami traumy dodatkowo mogą nakładać się na problemy charakterystyczne

dla okresu inwolucji. Aby poddać kontroli działanie zmiennych zakłócających i zminimalizować możliwe artefakty w wynikach, do badań dobrano **grupę porównawczą**. Stanowiło ją 100 mężczyzn, którzy nie byli narażeni na doświadczania ekstremalnego stresu, w podobnym do represjonowanych wieku i o zbliżonym statusie socjoekonomicznym. Zestawienie danych dotyczących osób z grupy badawczej i porównawczej przedstawia tabela 8. Zgodnie z przyjętymi zasadami doboru osób żadna ze zmiennych nie różniła się w obydwu grupach w sposób istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ).

Tabela 8. Porównanie wieku, sytuacji rodzinnej, wykształcenia, miejsca pracy, miejsca zamieszkania oraz poziomu zaburzeń procesów poznawczych osób z grupy badawczej i porównawczej

Kategoria	Grupa badawcza	Grupa porównawcza
Liczba badanych	100	100
Wiek	$x = 67,75; sd = 4,47$	$x = 68,65; sd = 6,53$
Przedział wieku w latach	59–79	60–84
Wykształcenie podstawowe	15 osób	14 osób
Wykształcenie zawodowe	27 osób	27 osób
Wykształcenie średnie	32 osoby	33 osoby
Wykształcenie wyższe	26 osób	26 osób
Pracujący zawodowo	12 osób	13 osób
Emeryci	53 osób	54 osoby
Renciści	35 osób	33 osoby
Żonaci	84 osoby	88 osób
Rozwiedzeni	7 osób	2 osoby
Wdowcy	6 osób	6 osób
Kawalerowie	3 osoby	4 osoby
Brak dzieci	10 osób	6 osób
Więcej niż 2 dzieci	28 osób	31 osób
Miejsce zamieszkania: duże miasto	52 osoby	52 osoby
Miejsce zamieszkania: małe miasto	25 osób	25 osób
Miejsce zamieszkania: wieś	23 osoby	23 osoby
Wynik w teście Mini-Mental State Examination	$x = 27,94; sd = 1,15$	$x = 28,20; sd = 1,16$

Źródło: opracowanie własne



Ponieważ wiek mógł być czynnikiem nasilającym zmęczenie badanych, ograniczono zestaw metod badawczych, dostosowując je do ich możliwości fizycznych i intelektualnych. Dodatkowo kontroli poddana została zmienna poziomu zaburzenia procesów poznawczych. Różnice w wynikach skali MMSE (oceniającej funkcjonowanie w tym zakresie) uzyskanych przez badanych z obydwu grup okazały się nieistotne statystycznie.

Posługując się kwestionariuszem PTSD-Interview oraz ustrukturyzowanym wywiadem, u wszystkich represjonowanych rozpoznano zespół stresu pourazowego. Zmienną ewentualnego symulowania objawów kontrolowano w odrębnych badaniach psychiatrycznych prowadzonych przez psychiatrów zajmujących się problematyką PTSD, którzy u wszystkich badanych z grupy represjonowanych potwierdzili rozpoznanie zespołu stresu pourazowego.

#### 6.4.2. Charakterystyka przyczyn, form oraz następstw ekstremalnego stresu u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 (na podstawie przeprowadzonych wywiadów)

Na podstawie ustrukturyzowanego kwestionariusza wywiadu uzyskano dane, które w historii badanych mogły przybliżyć rolę różnorodnych czynników mających wpływ na adaptację posttraumatyczną, takich jak:

1. Sytuacja osób przed uwięzieniem, dostępne zasoby fizyczne, materialne, poznawcze, emocjonalne oraz związane z relacjami interpersonalnymi.
2. Sposoby radzenia sobie badanych w sytuacji więziennej.
3. Charakterystyka procesu adaptacji z uwzględnieniem dostępnych zasobów i źródeł wsparcia.
4. Aktualny stan psychofizyczny badanych w ich subiektywnej ocenie, bilans dotychczasowego życia.

Zgodnie z kryterium doboru do grupy badawczej, wszystkie badane osoby były w latach 1944–1956 aresztowane, przesłuchiwane i więzione (w więzieniach lub urzędzie śledczym). By obraz odległych następstw stresu pourazowego był pełniejszy i wiązał się przyczynowo ze zdarzeniami sprzed kilkudziesięciu lat, przedstawione zostały deklarowane przez badanych sposoby radzenia sobie ze stresem oraz ich postawy podczas śledztwa i w więzieniu.

Rozdział ten powstał więc na podstawie relacji więźniów uzyskanych w czasie rozmów i wywiadów. Przy wykorzystaniu tej metody ważna była świadomość kilku metodologicznych zastrzeżeń. Informacje uzyskane za pomocą retrospektywnego wywiadu potraktowane zostały tylko pomocniczo, ze względu na ich charakter, uniemożliwiający kontrolę większości zakłócających zmiennych, takich jak: odległość zdarzeń w czasie, zaburzenia wiążące się z wiekiem badanych i sprawnością ich procesów poznawczych, możliwość podawania przez nich informacji nieprawdziwych, związaną z podwyższaniem swojej samooceny lub chęcią bycia postrzeganym jako współuczestnik wydarzeń historycznych. Dodatkowe utrudnienie przy zbieraniu i analizie danych mogła stanowić także niechęć do ujawniania faktów związanych z życiem osobistym, emocjami, etyką (np. pro-

blem zdrady współtowarzyszy podczas torturowania), religią, pozyciem małżeńskim – informacji, które badani pragnęli zachować w sferze intymnej. Pomimo powyższych ograniczeń celowa wydawała się skrótowa analiza danych. Umożliwiła ona bowiem określenie podstawowych faktów dotyczących środowiska badanych przed urazem, zrozumienie ekstremalności zdarzeń, które przeżywali podczas represji, ukazanie sposobów ich reagowania na stres oraz radzenia sobie w tej sytuacji, wreszcie adaptacji po zwolnieniu i subiektywnego bilansu życia.

Plan badawczy, zgodny z tematyką pracy, przewidywał włączenie do analizy poczucia koherencji jako zmiennej niezależnej. W grupie represjonowanych wyodrębniono więc górny i dolny kwartył wyników uzyskanych przez osoby w teście KOŻ-29 (odpowiednio przedziały wyników surowych SOC 124–149 punktów i 80–108 punktów). Dało to podstawę do wyboru dwóch podgrup: 25 osób z wysokim poczuciem koherencji i 25 osób z niskim poczuciem koherencji, a także do międzygrupowych porównań ich wyników.

## Dzieciństwo i młodość do momentu aresztowania

Aż 90% badanych określiło sytuację materialną rodziny w czasie ich dzieciństwa jako „dobrą” lub „przeciętną”. Tylko 6% osób zgłaszało występowanie konfliktów pomiędzy członkami rodziny, a 11% osób podało, że utraciło w dzieciństwie ojca lub matkę. Charakterystyka pochodzenia społecznego badanych została zaprezentowana w tabeli 9. W zakresie tych kategorii nie odnotowano żadnych istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji.

Tabela 9. Pochodzenie społeczne osób represjonowanych

Pochodzenie społeczne	Wszyscy badani N = 100	Osoby o wysokim SOC <sup>a</sup>	Osoby o niskim SOC <sup>b</sup>
Rodziny ziemiańskie	6	0	0
Rodziny inteligentne, urzędnicze, wojskowe	29	8	7
Rodziny rzemieślnicze i kupieckie	18	5	6
Rodziny robotnicze	31	8	10
Rodziny chłopskie	16	4	2

<sup>a</sup> górny kwartył wyników SOC; <sup>b</sup> dolny kwartył wyników SOC; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

Spośród badanych 62% osób pochodziło ze środowisk zaangażowanych w działalność niepodległościową (partyzantka, konspiracja) przeciwko okupantowi hitlerowskiemu i radzieckiemu. Własne zainteresowanie aktywnością polityczną było więc dla większości badanych kontynuacją tradycji rodzinnych.

Tylko 9% ogółu badanych zgłaszało problemy zdrowotne (urazy fizyczne, choroby) związane z okresem dzieciństwa i wczesnej młodości. W grupie osób o niskim poczuciu koherencji urazy te występowały dwukrotnie częściej, co potwierdza sugestie Antonovsky'ego dotyczące biologiczno-konstytucjonalnego podłoża siły poczucia koherencji (różnice te jednak nie były istotne na poziomie statystycznym).

Większość badanych z obydwu grup uważało się za dobrych uczniów, choć ze względu na młody wiek tylko 1/4 zakończyła naukę przed aresztowaniem, pozostałym uwięzienie przerwało rozpoczętą lub planowaną edukację.

Udział w strukturach partyzanckich lub konspiracyjnych podczas II wojny światowej i okupacji nie był czynnikiem różnicującym wyróżnione podgrupy. Doświadczenia w takiej działalności miało 34% badanych. W czasie wojny 11% ogółu doświadczyło urazów fizycznych (zranienia, postrzały, pobicia). Badani doznawali także urazów psychicznych (np. byli świadkami egzekucji, groziły im łapanki, bombardowania, wiadomości o śmierci bliskich). W grupie osób o niskim SOC oba typy urazów występowały dwukrotnie częściej.

W wielu przypadkach natrafiono na trudności z wyznaczeniem granic stresu łączącego się z traumą wojenną i stresu związanego z pobytem w polskich więzieniach. W sferze osobistego doświadczenia badanych często wzajemnie się przenikały. Kwestia ta wydaje się ciekawa ze względu na brak odpowiedzi na pytanie, czy i w jakich okolicznościach uprzednie stresujące doświadczenia (np. uczestnictwo w walkach zbrojnych) uodparniały i pomagały w procesie adaptacji bądź pogłębiały zaburzenia zachowania.

Reasumując, większość badanych miała stabilne dzieciństwo pod względem materialnym i emocjonalnym. Ich młodość została zakłócona wojną i okupacją. Wpływ tego czynnika ujawnił się poprzez udział tych osób w konspiracji i w narażeniu na urazy psychofizyczne często o charakterze stresu traumatycznego. Wyniki badań nie ujawniły natomiast istotnych statystycznie różnic między grupami o wysokim i niskim poczuciu koherencji, choć w grupie badanych o niskim SOC więcej osób zgłaszało różnorodne problemy.

## **Aresztowanie, śledztwo i pobyt w więzieniu**

Przyczyną aresztowania była najczęściej działalność w nielegalnej organizacji o charakterze młodzieżowym, samokształceniowym, posiadanie broni, ulotek (54 osoby). Do następnej grupy należały osoby, które uczestniczyły w akcjach zbrojnych (31 osób). Inną grupę stanowiły osoby, które zostały aresztowane z powodu biernego kontaktu z organizacjami podziemnymi (przez rodzinę bądź związki przyjacielskie) lub przez prezentowanie negatywnego stosunku do władzy (15 osób). Większość badanych (52%) była długotrwale inwigilowana przez funkcjonariuszy Urzędu Bezpieczeństwa. Osoby o niższym poziomie SOC informowały o tym, że były inwigilowane znacznie częściej niż osoby o wysokim SOC ( $\chi^2 = 5,33$ ;  $p < 0,05$ ), co mogło się wiązać z przejawianą przez nie niską zaradnością. Innym, częstym bezpośrednim powodem uwięzienia (19% badanych) była celowa, przypadkowa lub wymuszona zdrada kolegów (np. znale-

zione spisy konspiratorów zdobyte przez UB podczas rewizji lub obciążające zeznania spowodowane torturami podczas śledztwa). Ponadto 19% badanych zostało pozbawionych wolności na skutek aresztowania najbliższych (członków rodzin, współpracowników z organizacji), w przypadku 9% fakt ten nastąpił w momencie ujawnienia się, wyjścia ze struktur konspiracyjnych.

Zakres swobody decyzji o włączeniu się do działań konspiracyjnych bywał różny. Badani podlegali często naciskom wspólnoty oddziału, otrzymywali w tej kwestii rozkazy od przełożonych lub też podejmowali je sami. Nie zawsze więc fakt znalezienia się w roli „ofiary” zależał od dokonania przez jednostkę świadomego wyboru i podjęcia związanego z nim ryzyka. Więźni byli nie tylko członkowie WIN, ROAK, NSZ czy innych organizacji zbrojnych, niejednokrotnie wystarczyło przypadkowe znalezienie się w „kotle”, przynależność do tajnej organizacji szkolnej lub harcerskiej, donos lub fakt, iż ktoś z rodziny był poszukiwany przez Urząd Bezpieczeństwa. Powody i przyczyny aresztowania osób represjonowanych w latach 1944–1956 przedstawione zostały w tabeli 10.

Tabela 10. Podstawy i przyczyny aresztowania osób represjonowanych w latach 1944–1956 (grupa badawcza, dane na podstawie wywiadu)

<b>Kategoria – podstawy i powody aresztowania</b>	<b>Wszyscy badani N = 100</b>	<b>Osoby o wysokim SOC<sup>a</sup></b>	<b>Osoby o niskim SOC<sup>b</sup></b>
Przynależność do nielegalnej w PRL organizacji o charakterze młodzieżowym, samokształceniowym, posiadanie broni, ulotek	54	15	14
Aktywna działalność w nielegalnej w PRL organizacji, wykonywanie zamachów, używanie broni	31	6	5
Domniemana przynależność do nielegalnej w PRL organizacji	8	3	2
Przynależność bliskich do nielegalnej organizacji, poglądy polityczne	7	2	1
Inwigilacja UB	52	6	14
Aresztowanie bliskich lub współpracowników	19	4	8
Zdrada kolegów	19	5	3
Ujawnienie się	9	4	2
Przypadek	1	1	0

<sup>a</sup> górny kwartyl wyników SOC; <sup>b</sup> dolny kwartyl wyników SOC; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

## Wiek w momencie aresztowania

Aresztowanie dla 84% osób odbyło się w sposób gwałtowny i było nieoczekiwane. Tylko 16% badanych brało pod uwagę możliwość utraty wolności. Średnia wieku w momencie pojmania wynosiła 20 lat i 4 miesiące (odchylenie 3 lata i 2 miesiące). Najmłodsze osoby miały po 16 lat (5 osób należących do oddziałów partyzanckich), najstarsze – 29 lat (2 osoby) i 30 lat (1 osoba). Najwięcej osób podczas aresztowania miało 19 lat. Grupa stanowiła w miarę homogeniczną próbę – 70% nie przekroczyło 21. roku życia. Były to więc w większości osoby bardzo młode, rozpoczynające dopiero dorosłe życie, idealistycznie nastawione do wartości i czynów, za które narażone zostały na represje.

## Długość uwięzienia

Precyzyjne rozgraniczenie liczby miesięcy aresztowania od uwięzienia nie było możliwe ze względu na brak dokumentów, odległość tych wydarzeń w czasie oraz specyfikę represji (część badanych nie była informowana o wyroku, inni po wyroku pozostawali w pomieszczeniach aresztu). Można było natomiast dokonać porównania pomiędzy wysokością otrzymanego wyroku (przedstawioną w tabeli 11) a faktycznie odbytą karą.

Tabela 11. Wysokość otrzymanych wyroków w grupie badawczej

Wyrok	Wszyscy badani N = 100	Osoby o wysokim SOC <sup>a</sup>	Osoby o niskim SOC <sup>b</sup>
Kara śmierci	6	2	2
Powyżej 15 lat	2	0	0
Od 10 do 15 lat	27	5	7
Od 5 do 10 lat	32	8	5
Od 2 do 5 lat	22	7	8
Do 2 lat	5	2	1
Bez wyroku	6	1	2

<sup>a</sup> górny kwartyl wyników SOC; <sup>b</sup> dolny kwartyl wyników SOC; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie osobom, które otrzymały wyrok pozbawienia życia, zamieniano go na długoletnie więzienie. Charakterystyczne było jednak, że o tej decyzji informowano ich po kilku lub kilkudziesięciu dniach od jej podjęcia przez sąd. Traktowano to jako kolejny instrument nacisku. Z uwagi na amnestie oraz na tzw. odwilż październikową (Roszkowski, 1994) przeciętny okres pobytu w więzieniu był krótszy od zasądzonego. Badani średnio przebywali w miejscach odosobnienia trzy lata i cztery miesiące. Liczby te określały czas od aresztowania do uwolnienia z więzienia lub aresztu. Czas pozbawienia wolności

wynosił od dwóch miesięcy (osoby zostały zwolnione po przesłuchaniu i śledztwie) do ośmiu lat i czterech miesięcy (wyższe wyroki i rzadsze amnestie dotyczyły osób wykonujących zamachy na osobach związanych z systemem władzy). Dane o długości uwięzienia przedstawione zostały w tabeli 12.

Tabela 12. Charakterystyka badanej grupy ze względu na długość uwięzienia

Długość uwięzienia	Wszyscy badani N = 100	Osoby o wysokim SOC <sup>a</sup>	Osoby o niskim SOC <sup>b</sup>
Do 1 roku	19	4	4
Do 3 lat	27	8	6
Do 5 lat	32	7	8
Powyżej 5 lat	22	6	7

<sup>a</sup> górny kwartył wyników SOC; <sup>b</sup> dolny kwartył wyników SOC; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

Od uwolnienia do czasu badania upłynęły przeciętnie 43 lata. Długość tego okresu była zmienna ze względu na różny czas zwolnień (inaczej niż np. w przypadku więźniów obozów koncentracyjnych) oraz różny termin badań.

Z większości wypowiedzi wynikało, że najbardziej nasilonym represjom badani poddawani byli w okresie śledztwa. Wobec 90% z nich zastosowano przymoc fizyczną, 71% było torturowanych. Ponad 3/4 badanych skarżyło się na fatalne warunki bytowe, 57% na głód, a około 70% było celowo pozbawionych snu. Wśród sposobów psychologicznego nacisku najczęstszymi były zniewagi słowne, obelgi oraz wielogodzinne przesłuchania, zazwyczaj prowadzone nocą.

Represjonowani przebywali najczęściej w następujących więzieniach: we Wronkach, w Krakowie, Rawiczu, Goleniowie, Sztumie, Strzelcach Opolskich, Bojanowie, Poznaniu, Rzeszowie, Przemyślu, Wiśniczu i w tzw. obozie wychowawczo-resocjalizacyjnym w Jaworznie. Często byli także przenoszeni kilkakrotnie do innego więzienia, co stanowiło formę zaostrzenia lub złagodzenia kary.

Pobyt w więzieniu na ogół charakteryzował się lepszym traktowaniem osób ze strony personelu (wyjątkami były zakłady karne w Rawiczu, Wronkach, Sztumie i Strzelcach Opolskich) i rzadszym stosowaniem tortur wobec więźniów. Najczęstszą formą spędzania czasu w wieloosobowych celach były rozmowy, niejednokrotnie polegające na wzajemnym kształceniu, dzieleniu się posiadaną wiedzą. Ponad połowa badanych poddawana była także systematycznej indoktrynacji politycznej, istotnie częściej podejmowano takie próby wobec grupy osób o niskim SOC ( $\chi^2 = 6,65$ ;  $p < 0,01$ ). Osoby te częściej niż osoby o wysokim poczuciu koherencji deklarowały także zmęczenie i wycieńczenie spowodowane pracą ponad swoje siły ( $\chi^2 = 13,24$ ;  $p < 0,001$ ). Typy urazów doznanych w trakcie śledztwa i uwięzienia przedstawiają tabele 13 i 14.

Dla represjonowanych okres pozbawienia wolności, niezależnie od długości wyroku, rozpoczynał się reakcją szoku. W literaturze poświęconej psychologii stresu czy też psychologii doświadczeń kryzysowych badacze określają ją jako

Tabela 13. Stresory natury psychologicznej i aksjologicznej w trakcie śledztwa i uwięzienia (dane na podstawie wywiadu)

Kategorie*	Wszyscy badani N = 100	Osoby o wysokim SOC <sup>a</sup>	Osoby o niskim SOC <sup>b</sup>
<b>Stresory natury psychospołecznej</b>			
Zniewagi słowne, obelgi	87	22	22
Wielodniowe przesłuchania	79	19	20
Przerwanie edukacji	75	18	19
Szantaż	60	17	19
Izolowanie od dopływu informacji z zewnątrz	36	7	3
Bycie świadkiem śmierci innych	24	5	6
Aresztowania w rodzinie	23	5	9
Uniemożliwianie kontaktu z najbliższymi	15	3	3
Całkowity brak swobody poruszania się	14	2	5
Inwigilacja strażników	13	1	5
Konfrontacja z donosicielem	9	1	3
Wyzwalanie silnego poczucia winy	9	2	1
<b>Stresory natury aksjologicznej</b>			
Indoktrynacja polityczna	60	10	19
Zmuszanie do donosu, zdekonspirowania kolegów	15	3	5

<sup>a</sup> górny kwartył wyników SOC; <sup>b</sup> dolny kwartył wyników SOC; SOC – poczucie koherencji.

\* Dane uszeregowane według frekwencji występowania.

Źródło: opracowanie własne

„fazę reakcji alarmowych” (Selye, 1960; 1977) lub „fazę krzyku” (Horowitz, 1993). Drugim etapem reagowania na uraz była faza stopniowej adaptacji do sytuacji, wiążąca się z osobową odpornością oraz ze wsparciem uzyskiwanym przez więźniów. W tym okresie uwidaczniały się różnice w reakcjach i zachowaniach więźniów, podkreślane przez wielu badaczy tego tematu (por. rozdział drugi).

Dominującym uczuciem u większości ofiar represji był **lęk** (79% badanych). Paraliżował ich działania i myśli, wyrażał się zarówno w reakcjach wegetatywnych, jak i pośrednio – w zmniejszeniu wiary we własne siły, w możliwość kontroli zdarzeń oraz samokontroli, w zmniejszeniu lub nadmiernym podwyższe-

Tabela 14. Stresory fizyczne w trakcie śledztwa i uwięzienia (dane na podstawie wywiadu)

Stresory fizyczne*	Wszyscy badani N = 100	Osoby o wysokim SOC <sup>a</sup>	Osoby o niskim SOC <sup>b</sup>
Urazy fizyczne (pobicia, złamania kończyn)	91	23	24
Niekorzystne warunki bytowe, narażenie na zimno	79	17	21
Tortury	71	15	19
Deprywacja snu	69	19	19
Utrata przytomności	65	18	17
Choroby somatyczne	63	18	12
Głodzenie	57	12	17
Rewizja, konfiskata mienia	57	13	17
Praca ponad siły	29	2	14

<sup>a</sup> górny kwartył wyników SOC; <sup>b</sup> dolny kwartył wyników SOC; SOC – poczucie koherencji.

\* Dane uszeregowane według frekwencji występowania.

Źródło: opracowanie własne

niu krytycyzmu wobec siebie lub współtowarzyszy. Badani odczuwali lęk przed prześladowcami, nieokreślony niepokój, ataki panicznego strachu, poczucie ciągłego i wszechobecnego zagrożenia, brak poczucia bezpieczeństwa, pesymizm, degradację obrazu siebie, wstyd, wahania i wątpliwości co do słuszności podjętej decyzji i obranej drogi życiowej, poczucie winy za możliwe represje wobec najbliższych.

Często badani zauważali także różnorodne reakcje neurowegetatywne, takie jak: **bóle** mięśniowe oraz bóle w klatce piersiowej, bóle i zawroty głowy (reakcje bólu odczuwało 58% badanych), kłopoty ze snem, potrzebę częstego oddawania moczu, wzmożenie odruchów, skurcze i tiki, kołatanie serca, „zimne poty”, zaburzenia układu pokarmowego, zaburzenia układu krążeniowego, niecierpliwość i dysfориę, nadpobudliwość.

Pragnienie uniknięcia cierpienia fizycznego i psychicznego znieważania powodowało reakcje skrajnej uległości lub posłuszeństwa, infantylizacji i regresji zachowań, a nawet ograniczenie lub zanik krytycznego myślenia. Powodowało to u represjonowanych silne **uczucie upokorzenia** (39% badanych).

Wszechobecna kontrola więźniów, ograniczenie swobody poruszania się, uniemożliwianie jakiegokolwiek oporu wywoływało u 47% badanych **poczucie bezsilności**. Długotrwałe represje i prześladowania powodowały u części więźniów reakcje zubożenia, odrętwienia, rezygnacji, zmniejszały wrażliwość na ból fizyczny i psychiczny własny lub cudzy, zamknięcie się w sobie, znieczulenie na cierpienie. Rozstrojenie psychiczne ofiar przez celowe represje często dopro-



wadzało w tej fazie do wyrażania skrajnych emocji od agresji, wściekłości po apatię, stany zmęczenia, obniżony nastrój i napęd, a także do obniżenia funkcjonowania poznawczego – zaburzeń spostrzegania, koncentracji uwagi, zdolności pamięci i koordynacji wzrokowo-ruchowej.

Deprywacja sensoryczna (częste kary w postaci odosabniania więźniów), pozbawianie snu, głodzenie często wywoływały u represjonowanych złudzenia, halucynacje wzrokowe i omamy słuchowe, obrazy hipnagogiczne, intensyfikacje marzeń, a w części przypadków urojenia prześladowcze i reakcje psychotyczne, koszmary senne. Pogarszanie obrazu siebie oraz poczucie niższości wyzwalalo także silne odczuwanie winy wobec najbliższych, a często wobec siebie (żal z powodu niespełnionych aspiracji zawodowych, społecznych i rodzinnych, spowodowany niesprostaniem pokładanych w nich nadziei lub włączeniem rodziny oraz znajomych w krąg prześladowanych i represjonowanych). Samoobwinianie się doprowadzało wiele osób do **myśli, tendencji** lub (rzadziej) **prób samobójczych** (17% badanych).

Inną formą reakcji były **ataki wściekłości, agresji czynnej** lub **biernej** (u 23% badanych) w postaci głodówek, odmowy wypowiadania się, buntów, prób fizycznej odpowiedzi lub zemsty na prześladowcach w minimalnym choćby zakresie, takiej jak pogarda i wewnętrzny opór przed zniewoleniem. Reakcje te często łączyły się jednak z zachowaniami regresyjnymi, brakiem kontroli działania czy brakiem realistycznej oceny sytuacji i możliwości.

W grupie badanych o niskim poczuciu koherencji istotnie częstsze były reakcje upokorzenia ( $\chi^2 = 9,93; p < 0,01$ ), zmęczenia ( $\chi^2 = 13,24; p < 0,001$ ), rezygnacji ( $\chi^2 = 6,64; p < 0,05$ ), problemy ze snem ( $\chi^2 = 8,12; p < 0,01$ ) oraz brak nadziei na wyjście ( $\chi^2 = 6,82; p < 0,01$ ). Potwierdziło to sugestie Antonovsky'ego o mniejszej odporności psychofizycznej i o większej podatności na rozstrojenie organizmu przez uraz u osób cechujących się niskim SOC, a także o dominującym u nich braku optymizmu, wiary w możliwość porażenia sobie z ekstremalnie trudną sytuacją. Uczucia i doznania dominujące u osób represjonowanych w czasie śledztwa i uwięzienia przedstawione zostały w tabeli 15.

Tabela 15. Uczucia i doznania dominujące u osób represjonowanych w czasie śledztwa i uwięzienia (dane na podstawie wywiadu)

Kategoria – uczucia i doznania dominujące w czasie śledztwa i uwięzienia*	Wszyscy badani N=100	Osoby o wysokim SOC <sup>a</sup>	Osoby o niskim SOC <sup>b</sup>
Lęk o własne zdrowie lub życie	79	20	20
Ból	58	15	18
Problemy ze snem	53	9	19
Bezsilność	47	8	12
Upokorzenie	39	5	16

Lęk o rodzinę lub kolegów	33	12	9
Zdziwienie, oszołomienie	30	2	0
Zmęczenie	29	2	14
Brak nadziei na wyjście	26	0	6
Agresja i chęć czynnego przeciwstawienia się oprawcom	23	3	7
Rezygnacja	20	1	8
Otępienie	18	6	3
Poczucie nierealności	17	3	3
Chęć odebrania sobie życia	17	3	3
Upór i koncentracja	16	6	3
Poczucie ciągłej inwigilacji ze strony strażników	13	1	5
Poczucie ciągłej inwigilacji ze strony współwięźniów	12	6	3
Poczucie zmarnowanego czasu (młodości)	11	2	2
Pogarda dla oprawców	10	1	1
Nienawiść i chęć zemsty	10	1	0
Panika i zdenerwowanie	5	2	1
Płacz	5	1	3
Nadzieja na uwolnienie	4	1	0
Znudzenie	3	1	0

<sup>a</sup> górny kwartył wyników SOC; <sup>b</sup> dolny kwartył wyników SOC; SOC – poczucie koherencji.

\* Dane uszeregowane według frekwencji występowania.

Źródło: opracowanie własne

Aby obronić się przed konsekwencjami prześladowań, ponad połowa badanych starała się przede wszystkim koncentrować na codziennych czynnościach, np. poprzez podkreślanie ważności czynności sanitarnych lub organizowanie dyżurów bądź pełnienie różnorodnych funkcji w celi (zachowania te częściej przejawiały osoby o wysokim SOC,  $\chi^2 = 5,36$ ;  $p < 0,05$ ). Pomimo niesprzyjających warunków więźniowie uporczywie próbowali zachować godność i samodyscyplinę.

Ważnym czynnikiem wsparcia była dla badanych pomoc współwięźniów (25% badanych, częściej mówiły o niej osoby o wysokim SOC,  $\chi^2 = 3,95$ ;  $p < 0,05$ ), a także umiejętność transcendencji swoich cierpień, wyrażająca się

nadawaniem sensu i wartości ideom, o które walczyli na wolności (20% badanych) oraz wiarą w Boga i rozumieniem cierpień w religijnych kategoriach ofiary (20%). Osoby charakteryzujące się wysokim SOC częściej niż więźniowie o niskim SOC określały swoją odporność fizyczną jako istotny czynnik wspomagający przetrwanie traumatycznych zdarzeń ( $\chi^2 = 5,36; p < 0,05$ ).

W analizowanych wypowiedziach zauważyć można było także różnice indywidualnych strategii przetrwania. Dla 30% osób najlepszym sposobem okazały się reakcje unikania konfrontacji: bierne podporządkowanie się i rezygnacja z jakichkolwiek form samoobrony. Badani ci częściej należeli do grupy osób o niskim SOC ( $\chi^2 = 5,56; p < 0,05$ ). Innym więźniom (34% badanych) pomagały: agresja, bunt oraz czynne lub bierne przeciwstawianie się prześladowcom, np. przygotowywanie planów ucieczki bądź konspirowanie, które wiązały się z aktywnością, próbami uzyskania kontroli nad sytuacją lub chociaż wzmacniania więzi i wsparcia pomiędzy więźniami. Zaprezentowane powyżej różnice pomiędzy reakcjami osób charakteryzujących się wysokim lub niskim poziomem SOC mogą dostarczyć pośrednich dowodów przemawiających za uznaniem poczucia koherencji jako zmiennej istotnie związanej z modyfikowaniem zachowań badanych w czasie narażenia na ekstremalne sytuacje. Sposoby przetrwania śledztwa i uwięzienia, które wymieniały osoby represjonowane z przyczyn politycznych, zostały przedstawione w tabeli 16.

Tabela 16. Sposoby przetrwania śledztwa i uwięzienia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 (dane na podstawie wywiadu)

<b>Kategoria – sposoby przetrwania*</b>	<b>Wszyscy badani N = 100</b>	<b>Osoby o wysokim SOC<sup>a</sup></b>	<b>Osoby o niskim SOC<sup>b</sup></b>
Upór, samodyscyplina	58	18	17
Koncentracja na czynnościach codziennych	52	13	10
Pomoc współwięźniów	25	9	3
Funkcje pełnione w celi	20	7	1
Wiara w Boga	20	7	5
Poczucie sensu idei, za które walczyli	20	7	4
Chęć życia i przetrwania	18	3	3
Chęć zemsty	17	5	5
Bierność	17	3	5
Odporność fizyczna	17	7	1
Wsparcie z zewnątrz	14	5	3
Rezygnacja	13	0	5

Odporność psychiczna	12	2	1
Świadomość, że czekają bliscy	12	3	2
Praca fizyczna	12	5	2
Pogarda dla oprawców	12	2	1
Konspiracja	11	3	5
Nadzieja na uwolnienie	10	3	0
Chęć ucieczki	6	2	0
Zbudowany własny, nierzeczywisty świat fantazji	5	1	1
Marzenia o wolności	5	0	1

<sup>a</sup> górny kwartył wyników SOC; <sup>b</sup> dolny kwartył wyników SOC; SOC – poczucie koherencji.

\* Dane uszeregowane według frekwencji występowania.

Źródło: opracowanie własne

## Adaptacja po zwolnieniu

Najczęstszym objawem po zwolnieniu było **uczucie lęku** (u 72% osób). Dotyczyło ono powtórnego uwięzienia, obaw o własną rodzinę, przybierało postać różnorodnych fobii wywołanych np. przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach lub odwrotnie – obawą przed wychodzeniem z domu. Po zwolnieniu około połowa badanych miała koszmarne sny, nawiązujące tematyką do przeżyć więziennych oraz okresy bezsenności.

Badani po powrocie znajdowali się także w **stanie skrajnego wycieńczenia fizycznego i psychicznego** (stan ten częściej zgłaszały osoby o niskim poczuciu koherencji,  $\chi^2 = 11,54$ ;  $p < 0,001$ ). Jego konsekwencją były liczne choroby, niekiedy spowodowane odnowieniem się urazów lub schorzeń z czasów pobytu w więzieniu. Dla osób zwolnionych z więzień był to okres odczuwania **wzmóźonego zdenerwowania** oraz częstej **irytacji, nadmiernej sensytywności, nadwrażliwości** na symbole i oznaczenia, które uaktywniały wspomnienia więziennicze (objawy te częściej zgłaszały osoby o niskim SOC,  $\chi^2 = 13,61$ ;  $p < 0,001$ ).

Prawie wszystkie osoby po zwolnieniu powróciły do rodzin lub je założyły. Większość badanych (70%) informowała małżonków o swojej przeszłości, rzadko jednak zwierzała się z problemów, doświadczeń, przeżyć i odczuwanych następstw pobytu w więzieniu. Jednakże w relacjach interpersonalnych osób badanych (przede wszystkim towarzyskich i społecznych, ale też rodzinnych) dominowała nieufność i podejrzliwość, poczucie krzywdy, a nawet agresja, choć 24% badanych wspominało, że byli w tym czasie nastawieni do otoczenia z sympatią.

Zwolnieni cechujący się niższą siłą koherencji zgłaszali więcej problemów dotyczących przystosowania się do życia na wolności. Dotyczyły one przede wszystkim sfery kontaktów interpersonalnych, percepcji innych ludzi oraz postaw przejawianych wobec otoczenia. Badani należący do tej grupy częściej niż

ci o wysokim SOC odczuwali: stany braku kontaktu z otoczeniem ( $\chi^2 = 3,95$ ;  $p < 0,05$ ), zagrożenie i nieufny stosunek wobec innych ( $\chi^2 = 9,19$ ;  $p < 0,01$ ), wstyd związany z pobyt w więzieniu ( $\chi^2 = 5,36$ ;  $p < 0,05$ ), częściej także zachowywali się agresywnie, ( $\chi^2 = 3,95$ ;  $p < 0,05$ ) oraz opisywali swoje wyobcowanie na płaszczyźnie zawodowej ( $\chi^2 = 6,82$ ;  $p < 0,01$ ), społecznej i towarzyskiej ( $\chi^2 = 4,15$ ;  $p < 0,05$ ). Najczęstsze typy reakcji osób represjonowanych bezpośrednio po uwolnieniu ukazane zostały w tabeli 17.

Tabela 17. Reakcje osób represjonowanych bezpośrednio po zwolnieniu (dane na podstawie wywiadu)

Kategoria – reakcje po zwolnieniu*	Wszyscy badani N = 100	Osoby o wysokim SOC <sup>a</sup>	Osoby o niskim SOC <sup>b</sup>
Uczucie lęku	72	15	16
Koszmarne sny	57	18	19
Okresy bezsenności	47	13	16
Częste stany chorobowe	46	8	14
Wycieńczenie	41	6	18
Okresy silnego zdenerwowania	35	9	14
Odczucia rozdrażnienia, nadwrażliwości i irytacji	29	5	18
Stany braku kontaktu z otoczeniem	23	3	9
Ataki agresji	23	3	9
Uczucie ulgi, radości	22	7	6
Stany przewrażliwienia na odgłosy, symbole łączące się z traumą	22	3	7
Poczucie zagrożenia, nieufności	22	3	13
Poczucie krzywdy	19	7	5
Wstyd	17	7	1
Okresy depresji	15	3	8
Wyobcowanie towarzyskie, społeczne	12	1	6
Okres nadużywania alkoholu	9	1	3
Okresy niepohamowanego płaczu	7	1	3
Wyobcowanie zawodowe	6	0	6
Duma	6	1	1

Chęć zemsty	5	0	1
Pragnienie zemsty na oprawcach	5	1	1
Wyobcowanie rodzinne	5	1	1
Poczucie winy	4	2	1
Nieistniejące wizje, halucynacje	4	1	0
Poczucie bezsensu działania	4	2	1
Próby samobójcze	3	0	1
Nieuzasadniona złość wobec bliskich	2	0	1

<sup>a</sup> górny kwartył wyników SOC; <sup>b</sup> dolny kwartył wyników SOC; SOC – poczucie koherencji.

\* Dane uszeregowane według frekwencji występowania.

Źródło: opracowanie własne

W okresie fizycznego i psychicznego przystosowania się do życia na wolności osoby badane doświadczały także różnorodnych sztykan i kłopotów związanych z codziennym funkcjonowaniem w społeczeństwie. Dla 63% badanych problem stanowiło znalezienie pracy zgodnej z kwalifikacjami lub kontynuowanie edukacji. W sumie 41% z nich zmuszonych było do pracy niezgodnej ze swoimi kwalifikacjami. Aż 68% badanych traktowało życie w PRL jako konieczność, „mniejsze zło” albo przystosowywało się do jego realiów. Tylko 16% deklarowało zdecydowanie wrogi stosunek do ustroju, dalszą chęć aktywnej walki z nim. Niezależnie jednak od pragmatycznego funkcjonowania i odnajdywania się w społeczeństwie 45% badanych miało po zwolnieniu kontakt z podziemnymi ruchami opozycyjnymi – działała w KOR, KPN, „Solidarności”. Tylko 5% badanych podjęło się pełnienia funkcji w rządzie lub w partii, a ze względu na ich przeszłość nie były to najczęściej eksponowane stanowiska. W zakresie tych kategorii nie odnotowano żadnych istotnych różnic pomiędzy osobami o wysokim i niskim SOC.

Opisując aktualne funkcjonowanie, badani zgłaszali najczęściej występowanie stanów lękowych (89%), problemy ze snem (87%), podwyższony poziom depresyjności (smutku, przygnębienia) (60%) oraz nerwowość, drażliwość i wybuchowość (38%).

Dokonując oceny wpływu traumatycznych zdarzeń na swoje funkcjonowanie w sferach społecznej, indywidualnej i zawodowej, badani najczęściej określali, że represje doprowadziły ich do stanu wyczerpania fizycznego (46% osób), psychicznego (36% osób; istotnie częściej w grupie osób o niskim SOC,  $\chi^2 = 4,16$ ;  $p < 0,05$ ), przeszkodziły w realizacji planów zawodowych lub rodzinnych (24%), pozbawiły spokoju (częściej w grupie o niskim SOC,  $\chi^2 = 9,93$ ;  $p < 0,01$ ) lub młodości (12%). Zmiany pozytywne – uodpornienie, zahartowanie, zmuszenie do głębszej refleksji nad życiem, wymieniało 27% osób. W odpowiedziach tej części badanych zwracał też uwagę fakt, iż po okresie adaptacji starali się zapamiętać o swoich doświadczeniach.

## 6.5. Procedura

Badania osób represjonowanych politycznie w latach 1944–1956 przeprowadzone zostały w Zakładzie Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CMUJ w Krakowie. Miały charakter indywidualny.

W pierwszej fazie badań uczestniczyły 142 osoby represjonowane, 23 nie ukończyły badań ze względu na zły stan zdrowia lub głębokie zaburzenia procesów poznawczych, uniemożliwiające prawidłowe wypełnienie testów, 17 osób nie zgłosiło się na powtórne badania, 2 osoby odmówiły zgody na wykorzystanie badań do celów naukowych.

Kontakt z osobami badanymi nawiązywano dzięki uprzejmości związków kombatanckich (31 osób) oraz przez polecenia indywidualnych osób – znajomych, rodziny (6 osób). Większość osób była pacjentami ambulatorium Katedry (105 osób). Badanych uprzedzono o terminie i celu badania. Każda z osób wyraziła zgodę na wykorzystanie (z uwzględnieniem anonimowości danych personalnych) wyników badań w pracy naukowo-badawczej.

Z powodu szerokiego zakresu celów badań (diagnostycznego, badawczego oraz terapeutycznego), a także by zagwarantować respondentom komfort, spotkania były organizowane dwu lub trzykrotnie (w sumie około pięciu – siedmiu godzin), z około tygodniowym odstępem pomiędzy badaniami.

Podczas pierwszego spotkania przeprowadzano wywiad dotyczący aktualnego stanu fizycznego, psychicznego i statusu socjoekonomicznego z wykorzystaniem kwestionariusza PTSD-Interview oraz wywiad służący określeniu okoliczności, natury, natężenia i odczuwanych skutków urazu. Jako ostatni przeprowadzano test MMSE. Osoby, które uzyskały wyniki świadczące o zawansowanym zespole otepiennym, wykluczano z dalszych badań.

Podczas drugiego i (stosownie do konieczności) trzeciego spotkania proszono badanych o wypełnienie testów (w kolejności: KOZ-29, ID, ISCL, PGWB, PLT i SUI) oraz przeprowadzano badania psychiatryczne.

Mając na uwadze ograniczenia i metodologiczne przesłanki opisane w podrozdziale 2.4, w trakcie badania starano się zdobyć pełne zaufanie badanego, przyjmując postawę akceptującą i rozumiejącą. Pomimo trudności z transferem pojęć i doznań stosowano postawę współodczuwania i empatii, przywracającą badanemu poczucie bezpieczeństwa.

Okolicznością ograniczającą przeprowadzenie badań był fakt, że większość byłych ofiar miała bolesne doświadczenia związane z wielogodzinnym śledztwem prowadzonym metodą bezustannego, wielogodzinnego dyktowania życiorysu oraz szczegółów działalności społeczno-politycznej. Na płaszczyźnie zarówno świadomego, a przede wszystkim nieświadomego nastawienia, procedura ta korespondowała z obecną sytuacją badania (udzielanie informacji na zadawane pytania oraz notowanie przez badającego). Była najczęściej czynnikiem dodatkowo rozprasającym i obciążającym psychikę badanego, mogącym skłonić go do powielania takich samych mechanizmów ucieczki, wyparcia czy zafałszowania jak w sytuacji pierwotnego doświadczenia. Niezależnie jednak od percepowanych utrudnień sytuacyjnych stworzenie takiej postaci kontaktu dało

badanym możliwość uzewnętrznienia (niekiedy po raz pierwszy we względnie bezpiecznej relacji) ukrywanych przez kilkadziesiąt lat wspomnień o traumatycznych doznaniach, uczuciach i faktach, a w konsekwencji szansę na odreagowanie napięć w formie swoistego *katharsis*.

Z osobami należącymi do grupy porównawczej nawiązywano kontakt za pomocą Związku Emerytów i Rencistów (25 osób), 75 osób było ochotnikami, którzy znajdowani byli na zasadzie kontaktów indywidualnych. Każda z osób wyraziła zgodę na wykorzystanie (z uwzględnieniem anonimowości danych personalnych) wyników badań w pracy naukowo-badawczej.



## 7. Wyniki

### 7.1. Metody opracowania wyników badań

**Pierwsza część** analizy odległych następstw stresu pourazowego związana była z wykazaniem różnic między grupą represjonowanych a grupą porównawczą w zakresie poczucia koherencji, lęku, depresji, poczucia sensu życia, samopoczucia oraz w wykazywanych przez te osoby stylach i syndromach ustosunkowań interpersonalnych. W tym celu zastosowano **test t-Studenta** (przy równych bądź różnych wariancjach).

**Część drugą** stanowiła analiza wyników ukazująca związki między poczuciem koherencji a zmiennymi zależnymi (poziomem lęku, depresji, poczucia sensu życia, samopoczucia, natężeniem PTSD oraz charakteryzującymi poszczególne osoby stylami i syndromami ustosunkowań interpersonalnych). Dotyczyła ona grupy osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956. W jej ramach zostały przeprowadzone:

1. Analiza zależności o charakterze korelacyjnym (**korelacje cząstkowe Pearsona**), w których kontroli poddano następujące zmienne zakłócające: wiek badanych, wiek w momencie uwięzienia, czas od zwolnienia i termin badania.
2. Analiza wariancji **ANOVA** dla wszystkich zmiennych zależnych (grupy skrajne dobrano, uwzględniając górny i dolny kwartył wyników uzyskanych przez badanych w kwestionariuszu KOŻ-29).
3. **Krokowe analizy regresji** określające najlepsze predyktory dla kolejnych zmiennych zależnych wśród zmiennych: podskale testu KOŻ-29 – poczucia zrozumiałości, sensowności, zaradności; wiek badanego; poziom zaburzeń powstałych na tle organicznym; wiek w momencie uwięzienia; długość uwięzienia; czas od zwolnienia; termin badania; wykształcenie; miejsce zamieszkania.

Statystyczne obliczenia wyników zostały dokonane za pomocą pakietu Statistica. Opracowanie statystyczne w przypadku testu PLT poparto **analizą odpowiedzi badanych zawartych w teście zdań niedokończonych** i ich

dłuższych wypowiedzi na temat celów i dążeń w życiu (**części B i C**). Oceny poszczególnych odpowiedzi dokonywali sędziowie kompetentni. Każdy test był analizowany przez trzy osoby – studentów seminarium magisterskiego z psychologii klinicznej. Sędziowie ocenili wypowiedzi badanych pod względem stopnia ujawnionej afirmacji życia. Wypowiedzi świadczące o afirmacji, wierze w siebie i pozytywnym bilansie (3 pkt); wypowiedzi ambiwalentne, wyrażające pozytywne i negatywne strony życia (2 pkt); wypowiedzi związane z odczuwanym brakiem sensu i wartości życia, lękiem, negatywną oceną codzienności (1 pkt). Do oceny wypowiedzi posłużyły kategorie uwzględnione przez Nosala (1986) w badaniach mężczyzn w wieku emerytalnym, zamieszkałych w Domu Kombatan-tanta w Rzeszowie. Zostały one dostosowane do charakteru grupy badawczej. Podczas analizy wyróżniono kategorie, takie jak: (I) dążenia i cele; (II) ocena ży-cia; (III) postawa wobec przykrości i sytuacji beznadziejnej; (IV) postawa wobec choroby, cierpienia i pomocy; (V) postawa wobec samobójstwa i śmierci oraz (VI) postawa wobec alkoholizmu i narkomanii. Średni współczynnik zgodności między sędziami (W-Kendalla) wyniósł 0,79 ( $p < 0,001$ ), dla kolejnych katego-rii wynosił on: (I) 0,72; (II) 0,89; (III) 0,73; (IV) 0,81; (V) 0,88; (VI) 0,71.

Podczas analizy porównano wypowiedzi osób represjonowanych i należą-cych do grupy kontrolnej, a w grupie badawczej zostało też dodatkowo dokona-ne zestawienie wypowiedzi 25 osób mających wysoką koherencję i 25 z niskim poczuciem koherencji (górną kwartył i dolną kwartył wyników SOC).

**Część C** testu PLT dotyczyła dążeń, ambicji oraz celów, przedstawionych w formie krótkich, pisemnych wypowiedzi badanych. W grupie badawczej od-powiedzi udzieliło 86 osób, a w grupie porównawczej 83. Ponieważ badani wy-rażali często kilka rodzajów celów i motywów dążeń czy ambicji, uzyskano ogó-łem 351 szczegółowych wypowiedzi (171 w grupie badawczej i 180 w grupie porównawczej). W grupie badawczej dodatkowej analizie poddano 37 wypowie-dzi 25 osób o wysokim poziomie poczucia koherencji i 42 wypowiedzi 25 osób o niskim poziomie poczucia koherencji.

Dodatkowego źródła informacji o charakterze idiograficznym dostarczyły zamieszczone w Aneksie dwa **studia przypadków** – osoby o wysokim i osoby o niskim poczuciu koherencji.

## 7.2. Analiza wyników

Dane uzyskane na podstawie przeprowadzonych analiz pozwoliły stwierdzić, że w zakresie poziomu lęku, depresji, ogólnego wyniku uzyskanego w teście poczucia sensu życia i samopoczucia istnieją istotne różnice pomiędzy osoba-mi z grupy represjonowanych i grupy porównawczej. Największe dotyczyły lęku jako cechy ( $t = -5,91$ ;  $p < 0,001$ ) oraz lęku jako stanu ( $t = -5,60$ ;  $p < 0,001$ ). Osoby represjonowane charakteryzowały się istotnie wyższymi wskaź-nikami lęku, zarówno w sytuacji badania (lęk jako stan), jak również wyższym nasileniem lęku jako utrwalonej cechy osobowościowej w porównaniu z oso-bami, które nie doznały urazów. Te ostatnie cechował niższy poziom depre-

sji w porównaniu z osobami z grupy represjonowanych. Różnica ta była istotna statystycznie ( $t = -4,44$ ;  $p < 0,001$ ). Osoby represjonowane wykazywały także gorsze samopoczucie i niższy poziom odczuwanego sensu życia. Różnice w przypadku obu zmiennych okazały się również istotne statystycznie ( $t = 4,83$ ;  $p < 0,001$  dla samopoczucia oraz  $t = 2,20$ ;  $p < 0,03$  dla poczucia sensu życia). Wartości średnie i odchylenia standardowe w zakresie poziomu lęku, depresji, poczucia sensu życia i samopoczucia uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej przedstawione zostały w tabeli 18.

Tabela 18. Wartości średnie i odchylenia standardowe w zakresie poziomu lęku, depresji, poczucia sensu życia i samopoczucia uzyskane przez osoby z grupy badawczej oraz porównawczej

Zmienne	Grupa badawcza		Grupa porównawcza	
	$\bar{x}$	$sd$	$\bar{x}$	$sd$
stan lęku	49,39	7,66	42,42	9,81
cecha lęku	54,87	6,35	48,09	9,54
poziom depresji	17,78	6,43	13,56	6,98
poziom sensu życia	103,18	20,59	109,33	18,62
poziom odczuwanego samopoczucia	81,92	19,33	94,76	18,16

Źródło: opracowanie własne

Zmienna poziomu ogólnego poczucia koherencji, jak się okazało, nie różnicowała osób w obu badanych grupach. We wszystkich podskalach SOC oraz w zakresie globalnego nasilenia tej zmiennej zarówno osoby w przeszłości represjonowane, jak i osoby, które nie doświadczyły traumy tego typu, uzyskiwały podobne wyniki. Dla osób represjonowanych ogólne wyniki surowe zmiennej SOC przyjmowały wartości od 80 do 149 punktów. Wartości średnie, odchylenia standardowe i istotność różnic pomiędzy wynikami w skali poczucia koherencji uzyskanymi przez osoby z grupy badawczej i porównawczej zostały pokazane w tabeli 19.

Tabela 19. Wartości średnie i odchylenia standardowe wyników w skali poczucia koherencji uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej

Zmienne	Grupa badawcza		Grupa porównawcza	
	$\bar{x}$	$sd$	$\bar{x}$	$sd$
SOC ogólny	116,40	12,49	115,94	12,49
poczucie sensowności (SOC)	31,72	4,62	31,42	5,10
poczucie zrozumiałości (SOC)	45,33	9,94	46,15	8,25
poczucie zaradności (SOC)	39,36	5,42	38,37	6,24

Źródło: opracowanie własne

### 7.2.1. Poziom łęku

Ze względu na brak norm dla badanej grupy, aby zobrazować nasilenie łęku, posłużono się stenowym rozkładem wyników. W porównaniu z wynikami grupy porównawczej najbardziej istotne różnice zaobserwować można było w zakresie niskiego natężenia stanu łęku (dwóch dolnych stenów,  $\chi^2 = 16,00$ ;  $p < 0,001$ ). W odniesieniu do wysokiego stanu łęku (dwa górne steny tej zmiennej) różnice okazały się nieistotne statystycznie. Jak wynika z analizy (zob. tabela 20), stan łęku u osób z grupy badawczej przyjmował więc średnie i silne natężenie. W grupie tej nie było osób, które przejawiałyby nieznaczne czy niskie nasilenie tej zmiennej.

Tabela 20. Przedziały dla zmiennej stanu łęku

Sten	Przedziały dla stanu łęku	Osoby z grupy badawczej N = 100	Osoby z grupy porównawczej N = 100
I	$21,78 \leq x < 26,22$	0	6
II	$26,23 \leq x < 30,67$	0	10
III	$30,68 \leq x < 35,11$	0	9
IV	$35,12 \leq x < 39,55$	14	8
V	$39,56 \leq x < 44,00$	15	12
VI	$44,01 \leq x < 48,44$	19	20
VII	$48,45 \leq x < 52,88$	14	12
VIII	$52,89 \leq x < 57,33$	21	10
IX	$57,34 \leq x < 61,77$	12	10
X	$61,78 \leq x < 66,22$	5	3

Źródło: opracowanie własne

Także w zakresie natężenia cechy łęku najbardziej istotne różnice można było zaobserwować w dwóch dolnych stenach ( $\chi^2 = 5,00$ ;  $p < 0,05$ ). W odniesieniu do wysokiego stanu łęku (dwa górne steny tej zmiennej) różnice okazały się statystycznie istotne ( $\chi^2 = 8,33$ ;  $p < 0,01$ ). Jak przedstawiono w tabeli 21, cecha łęku u osób z grupy badawczej przyjmowała więc średnie i silne natężenie. Znacznie więcej osób z grupy badawczej przejawiało silne natężenie cechy łęku w stosunku do grupy porównawczej. Wśród represjonowanych nie było osób o niskim nasileniu tej zmiennej.

Na podstawie analizy współczynników korelacji cząstkowej Pearsona stwierdzono istnienie negatywnej korelacji pomiędzy poziomem poczucia koherencji a stanem ( $r = -0,43$ ,  $p < 0,001$ ) i cechą łęku ( $r = -0,58$ ;  $p < 0,001$ ). Związek pomiędzy globalnym wynikiem w skali mierzącej poczucie koherencji a cechą łęku był silniejszy niż pomiędzy SOC a stanem łęku. Im wyższym po-

Tabela 21. Przedziały dla zmiennej cechy lęku

Sten	Przedziały dla cechy lęku	Osoby z grupy badawczej N = 100	Osoby z grupy porównawczej N = 100
I	$24,77 \leq x < 29,22$	0	3
II	$29,23 \leq x < 33,66$	0	2
III	$33,67 \leq x < 38,11$	0	14
IV	$38,12 \leq x < 42,55$	1	9
V	$42,56 \leq x < 47,00$	13	21
VI	$47,01 \leq x < 51,44$	16	15
VII	$51,45 \leq x < 55,88$	21	11
VIII	$55,89 \leq x < 60,33$	27	13
IX	$60,34 \leq x < 64,77$	16	7
X	$64,78 \leq x < 69,22$	6	5

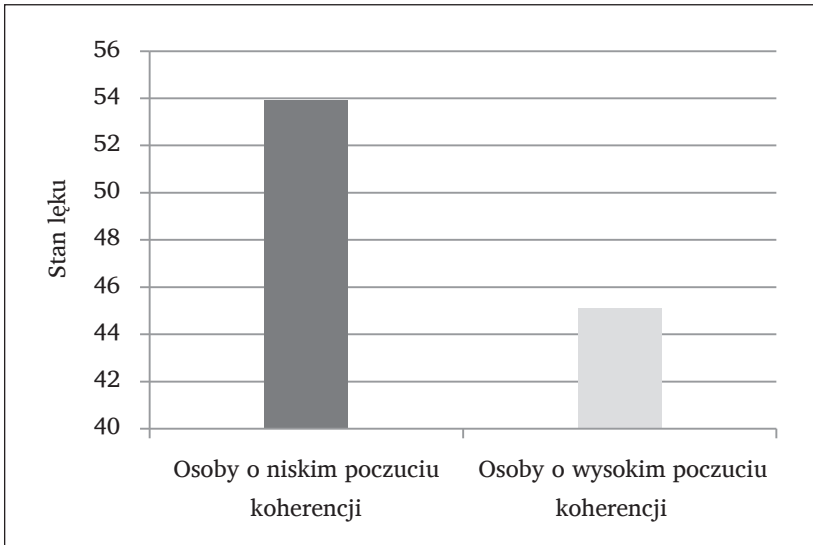
Źródło: opracowanie własne

czuciem koherencji charakteryzowała się osoba represjonowana, tym mniejszy lęk odczuwała w sytuacji badania, ale przede wszystkim – prezentowała słabszą tendencję do zareagowania lękiem w sytuacjach stresujących oraz mniejsze napięcie w sytuacjach stresujących. Najlepszymi predyktorami okazały się skale poczucia sensowności i zrozumiałości. Należy jednak zauważyć, że wspólna wariancja wyjaśnianych wyników określających poziom poczucia koherencji i lęku nie przekraczała 34% (lęk-cecha) i 19% (lęk-stan).

Zależności o typie korelacyjnym zostały potwierdzone przez analizę wariancji ANOVA. Osoby z wysokim poczuciem koherencji uzyskiwały istotnie wyższe wyniki w skali cechy lęku i wyższe wyniki w skali stanu lęku od osób z niskim poczuciem koherencji. Efekt ten wyraźnie zaznaczył się w zakresie cechy lęku ( $F = 27,96$ ;  $p < 0,001$ ) i stanu lęku ( $F = 17,95$ ;  $p < 0,001$ ). Związki te zostały przedstawione na wykresach 1 i 2.

Wśród zmiennych związanych z podskalami SOC oraz zmiennych demograficznych najlepszymi predyktorami dla poziomu stanu lęku okazały się: poziom poczucia sensowności i zrozumiałości. Stanowiły one 16,03% wyjaśnianej wariancji wyników uzyskanych w skali stanu lęku. Natomiast poziom wszystkich składowych poczucia koherencji tłumaczył 29,71% wariancji wyników uzyskanych przez badanych w skali cechy lęku. Z wymienionych w analizie charakterystyk wyjaśniających zachowania lękowe najlepiej czynił to wymiar poczucia sensowności, określający emocjonalne nastawienie do rzeczywistości. Jednak zarówno w przypadku stanu, jak i cechy lęku niewielki procent wspólnej wariancji sugerował, że reagowanie oraz odczuwanie tej emocji zależało od innych czynników, które nie były objęte badaniami. Wyniki krokowej analizy regresji dla zmiennych stanu i cechy lęku w grupie badawczej zostały przedstawione w tabeli 22.

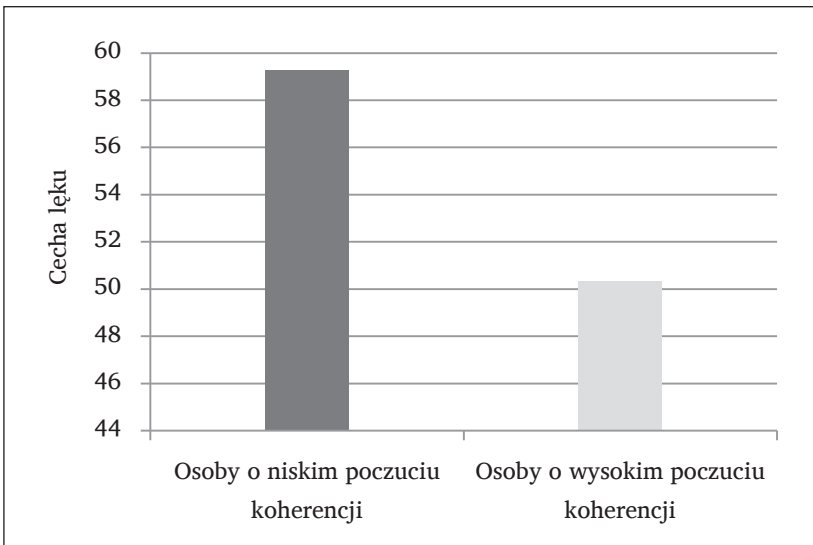
Wykres 1. Związek poczucia koherencji i poziomu stanu lęku w grupie represjonowanych



$F(1,49) = 27,96; p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne

Wykres 2. Związek poczucia koherencji i poziomu cechy lęku w grupie represjonowanych



$F = 17,95; p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne

Tabela 22. Wyniki krokowej analizy regresji dla zmiennych stanu i cechy lęku w grupie badawczej

Zmienna zależna N = 100	Zmienna niezależna	Standaryzowany współczynnik regresji <i>beta</i>	<i>p</i>	Standardowy współczynnik regresji (popr. R <sup>2</sup> )
Stan lęku	poczucie sensowności (SOC)	-.36	0,001**	
	poczucie zrozumiałości (SOC)	-.18	0,049*	.1603
	wyraz wolny		0,000***	
poza równaniem	poczucie zaradności (SOC)	-.11	0,231	
Cecha lęku	poczucie sensowności (SOC)	-.47	0,000***	
	poczucie zrozumiałości (SOC)	-.21	0,016*	.2971
	poczucie zaradności (SOC)	-.20	0,019*	
	wyraz wolny		0,000	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

### 7.2.2. Poziom depresji

Ze względu na brak norm dla badanej grupy cenne informacje w zakresie tej zmiennej dostarczyło porównanie stenowych rozkładów wyników, które przedstawione zostały w tabeli 23. Podczas analizy rozkładów zauważono, że istotnie mniej osób z grupy badawczej niż z porównawczej uzyskało wyniki w dwóch dolnych stenach w ID Becka ( $\chi^2 = 16,05$ ;  $p < 0,001$ ), a także że większość osób z tej grupy charakteryzowała się średnimi lub silnymi objawami depresyjnymi, związanymi ze smutkiem, zniechęceniem, rozczarowaniem, brakiem perspektyw na przyszłość i negatywną samooceną.

Wyniki ogólne w zakresie poczucia koherencji korelowały ujemnie z poziomem depresji ( $r = -0,34$ ;  $p < 0,01$ ). Postrzeganie rzeczywistości jako niezrozumiałej, niewartej podejmowania jakiegokolwiek wysiłku oraz ocenianie działania w jej ramach jako przekraczającego możliwości, które charakteryzowało osoby z niskim poziomem SOC, związane było z obniżeniem ich nastroju, zniechęceniem, negatywnymi sądami na temat siebie i świata.

Tabela 23. Przedziały dla zmiennej poziomu depresji

Sten	Przedziały dla wyników w Inwentarzu Depresji Becka	Osoby z grupy badawczej N = 100	Osoby z grupy porównawczej N = 100
I	$0 \leq x < 2,83$	0	2
II	$2,84 \leq x < 6,50$	1	16
III	$6,51 \leq x < 10,16$	14	17
IV	$10,17 \leq x < 13,83$	15	15
V	$13,84 \leq x < 17,50$	21	23
VI	$17,51 \leq x < 21,16$	20	12
VII	$21,17 \leq x < 24,83$	14	7
VIII	$24,84 \leq x < 28,50$	8	6
IX	$28,51 \leq x < 32,16$	6	2
X	$32,17 \leq x < 35,83$	1	0

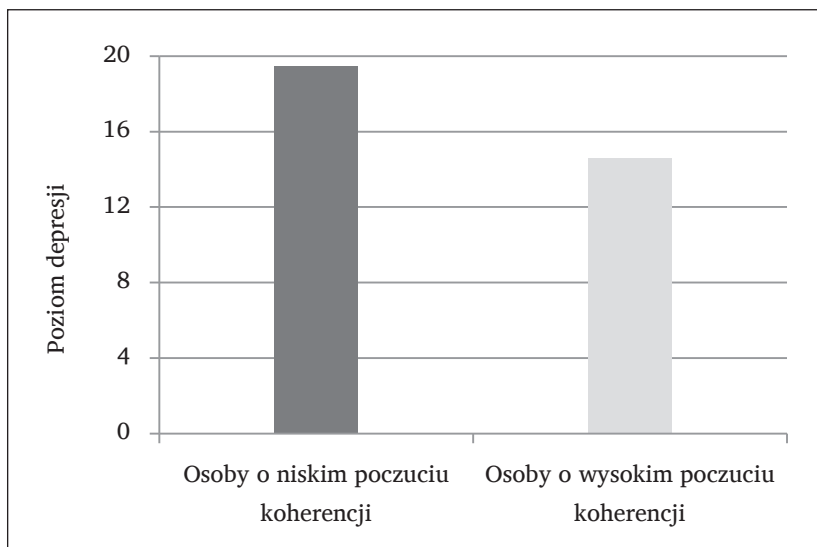
Źródło: opracowanie własne

W wywiadach badani z niskim poczuciem koherencji określali siebie jako osoby zmęczone, pozbawione satysfakcji z życia. Wyrażali niechęć do pracy lub deklarowali niezdolność do niej, wymieniali także brak zainteresowań, zaburzenia snu, ujawniali wysokie poczucie winy, i to zarówno w formie samoobwinięcia się za zmarnowaną młodość, niespełnione marzenia, aspiracje (głównie w sferze intelektualnej i zawodowej), jak i w sferze funkcjonowania rodzinnego (kłopoty finansowe, przysporzenie rodzicom i bliskim cierpień i upokorzeń, utrudniony awans dzieci). Część badanych uważała się za niepotrzebnych, niezdolnych do osiągnięcia szczęścia. Osoby o niskim poziomie poczucia koherencji cechowały się więc większym natężeniem smutku i zmęczenia, ograniczeniem dotychczasowych zainteresowań, częstszymi problemami ze snem, niską samooceną, poczuciem własnej bezwartościowości, wyrażaniem pesymistycznego stosunku do przeszłości i przyszłości oraz brakiem wiary w swoje możliwości w stopniu większym niż osoby o wysokim poczuciu koherencji. Zależność tę przedstawia wykres 3.

W zakresie składowych poczucia koherencji istotnymi czynnikami tłumaczącymi część wariancji poziomu depresji okazały się (zob. tabela 24) wymiary poczucia sensowności i zrozumiałości. Wymiary te były związane z zaangażowaniem, motywacją do działania, odnajdywaniem sensu w podejmowanej aktywności (poczucie sensowności) oraz poznawczym rozumieniem rzeczywistości, z traktowaniem otoczenia jako przewidywalnego, prostego i jasnego (poczucie zrozumiałości). Należy jednak zauważyć, iż procent wariancji, który tłumaczyły wyniki w skali poczucia zrozumiałości wraz z poziomem PTSD w przypadku poziomu depresji, był nieznaczny (8,54%).



Wykres 3. Związek poczucia koherencji i poziomu depresji w grupie represjonowanych



$F(1,49) = 7,14; \underline{p} < 0,01$

Źródło: opracowanie własne

Tabela 24. Wyniki krokowej analizy regresji dla poziomu depresji (ID) w grupie badawczej

Zmienna zależna N = 100	Zmienna niezależna	Standaryzowany współczynnik regresji $\beta$	$\underline{p}$	Standardowy współczynnik regresji (popr. $R^2$ )
Poziom depresji (ID)	poczucie sensowności (SOC)	-.23	0,016*	.0854
	poczucie zrozumiałości (SOC)	-.19	0,046*	
	wyraz wolny		0,000*	
poza równaniem	poczucie zaradności (SOC)	-.11	0,258	

\*  $\underline{p} < 0,05$ ; \*\*  $\underline{p} < 0,01$ ; \*\*\*  $\underline{p} < 0,001$ . SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

### 7.2.3. Poczucie sensu życia

Analiza poszczególnych podskal testu PLT wykazała, że ocaleni z prześladowań politycznych przejawiali niższy poziom afirmacji życia ( $t = 1,98; \underline{p} < 0,05$ ), akceptacji siebie ( $t = 2,69; \underline{p} < 0,01$ ) oraz poczucia wolności ( $t = 2,29; \underline{p} < 0,05$ ) niż osoby, które nie doznały podobnych urazów. Niższe wyniki w skali afirma-

cji życia oznaczały, że osoby z grupy badawczej częściej oceniały swoje życie jako szare, bezcelowe, monotonne, bezwartościowe, pełne przykrości i niepowodzeń. Obniżona samoocena wyrażała się sędami o braku entuzjazmu, zagubieniu, a brak poczucia wolności – poglądem, że subiektywnie odczuwali oni niemożność kierowania swoim życiem. Zwrócił natomiast uwagę brak istotnych różnic między grupami w zakresie wyników w skalach dotyczących planów, pozytywnej oceny przyszłości, obawy i lęku przed śmiercią, oznaczający podobne, afirmujące podejście do problematyki przemijania u osób w obydwu grupach. Wartości średnie oraz odchylenia standardowe wyników uzyskanych przez badanych w poszczególnych skalach tego testu zostały przedstawione w tabeli 25.

Tabela 25. Wartości średnie i odchylenia standardowe w zakresie podskal testu PLT uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej

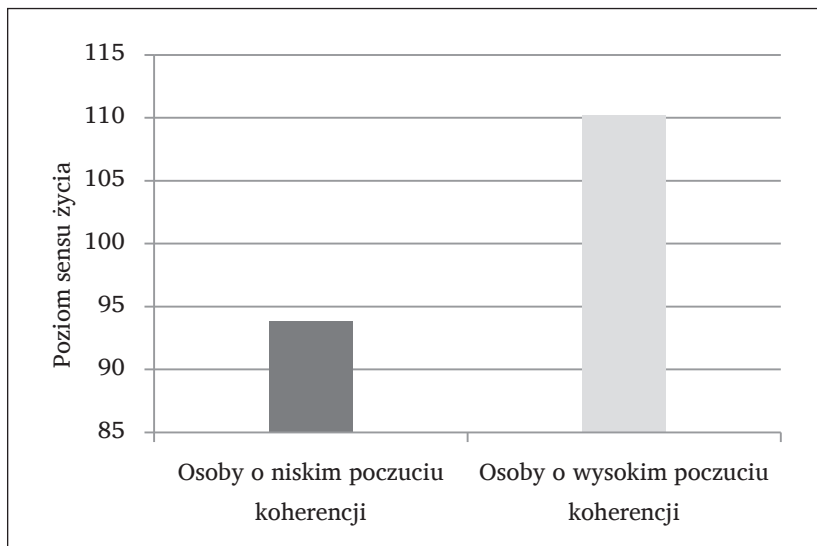
Zmienne	Grupa badawcza		Grupa porównawcza	
	$\bar{x}$	<i>sd</i>	$\bar{x}$	<i>sd</i>
Afirmacja życia	41,01	9,30	43,01	8,70
Akceptacja siebie	6,32	2,83	15,07	3,62
Świadomość celu	16,11	3,80	16,47	3,54
Poczucie wolności	9,95	3,11	10,88	2,52
Ocena przyszłości	10,28	2,84	10,92	2,44
Stosunek do śmierci	10,74	2,55	11,20	2,68

Źródło: opracowanie własne

Osoby o wysokim SOC charakteryzowały się wyższym poczuciem sensu życia niż osoby o niskim SOC. Osoby te przejawiały większe zrozumienie dla pojawiających się w życiu zdarzeń, miały większe poczucie ich kontrolowalności, nadawały życiu wartość i znaczenie, odczuwały też wyższą satysfakcję ze swojego dotychczasowego funkcjonowania. Związek ten potwierdziła analiza wariancji dla powyższych zmiennych ( $F = 6,69$ ;  $p < 0,01$ ). Graficzne zobrazowanie tej zależności przedstawione zostało na wykresie 4.

Druą część badań polegała na wykryciu związków pomiędzy poczuciem koherencji a wynikami uzyskanymi przez badanych w kolejnych podskalach testu. Wyniki uzyskane przez represjonowanych w Kwestionariuszu Orientacji Życiowej najwyżej korelowały z wynikami w podskali poczucia wolności ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,001$ ). Pozostałe dodatnie korelacje wiązały poczucie koherencji z przejawianą przez badanych akceptacją siebie ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ), stosunkiem do śmierci ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,05$ ), oceną przyszłości ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ) i uświadomieniem celu swojego życia ( $r = 0,20$ ;  $p < 0,05$ ). Oznaczało to, że emocjonalne zaangażowanie, zrozumienie i umiejętność radzenia sobie w świecie łączyły się z wysoką samoakceptacją, odczuwaniem wolności, optymistycznym antycypowaniem przyszłości, umiejętnością stawiania sobie celów oraz z akceptującym stosunkiem do śmierci.

Wykres 4. Związek poczucia koherencji i poziomu sensu życia w grupie represjonowanych



$F(1,47) = 6,69; \underline{p} < 0,01$

Źródło: opracowanie własne

Tabela 26. Wyniki krokowej analizy regresji dla poziomu sensu życia (PLT) w grupie badawczej

Zmienna zależna	Zmienna niezależna	Standaryzowany współczynnik regresji beta	$\underline{p}$	Standardowy współczynnik regresji (popr. R <sup>2</sup> )
Poziom sensu życia – wynik ogólny	poczucie sensowności (SOC)	.54	0,000***	
	wykształcenie	.22	0,005**	
	wiek w czasie aresztowania	.19	0,014*	
	poczucie zrozumiałości (SOC)	-.18	0,021*	.4464
	poczucie zaradności (SOC)	-.16	0,046*	
	wyraz wolny			0,000***

\* $\underline{p} < 0,05$ ; \*\* $\underline{p} < 0,01$ ; \*\*\* $\underline{p} < 0,001$ ; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

Wyniki krokowej analizy regresji wskazywały na bardziej skomplikowane związki. Składowe poczucia koherencji wraz z poziomem wykształcenia i wiekiem w momencie aresztowania tłumaczyły ponad 44,64% wariacji wyników uzyskanych przez badanych w teście PLT. Jak należało się spodziewać, bardzo duży wkład miał w tym przypadku wymiar poczucia sensowności (współczynnik  $\beta = .54$ ). Zaobserwowane związki pomiędzy poczuciem sensu życia a skalami poczucia zrozumiałości i zaradności miały jednak kierunek ujemny, co mogło świadczyć o tym, że życie postrzegane było jako cenniejsze przez osoby, które nie potrafiły skutecznie działać w otoczeniu, nie były zaradne życiowo, oraz jawiło im się ono jako niezrozumiałe i tajemnicze. Wkład poszczególnych wymiarów poczucia koherencji w kształtowanie się wyniku ogólnego PLT ukazują dane zawarte w tabeli 26.

Uzupełnienia tych danych dostarczyła analiza części drugiej testu PLT, wiążąca się z uzupełnianiem 14 zdań niedokończonych.

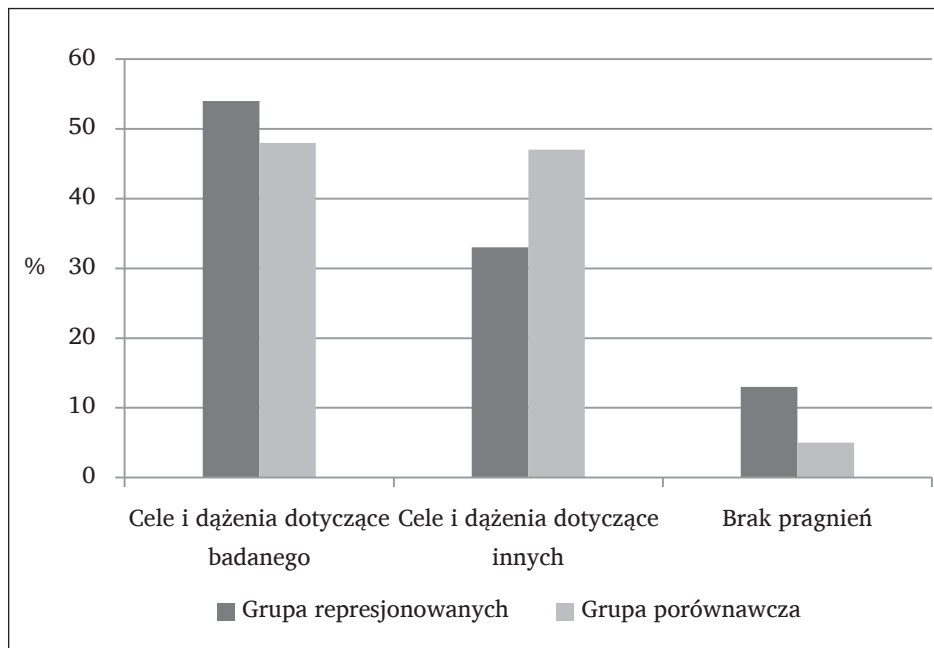
## Dążenia i cele

Pierwsza kategoria oceny wiązała się z prezentowanymi przez badanych dążeniami i celami związanymi z poczuciem własnej wartości oraz z ich ambicjami (pytanie 2: „Mam nadzieję, że potrafię...”, pytanie 3: „Więcej niż cegokolwiek w życiu pragnąłem...”, pytanie 5: „Moją największą ambicją jest...” i pytanie 7: „Jedynym celem mojego życia jest...”).

Pragnienia i dążenia większości osób z obydwu grup wiązały się z utrzymaniem zdrowia, uniknięciem choroby, niesprawności, polepszeniem sytuacji majątkowej, pomocą dzieciom i wnukom. Charakterystyczne dla grupy badawczej były cele polegające na zachowaniu, propagowaniu takich cech i wartości, jak: patriotyzm, honor, wolność od zła, sprawiedliwość. Wśród wypowiedzi 9% dotyczących własnych ambicji, 2% pragnień i 4% celów nawiązywało swą treścią bezpośrednio do przeżyć z okresu uwięzienia lub ich konsekwencji. Związane były z planowaną aktywnością badanych – „zapomnieć o moich przeżyciach”, „resztę sił poświęcić dla ratowania Ojczyzny” lub dotyczyły pragnień w stosunku do innych (ludzi, aparatu władzy, instytucji naukowych) – „aby moja przeszłość doczekała się prawdziwego osądu”, „aby to, co robiłem dla Polski, nie poszło na marne”, „aby Polska była Polską i była rządzona przez Polaków”. W stosunku do osób z grupy porównawczej represjonowani częściej ujawniali brak pragnień, dążeń, celów i ambicji ( $\chi^2 = 7,69$ ;  $p < 0,01$ ). Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat poczucia własnej wartości i ambicji osób w grupie badawczej i porównawczej zostało zaprezentowane w tabeli 27 i na wykresie 5.

Porównania wewnątrz grupy represjonowanych wykazały także różnice w kategoriach dotyczących celów i dążeń (choć nie zawsze były one istotne statystycznie). W grupie tej więcej osób z niskim poczuciem koherencji wyrażało brak wiary w siebie lub swoją przyszłość, dominowało u nich poczucie samotności, pesymizmu i oczekiwania śmierci, a przede wszystkim – ograniczenia możliwości z powodu wieku, złego stanu zdrowia, sytuacji materialnej lub politycznej: „nic już nie potrafię”, „w tym wieku i wobec otaczającego

Wykres 5. Porównanie wypowiedzi na temat pragnień, celów i dążeń w życiu (osoby z grupy badawczej i porównawczej)



Źródło: opracowanie własne

świata – nic”, „dotrwać do końca”, „spokojnie umrzeć”, „nie wydaje mi się, aby coś jeszcze znaczącego miało mi się w moim życiu wydarzyć”. Częściej niż osoby o wysokim poczuciu koherencji skupiały się na własnej osobie ( $\chi^2 = 3,94$ ;  $p < 0,05$ ), częściej także powracały do przeżyć więziennych ( $\chi^2 = 3,93$ ;  $p < 0,05$ ), które traktowały jako przyczynę wielu aktualnych niepowodzeń i kłopotów (zdrowotnych, finansowych) lub niespełnienia ambicji edukacyjnych. Opisywane przez te osoby cele i plany rozumiane były raczej jako ogólne, perspektywiczne kierunki działań, a nie pragnienia i dążenia postrzegane bardzo szczegółowo i konkretnie. Istotnie częściej te osoby mówiły o braku celów i pragnień ( $\chi^2 = 4,34$ ;  $p < 0,05$ ).

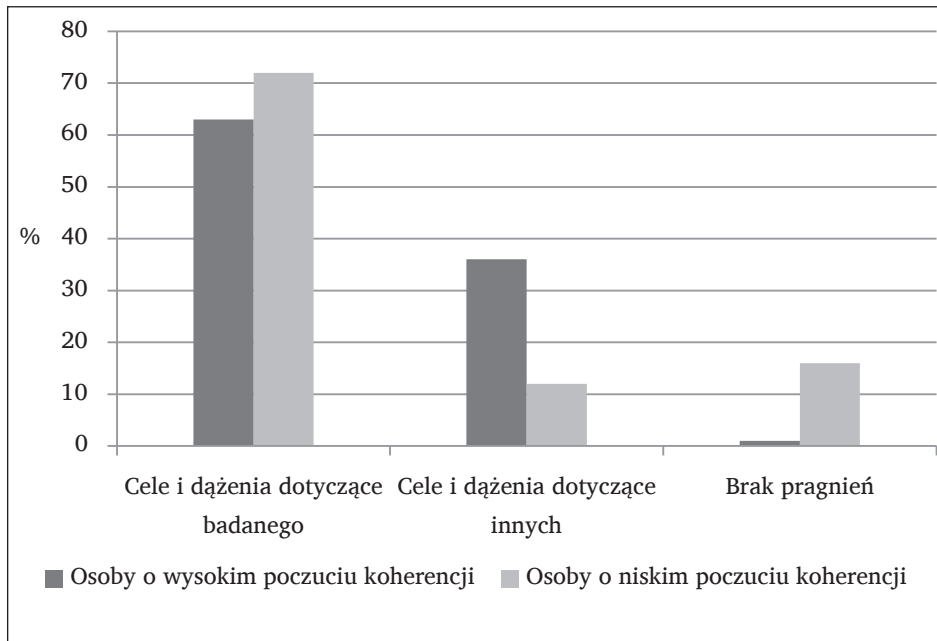
Osoby z wysokim poczuciem koherencji częściej wyrażały przekonanie o własnych możliwościach. Określały je jednak bardzo ogólnie: „mogę zrobić coś dobrego”, „sprostać zadaniom, jakie wynikają z życia”, „być użytecznym dla ludzi”, „ułożyć sobie życie i osiągnąć cel w życiu”. Ambicje osób z wysoką koherencją koncentrowały się wokół pozostawienia po sobie jakiegoś śladu, nadania swym doświadczeniom ponadczasowego sensu i wartości dla następných pokoleń: „opisać je”, „pozostawić po sobie jakiś trwały ślad”, „być dobrym Polakiem”, „moją ambicją jest dobro i suwerenność Ojczyzny”, „znaleźć samookreślenie”, „być potrzebnym dla Ojczyzny i innych ludzi”. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat poczucia własnej wartości i ambicji osób o wysokim i o niskim SOC w grupie badawczej zostało przedstawione na wykresie 6 i w tabeli 27.

Tabela 27. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat poczucia własnej wartości i ambicji (osoby z grupy badawczej i porównawczej) oraz osoby z grupy badawczej o wysokim i niskim poczuciu koherencji)

Dążenia i cele	Wiara w siebie lub/i w przyszłość		Brak wiary w siebie lub/i w przyszłość		Ambiwalencja		Wiara w siebie /przyszłość (nawiązuje do traupy)		Brak wiary w siebie lub/i w przyszłość (nawiązuje do traupy)		Ambiwalencja (nawiązuje do traupy)	
	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP
<b>Grupa badawcza (GB) – grupa porównawcza (GP)</b>												
<b>Pytania</b>	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP
2	91%	88%	8%	11%	1%	1%	0	1%	0	–	0	–
5	90%	91%	9%	9%	1%	0	9%	–	0	–	0	–
<b>Osoby z wysokim (W) i z niskim (N) poczuciem koherencji w grupie badawczej</b>												
<b>Pytania</b>	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W
2	84%	92%	12%	4%	4%	4%	0	0	0	0	0	0
5	88%	92%	12%	8%	0	0	4%	12%	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne

Wykres 6. Porównanie wypowiedzi na temat pragnień, celów i dążeń w życiu (osoby represjonowane o wysokim i niskim poczuciu koherencji)



Źródło: opracowanie własne

## Ocena życia

Druga kategoria analizy wiązała się z oceną swojego życia dokonaną przez badanych. Zaliczono do niej pytanie 1: „Moje życie jest...”, pytanie 4: „W życiu już osiągnąłem...” i pytanie 12: „Życie jest dla mnie...”.

Osoby należące do grupy badawczej rzadziej niż osoby z grupy porównawczej wyrażały sądy świadczące o afirmacji życia (ocena życia  $\chi^2 = 37,82$ ;  $p < 0,001$ ; postawa wobec życia  $\chi^2 = 20,98$ ;  $p < 0,001$ ; osiągnięcia w życiu  $\bar{\chi}^2 = 9,84$ ;  $p < 0,01$ ). Istotnie częściej natomiast ich wypowiedzi związane były z nastrojem depresyjnym – pesymistycznym bilansem życia, smutkiem, złym samopoczuciem, niską samooceną. Wyrażały one także poczucie bezcelowości, niespełnienia, niedocnienia, krzywdy trudności lub monotonii życia. W grupie osób represjonowanych istotnie częściej pojawiały się też wypowiedzi świadczące o rezygnacji, minimalistycznym nastawieniu na przetrwanie i biernej postawie wobec życia. Różnice w stosunku do osób z grupy porównawczej ujawniły się w przypadku ogólnej oceny życia ( $\chi^2 = 35,51$ ;  $p < 0,001$ ), postawy w stosunku do życia ( $\chi^2 = 18,85$ ;  $p < 0,001$ ), jak i w sytuacjach związanych z określaniem przez badanych swoich osiągnięć ( $\chi^2 = 6,48$ ;  $p < 0,05$ ).

Tabela 28. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat oceny życia osób z grupy badawczej i porównawczej

Ocena życia	Afirmacja		Negatywna ocena		Ambiwalencja		Afirmacja (nawiązuje do traumu)		Negatywna ocena (nawiązuje do traumu)		Ambiwalencja (nawiązuje do traumu)	
	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP
<b>1</b>	38%	81%	50%	10%	12%	9%	0	-	0	-	0	-
<b>12</b>	52%	82%	32%	7%	16%	11%	5%	-	0	-	0	-
<b>4</b>	69%	88%	24%	9%	7%	3%	3%	-	4%	-	0	-

GB – grupa badawcza, GP – grupa porównawcza.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 29. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat oceny życia osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji (grupa badawcza)

Ocena życia	Afirmacja		Negatywna ocena		Ambiwalencja		Afirmacja (nawiązuje do traumu)		Negatywna ocena (nawiązuje do traumu)		Ambiwalencja (nawiązuje do traumu)	
	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W
<b>1</b>	32%	48%	60%	40%	8%	12%	0	0	0	0	0	0
<b>12</b>	56%	56%	36%	32%	8%	12%	4%	0	0	0	0	0
<b>4</b>	56%	72%	36%	16%	8%	12%	0	4%	8%	0%	0	0

N – osoby o niskim poczuciu koherencji, W – osoby o wysokim poczuciu koherencji.

Źródło: opracowanie własne



Traumatyczne zdarzenia z przeszłości kształtowały postawę wobec życia oraz ocenę osiągnięć tylko u nieznacznej części badanych (od 5–7%). Wiązały się u nich zarówno z poczuciem przewyciężenia trudności, wygranej walki politycznej, zadowolenia z istniejących przemian, które pozwoliły na przyznanie doświadczeniom badanych wartości rozumianej i docenianej przez społeczeństwo, jak też łączyły się z negatywną perspektywą analizy – wykazaniem porażek łączonych z pobytem w więzieniu. Procentowe zestawienie liczby wypowiedzi na temat oceny życia w grupie badawczej i porównawczej przedstawione zostało w tabeli 28.

Osoby represjonowane z wysokim poczuciem koherencji przejawiały częściej zadowolenie z życia, optymizm i dodatnią ocenę własnych osiągnięć, rzadziej ich wypowiedzi świadczyły o negatywnej ocenie własnej egzystencji (choć w przypadku obydwu kategorii różnice nie były istotne na poziomie statystycznym). Dla tej części badanych życie było: „wszystkim”, „najważniejsze”, „czymś wspaniałym”, „pasmem raczej pozytywnych zdarzeń”, „prawie że spełnieniem marzeń”, „dobre”, „celowe”, „ciekawe”, „w miarę szczęśliwe, choć dotykał mnie ból fizyczny, moralny i psychiczny, ale też radość jako ojca i dziadka trwa”.

Podstawą pozytywnego bilansu życia było poczucie własnych osiągnięć, zdecydowana większość badanych z obu grup ujmowała ten problem jednak bardzo ogólnikowo: „osiągnąłem prawie wszystko”, „bardzo wiele”, „to, do czego dążyłem”.

Osoby z niskim poczuciem koherencji częściej określały swoje życie jako: „udrękę”, „niewykorzystane”, „koszmar”, „jednostajne z szeregiem kłopotów”, „beznadziejne”. Osoby z tej grupy określały w wypowiedziach, że osiągnęły: „już niewiele, ale też niczego więcej się nie spodziewają”, bądź też ogólnie: „niewiele”, „nic nie osiągnąłem”. Rzadziej niż u osób z wysokim poczuciem koherencji poświęcenie dla kraju było powodem afirmacji życia czy własnych dokonań, częściej wiązało się z poczuciem rozgoryczenia, zmęczenia i wtórnie pogłębiało negatywną ocenę osiągnięć. Różnice te nie były jednak istotne na poziomie statystycznym. Badani postrzegali życie jako: „dobre i złe, z pobytem w więzieniu”, „udręczone cierpieniem i prześladowaniami”, „ciągłą walką bez jednoznacznych reguł gry”, „nie mogłem nic osiągnąć z powodu represji organów ucisku”. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat oceny życia w grupie osób o wysokim i o niskim poczuciu koherencji przedstawia tabela 29.

## **Postawa wobec przykrości i sytuacji beznadziejnych**

Kategoria ta była związana z pytaniem 8: „Przykrość sprawia mi...” i pytaniem 6: „Najbardziej beznadziejną rzeczą jest...”. Analiza wypowiedzi w odniesieniu do tego składnika poczucia sensu życia polegała na porównaniu występowania sytuacji przykrych i beznadziejnych, ich dookreślenia przez badanych oraz ewentualnego ujawniania reakcji na te okoliczności.

Większość osób, zarówno z grupy badawczej (93%), jak i porównawczej (97%) zauważała w swoim życiu przykre, niemiłe i frustrujące zdarzenia. Osoby z grupy porównawczej istotnie rzadziej konkretyzowały te zdarzenia, podając

Tabela 30. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat sytuacji przykrych i beznadziejnych osób z grupy badawczej i porównawczej

Postawa wobec przykrości i sytuacji beznadziejnej	Występują		Brak		Ambiwalencja		Występują (nawiązuje do traumu)		Trudności w ocenie (nawiązuje do traumu)		Ambiwalencja (nawiązuje do traumu)	
	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP
<b>Pytania</b>												
<b>8</b> Występowanie sytuacji przykrych i silne ich przeżywanie	93%	97%	2%	3%	5%	0	7%	-	0	-	0	-
<b>6</b> Silne przeżywanie sytuacji beznadziejnych	94%	90%	6%	10%	0	1%	6%	-	0	-	0	-

GB – grupa badawcza, GP – grupa porównawcza.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 31. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat sytuacji przykrych i beznadziejnych osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji (grupa badawcza)

Pytania	Występują		Brak		Ambiwalencja		Występują (nawiązuje do traumu)		Trudności w ocenie (nawiązuje do traumu)		Ambiwalencja (nawiązuje do traumu)	
	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W
Występowanie sytuacji przykrych i silne ich przeżywanie	100%	88%	0	8%	0	4%	0	0	0	0	0	0
Silne przeżywanie sytuacji beznadziejnych	92%	90%	4%	6%	4%	4%	8%	4%	0	0	0	0

N – osoby o niskim poczuciu koherencji, W – osoby o wysokim poczuciu koherencji.

Źródło: opracowanie własne

odpowiedzi dotyczące spraw ogólnoludzkich ( $\chi^2 = 21,34; p < 0,001$ ). Według nich najbardziej beznadziejne jest: „lenistwo”, „głupota”, „krzywdy ludzkie”, „przemoc”, „zawiść”, „nielojalność”, „obłuda”. Osoby z grupy represjonowanych częściej od osób z grupy porównawczej otwarcie ujawniały powody ich zmar-twień ( $\chi^2 = 5,13; p < 0,05$ ). Częściej także zgłaszały bardzo silne przeżywanie problemów osobistych, postrzeganych jako przykre i beznadziejne ( $\chi^2 = 10,81; p < 0,01$ ).

Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat sytuacji przykrych i beznadziejnych w grupie badawczej i porównawczej prezentuje tabela 30.

Zgodnie z oczekiwaniami osoby represjonowane z wysokim poczuciem koherencji częściej deklarowały brak sytuacji przykrych i beznadziejnych: „nie ma takich”, przykrość sprawiło im: „mało co”. Część osób dążyło do uszczegółowienia i subiektywizacji tych sytuacji: „stosunek mojego dziecka do mnie”, „choroba mojej żony”, „jeśli ktoś mnie krzywdzi”, „kłótnie w mojej rodzinie”, „niedocenianie moich dobrych intencji”.

Jak zobrazowano w tabeli 31, osoby z niskim poczuciem koherencji dwukrotnie częściej od osób z wysoką koherencją nawiązywały do przeżyć więzennych. Były one przez nie postrzegane jako obiektywnie trudne. Stanowiły w ich opinii pośrednią lub bezpośrednią przyczynę wielu innych kłopotów i przykrości, których aktualnie doznawały. Za zdarzenia takie uznały: „dotychczasowe rządzenie krajem”, „liczenie na to, że inni pomogą”, „brak wpływu na swoje życie w więzieniu”, „skuteczna obrona przed zbiorową złą wolą”, „powrót do systemu totalitarnego”. Przeżycia te uwrażliwiały represjonowanych na sytuacje prawne i polityczne związane z niesprawiedliwością społeczną, przemocą, nieuczciwością, brakiem poszanowania godności człowieka. Często w wypowiedziach opisywane były reakcje na sytuacje beznadziejne, takie jak: apatia, załamanie, bezsilność lub utrata nadziei.

## Postawa wobec choroby, cierpienia i pomocy

Przy analizie tej kategorii uwzględniono pytanie 11: „Choroba i cierpienie mogą być...” i pytanie 14: „Pomoc innych ludzi jest...”.

Łącznie 55% osób represjonowanych i 64% osób z grupy porównawczej ujawniło lęk lub niepokój przed cierpieniem i chorobami: „są przygnębiające, załamujące”, „nie do zniesienia”, „udręką dla rodziny i otoczenia”, „początkiem końca”, „niszczące”, „nie do przewyciężenia”, „mogą wykończyć”, „tylko złem, co nas spotyka”, „boję się tego”. Osoby represjonowane częściej niż osoby z grupy porównawczej próbowały odnaleźć usprawiedliwienie dla cierpienia (choć różnica ta nie była istotna na poziomie statystycznym). Określały, że choroba i cierpienie: „również może mieć sens”, mogą być „próbą charakteru”, „przemianą życia”, „budujące”, „czynnikiem uszlachetniającym”, „okazją do refleksji”, „pomocne w znalezieniu sensu życia”. Wśród represjonowanych częste były także próby poszukiwania religijnego wytłumaczenia choroby – określali ją jako: „pokutę za grzechy”, „do zaakceptowania, gdy się jest wierzącym”.

Tabela 32. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat choroby i cierpienia (osoby z grupy badawczej i porównawczej oraz osoby z grupy badawczej o wysokim i niskim SOC)

Postawa do choroby i cierpienia	Pogodzenie się z nimi		Lęk		Brak ustosunkowania się do nich		Pogodzenie się z nimi (nawiązuje do traumy)		Lęk (nawiązuje do traumy)		Brak ustosunkowania się do nich (nawiązuje do traumy)	
	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP
11	44%	34%	55%	64%	1%	2%	0	-	0	-	0	-
<b>Grupa badawcza (GB) – grupa porównawcza (GP)</b>												
<b>Osoby z wysokim (W) i z niskim (N) poczuciem koherencji w grupie badawczej</b>												
Pytanie	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W
11	40%	44%	56%	52%	4%	4%	0	0	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne

Tabela 33. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat pomocy (osoby z grupy badawczej i porównawczej oraz osoby z grupy badawczej o wysokim i niskim SOC)

Postawa wobec pomocy	Pomoc niepotrzebna		Koniczność pomocy		Ambiwalencja		Pomoc niepotrzebna (nawiązuje do traumu)		Koniczność pomocy (nawiązuje do traumu)		Ambiwalencja (nawiązuje do traumu)	
	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP
<b>Pytanie</b>	<b>GB</b>	<b>GP</b>	<b>GB</b>	<b>GP</b>	<b>GB</b>	<b>GP</b>	<b>GB</b>	<b>GP</b>	<b>GB</b>	<b>GP</b>	<b>GB</b>	<b>GP</b>
14 wobec pomocy	2%	2%	90%	92%	5%	6%	0	-	4%	-	0	-
<b>Grupa badawcza (GB) – grupa porównawcza (GP)</b>												
<b>Pytanie</b>	<b>N</b>	<b>W</b>	<b>N</b>	<b>W</b>	<b>N</b>	<b>W</b>	<b>N</b>	<b>W</b>	<b>N</b>	<b>W</b>	<b>N</b>	<b>W</b>
14 wobec pomocy	12%	8%	88%	88%	0	4%	0	0	0	4%	0	0
<b>Osoby z wysokim (W) i z niskim (N) poczuciem koherencji w grupie badawczej</b>												

Źródło: opracowanie własne

Zdecydowana większość badanych z obydwu grup (90% represjonowanych i 92% osób z grupy porównawczej) wskazywała na dużą potrzebę otrzymania wsparcia od innych, wyrażała chęć udzielenia go oraz przyznawała pomocy wysoką wartość w życiu człowieka. Pomoc była: „mile widziana”, „bardzo potrzebna w samotności”, „niezbędna w trudnych sytuacjach”, „bardzo cenna”, „dobrym uczynkiem”, „w miarę moich możliwości – zawsze”, „konieczna”, „potrzebna”. Tylko 56% procent badanych prezentowało sądy ambiwalentne, np. uzależniało wartość pomocy od kontekstu i intencji wspierającego: „jest darem – jeśli jest bezinteresowna”, „bardzo miła, o ile płynie z głębi serca”, „jest potrzebna, ale łatwo można się zawieść na ludziach”, „czasem potrzebna i krępująca”. W grupie represjonowanych dwukrotnie więcej osób niż w grupie porównawczej uznawało pomoc za niepotrzebną w ogóle lub w obecnej sytuacji.

Represjonowani z niskim poczuciem koherencji niezacznie częściej ujawniali niepokój i lęk przed cierpieniem i chorobą. Częściej też uznawali pomoc innych za niepotrzebną: „niepotrzebna”, „zbędna”, „miła, ale w chwili obecnej – jeszcze niekonieczna”.

U części badanych z wysoką koherencją pojawiły się reminiscencje dotyczące okresu represji, wzmacniające pozytywną ocenę wsparcia społecznego: „pomoc jest przyjemną sprawą, w więzieniu była bardzo ceniona”. Zaobserwowane różnice nie były istotne statystycznie. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat choroby, cierpienia i znaczenia pomocy osób z grupy badawczej oraz porównawczej oraz u osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji z grupy badawczej przedstawione zostało w tabelach 32 i 33.

## Postawa wobec samobójstwa i śmierci

Podstawą do analizy tej kategorii było pytanie 9: „Śmierć jest...” i pytanie 13: „Myśl o samobójstwie...”.

Osoby represjonowane przejawiały bardziej akceptujący, mniej lękowy stosunek do śmierci (różnica pomiędzy osobami represjonowanymi a należącymi do grupy porównawczej okazała się istotna statystycznie, dla kategorii akceptacji śmierci wynosiła  $\chi^2 = 13,08$ ;  $p < 0,001$ ; a dla kategorii lęku przed śmiercią  $\chi^2 = 21,05$ ;  $p < 0,001$ ). Ocalali z represji uznawali, że śmierć jest: „czymś normalnym”, „naturalną kolejną rzeczą”, „wybawieniem z tego świata zakłamanego”. Większość badanych z obu grup prezentowała pseudoobiektywne, „definicyjne” określenie śmierci, nie ujawniając własnego stosunku do niej: „zakończenie życia”, „konsekwencja przemijania”, „koniec doczesnego życia, także proces wymiany pokoleń. Urodzenie i śmierć – to koło”. Istotnie więcej osób z grupy badawczej deklarowało obojętność wobec śmierci ( $\chi^2 = 7,26$ ;  $p < 0,01$ ).

W sumie 31% represjonowanych dopuszczało samobójstwo jako skrócenie cierpienia, rozwiązanie pomagające w sytuacjach bez wyjścia. Opinie wykluczające samobójstwo pojawiały się istotnie częściej u osób z grupy porównawczej niż u represjonowanych ( $\chi^2 = 12,59$ ;  $p < 0,001$ ). Istotnie więcej osób, które doświadczyły represji, niż tych z grupy porównawczej zdradzało własne myśli i tendencje samobójcze z przeszłości lub teraźniejszości ( $\chi^2 = 12,58$ ;

Tabela 34. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat postawy wobec śmierci osób z grupy badawczej i porównawczej oraz u osób o wysokim i niskim SOC (grupa badawcza)

Postawa wobec śmierci	Akceptacja śmierci		Lęk przed śmiercią		Brak stosunku do śmierci		Akceptacja śmierci (nawiązuje do traumu)		Lęk przed śmiercią (nawiązuje do traumu)		Brak stosunku do śmierci (nawiązuje do traumu)	
	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP
<b>Grupa badawcza (GB) – grupa porównawcza (GP)</b>												
<b>Pytania</b>	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP
9	69%	44%	24%	56%	7%	0	2%	-	0	-	0	-
<b>Osoby z wysokim (W) i z niskim (N) poczuciem koherencji w grupie badawczej</b>												
<b>Pytania</b>	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W
9	48%	72%	44%	16%	8%	12%	8%	0	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne



Tabela 35. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat samobójstwa u osób z grupy badawczej i porównawczej oraz u osób o wysokim i niskim SOC (grupa badawcza)

Postawa wobec samobójstwa	Wykluczenie samobójstwa		Myśli o samobójstwie		Brak stosunku do samobójstwa		Wykluczenie samobójstwa (nawiguje do traumu)		Myśli o samobójstwie (nawiguje do traumu)		Brak stosunku do samobójstwa (nawiguje do traumu)	
	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP	GB	GP
<b>13</b>	69%	90%	24%	8% <sup>0</sup>	7%	2%	0	-	0	-	0	-
<b>Grupa badawcza (GB) – grupa porównawcza (GP)</b>												
<b>13</b>	64%	80%	36%	16%	0	4%	0	0	0	0	0	0
<b>Osoby z wysokim (W) i z niskim (N) poczuciem koherencji w grupie badawczej</b>												
<b>13</b>	64%	80%	36%	16%	0	4%	0	0	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne

$p < 0,001$ ). Deklarowali, że myśl o samobójstwie: „występowała jedynie w ekstremalnych sytuacjach więziennych”, „teraz o samobójstwie nie myślę”, „była, gdy byłem w więzieniu”, „czasami, jak dokucza życie”.

W porównaniu z osobami o niskim poziomie koherencji osoby z wysokim poczuciem koherencji wyrażały więcej opinii świadczących o spokojnym, naturalnym stosunku do śmierci, przygotowaniu do niej, spojrzeniu na nią przez pryzmat religii (choć różnica ta nie była istotna statystycznie). Śmierć była w tych odpowiedziach ujmowana jako: „kontynuowanie życia w innych wymiarach”, „przejście do innego stanu rzeczywistości”, „naturalna w pewnym czasie i wieku”, „ostatnia wola Boga”. Rzadziej także w tej grupie ujawniane były myśli samobójcze oraz deklarowana akceptacja dla tego czynu.

Osoby o niskim poziomie **koherencji** przejawiały istotnie większy lęk przed śmiercią ( $\chi^2 = 4,66; p < 0,05$ ). Uważały, że: „śmierć [...] przeraża”, „jest straszna”. W postawie tej zawarta była jednak pewna ambiwalencja – 36% badanych z tej grupy (dwukrotnie więcej niż w grupie osób z wysokim SOC) dopuszczało możliwość popełnienia samobójstwa lub zgłaszało wcześniejsze myśli o nim. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat postawy wobec śmierci i samobójstwa osób z grupy badawczej oraz porównawczej oraz u osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji (grupa badawcza) przedstawione zostało w tabelach 34 i 35.

## **Postawa wobec alkoholizmu i narkomanii**

W tej kategorii analizie poddano odpowiedzi na pytanie 10: „Szukanie zapomnienia w alkoholu lub narkotykach jest...”.

Zdecydowana większość badanych całkowicie potępiała stosowanie środków stymulujących i otepiających, nazywając to: „głupstwem”, „nieporozumieniem”, „zgrabą dla każdego”, „bezsensem”. Brak było znaczących różnic w odpowiedziach osób z obydwu grup. Bardziej tolerancyjne wobec nałogu okazały się osoby z niskim poczuciem koherencji. Badani z wysokim poziomem poczucia koherencji zbliżali się do postaw prezentowanych osoby badanych z grupy porównawczej. Podkreślali brak odpowiedzialności osób nadużywających używek, bezcelowość i bezsensowność takiego sposobu radzenia sobie z problemami, a także całkowicie zaprzeczali używaniu środków tego rodzaju. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat alkoholizmu i narkomanii w grupie badawczej i porównawczej oraz w grupie badawczej u osób o wysokim i niskim SOC prezentuje tabela 36.

Część trzecia testu PLT dotyczyła dążeń, ambicji i celów badanych. Wypowiedzi w grupie osób represjonowanych z przyczyn politycznych podzielono na dziesięć kategorii dotyczących celów, ambicji i dążeń. Rozkład częstości tych kategorii przedstawia wykres 7.

W wypowiedziach osób należących do grupy porównawczej wyróżniono również dziesięć kategorii tematycznych. Z przyczyn obiektywnych nie pojawiły się tu cele związane z „rekompensatą za represje”, natomiast część wypowiedzi koncentrowała się wokół planowanego przez badanych pogłębienia życia religij-

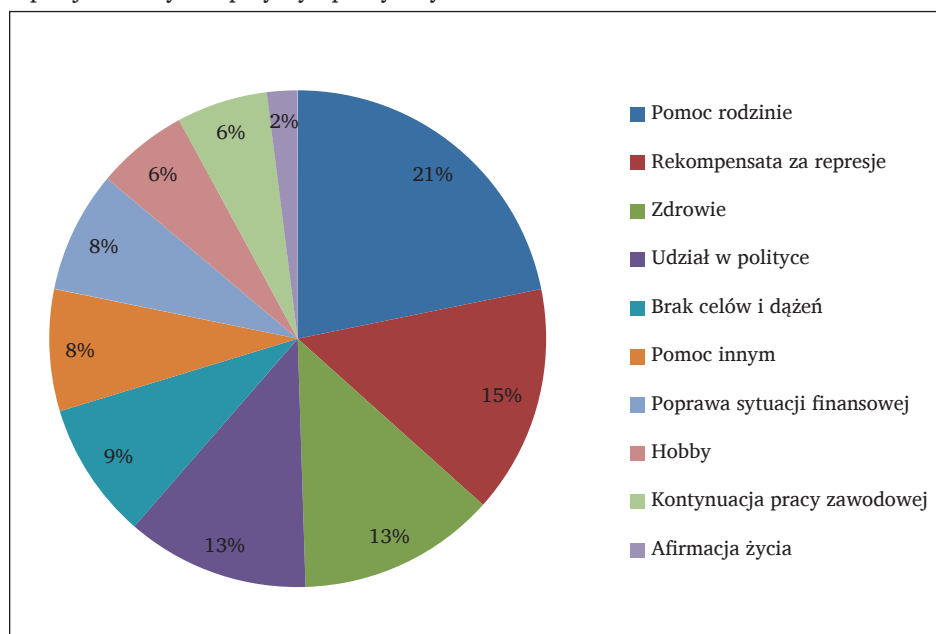
nego, co dało podstawę do wyodrębnienia tego tematu jako odrębnej kategorii analizy. Zestawienie częstości występowania wyróżnionych kategorii w wypowiedziach osób z grupy porównawczej przedstawione zostało na wykres 8.

Tabela 36. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat alkoholizmu i narkomanii w grupie badawczej i porównawczej oraz w grupie badawczej u osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji

Alkoholizm i narkomania		Potępienie		Częściowa akceptacja		Całkowita akceptacja	
Grupa badawcza (GB) – grupa porównawcza (GP)							
Pytanie		GB	GP	GB	GP	GB	GP
10	Alkoholizm i narkomania	90%	93%	9%	6%	1%	1%
Osoby z wysokim (W) i z niskim (N) poczuciem koherencji w grupie badawczej							
Pytanie		N	W	N	W	N	W
10	Alkoholizm i narkomania	88%	96%	8%	4%	4%	0

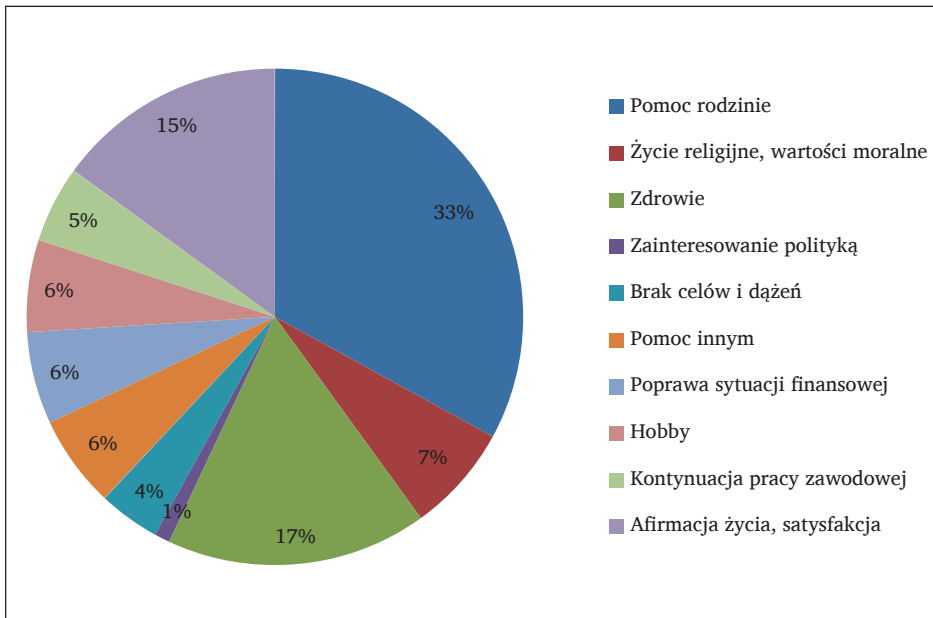
Źródło: opracowanie własne

Wykres 7. Rozkład częstości kategorii związanych z celami, ambicjami i dążeniami osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956



Źródło: opracowanie własne

Wykres 8. Rozkład częstości kategorii związanych z celami, ambicjami i dążeniami osób należących do grupy porównawczej



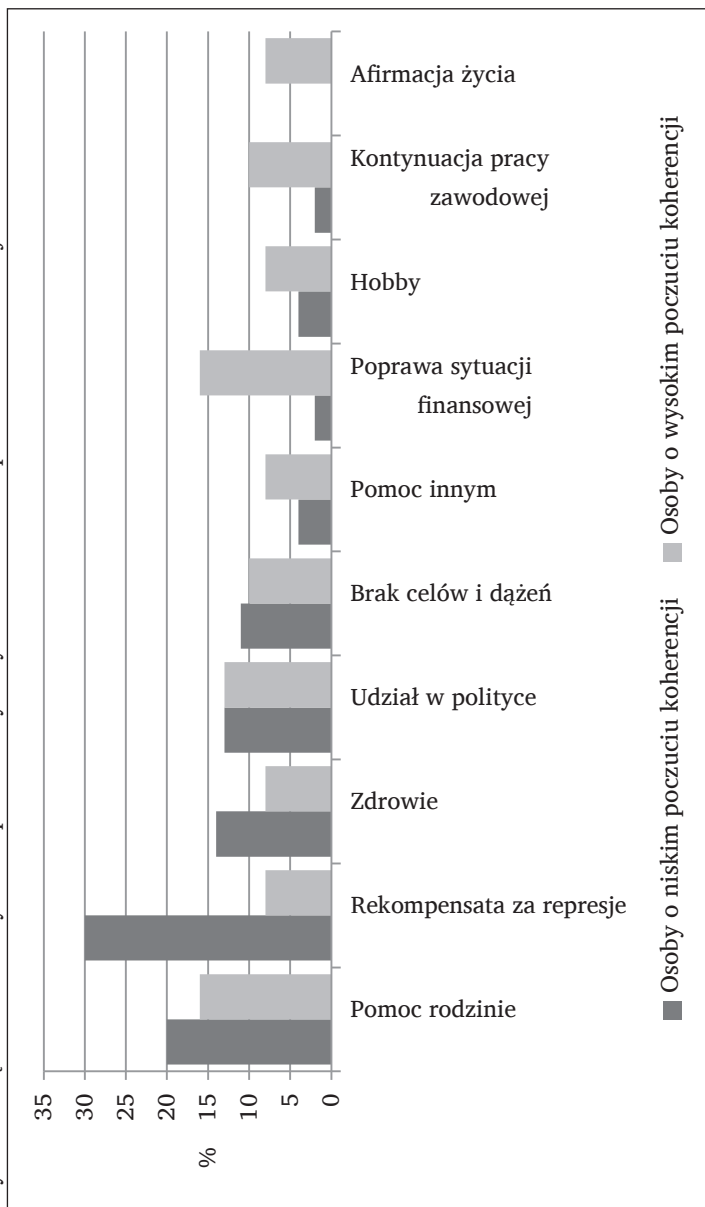
Źródło: opracowanie własne

W grupie osób represjonowanych dodatkowo porównano wypowiedzi osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji (dobór na podstawie górnego i dolnego kwartyła wyników). Procentowe zestawienie kategorii wyrażanych przez te osoby dążeń i celów przedstawione zostało na wykresie 9.

W grupie represjonowanych najczęściej wypowiedzi (21%) koncentrowało się wokół zagadnienia **rodziny** i dotyczyło pomocy materialnej, wsparcia udzielanego najbliższym – zagwarantowania im stabilizacji ekonomicznej, właściwej edukacji, opieki, wychowania ich oraz rozwijania w nich patriotyzmu i moralności. Wypowiedzi związane z tą kategorią celów częściej ujawniały osoby z niskim poczuciem koherencji: „chcę pomagać dzieciom”, „opiekować się rodziną, żyć dla niej”, „aby mój wnuk skończył studia”.

Dla osób z wysokim poczuciem koherencji szczególnie ważne było zrozumienie ich przeżyć przez najbliższych i podkreślanie międzypokoleniowej transmisji wartości związanych z miłością do ojczyzny, z honorowym i uczciwym życiem oraz walką i poświęceniem się dla wyższych ogólnoludzkich ideałów: „wychowywać [...] w duchu miłości i wiary, służbie Ojczyźnie”, „najbliższa rodzina stanowi dla mnie cel, któremu poświęcam wiele uwagi, gdyż w przeszłości nie zawsze mi się to udawało z przyczyn obiektywnych”, „wychowanie wnuków, aby byli dobrymi Polakami, uczciwymi i kochali swoją Ojczyznę”, „wychować dzieci na prawowitych Polaków [...], nie wstydić się za ich poczynania i przekonania polityczne”.

Wykres 9. Dążenia i cele wyrażane przez osoby z wysokim i z niskim poczuciem koherencji



Źródło: opracowanie własne

Bardzo charakterystyczne i specyficzne jedynie dla grupy represjonowanych (15% osób) były wypowiedzi dotyczące uzyskania **moralnej** lub **materiałnej rekompensaty** za doznane w latach 1944–1956 krzywdy. Były one wyrażane istotnie częściej przez osoby z niskim poczuciem koherencji ( $\chi^2 = 4,50$ ;  $p < 0,05$ ), a ich treść miała charakter roszczeniowy oraz łączyła się z agresją i wrogością. Dla badanych z niskim poczuciem koherencji ważne było polityczne i prawne rozliczenie winnych represji: „aby został [...] rozliczony za współpracę z sowieckim okupantem”, a także walka przeciwko partiom i osobom związanym z komunizmem lub socjalizmem: „zniszczyć [...] zarodki komunizmu”, „dążyć do uświadomienia tych zagubionych, którzy nadal dają się zwieść tej obłudnej propagandzie komunistycznej”. Wypowiedzi tej części badanych wiązały się także z większym niż u osób z wysokim poczuciem koherencji rozgoryczeniem, niespełnieniem i żalem z powodu zmarnowanych lat młodości: „przeżyć w spokoju za zniszczone lata mojej młodości, a także lata, kiedy było się człowiekiem drugiej kategorii”, „pozostaje szare i bezbarwne życie człowieka prześladowanego przez system barbarzyński”. U badanych z wysokim poczuciem koherencji cel ten łączył się z chęcią pozostawienia po sobie jakiegoś śladu: „pomóc w opracowaniu gehenny mojego życia” i z potrzebą społecznego uznania sensowności ówczesnej walki z totalitaryzmem: „zyskać uznanie za trudy walki”.

Pod względem częstości występowania następną kategorię stanowiły dążenia związane z **utrzymaniem i ochroną zdrowia**, obawami dotyczącymi przewyciężenia chorób lub dolegliwości (13% osób). Cel ten zaznaczał się dwukrotnie częściej w wypowiedziach osób z niskim poczuciem koherencji. W większości z nich wymieniano poczucie złego stanu zdrowia, gorszej wydolności i złego samopoczucia: „przeżyć w zdrowiu i sprawności umysłowej”, „mam wielkie lęki, bezsenność [...], boję się sam siebie i denerwuję wewnętrznie, nie mogę dyskutować, bo denerwuję się do tego stopnia, że brakuje mi tchu”.

W wypowiedziach 12% osób zostały uwzględnione ambicje związane z **udziałem w życiu politycznym i społecznym**, szczególnie z działalnością w związkach kombatanckich lub deklaratywnym poparciem programu tych organizacji: „rozwinąłem pracę w Związku Więźniów Politycznych Okresu Stalinińskiego”.

Wśród badanych 8% deklarowało także chęć **pomocy innym ludziom**, ze szczególnym podkreśleniem wsparcia, które chcieliby udzielić swoim współtowarzyszom z aresztu i więzienia: „chciałbym nieść pomoc szczególnie tym ludziom, którzy w minionym okresie ponieśli szkody fizyczne i moralne”. Dążenia te pojawiały się dwukrotnie częściej w grupie osób z wysokim poczuciem koherencji.

Dla 8% osób celem była **poprawa sytuacji finansowej** lub **uzyskanie dóbr materialnych**: „żeby emerytury wystarczyło na spokojne życie”, „znaleźć na emeryturze zajęcie dające mi dodatkowe środki do życia, dokończyć remont”. Osoby z wysokim poczuciem koherencji wyrażały takie dążenia dwukrotnie częściej.

**Kontynuowanie pracy** (zawodowej lub w gospodarstwie domowym) stanowiło dążenie 6% represjonowanych. Także 6% osób z grupy badawczej ujawniło pragnienie poświęcenia się swoim **zainteresowaniom i pasjom**: „chciał-

bym podróżować z żoną”, „opisać moje doświadczenia w górach”, „prowadzić ogród”. W tym przypadku także dwukrotnie częściej były one celem osób z wysokim poczuciem koherencji.

Tylko 2% osób wyrażało wprost **afirmację życia** i optymizm w antycypowaniu przyszłości – „będę cieszył się życiem, bo mam udaną rodzinę”. Cele tego typu występowały rzadziej niż w grupie porównawczej ( $\chi^2 = 10,86$ ;  $p < 0,001$ ) i ujawniały się wyłącznie w wypowiedziach osób z wysokim poczuciem koherencji.

W grupie represjonowanych 9% osób wyrażało **brak celów i ambicji** – w sumie ponad dwukrotnie częściej niż w grupie porównawczej. Zazwyczaj usprawiedliwiali to wiekiem, zmęczeniem lub chorobami, poczuciem ograniczenia możliwości fizycznych lub intelektualnych, brakiem wiary w przyszłość: „jestem już za stary na cele”, „nie mam już dążeń i ambicji, bo moje życie dobiega już końca”, „nie mam już większej przyszłości przed sobą”, „nie mam żadnych ambicji życiowych”, „nie mam już dążeń i celów w życiu, wszystko zostało zaprzepaszczone”.

Osoby z grupy porównawczej skupiały się przede wszystkim na sprawach dotyczących najbliższego otoczenia i własnego dobrostanu. Wśród najczęściej wymienianych przez nie celów i dążeń pojawiała się chęć **pomocy rodzinie** (33% osób). Osoby z tej grupy podkreślały szczególnie ważność uzyskania przez dzieci stabilizacji majątkowej, deklarowały pomoc w wychowywaniu wnuków, dbałość o ich edukację: „mieć ustabilizowane życie rodzinne, zdrowe dzieci, wnuki. Zapewnić im start w życie dorosłe”, „aby wnuczka skończyła szkołę i abym był dumny”, „żeby mój syn wychował mojego wnuka na porządnego człowieka, żeby zapewnił mu wykształcenie, mieszkanie oraz dbał o jego zdrowie”.

Łącznie 17% osób podkreślało wagę **zdrowia**, dążenie do jego ochrony i zachowania go, obawy przed chorobami lub nadzieję na długą sprawność fizyczną i umysłową: „pragnę zdrowia i szczęścia w rodzinie”, „jak najdłużej utrzymać możliwie dobry stan zdrowia i ducha”.

Podobnie jak w u osób w grupie badawczej kształtowała się częstość występowania celów, dążeń i ambicji związanych z kategoriami **pomocy innym** (6% osób), **poprawy sytuacji finansowej** (6% osób): „żebym miał większą rentę”, „zakup nowego samochodu, wybudowanie domu”, „wygrać w totolotka”; **zainteresowań i hobby** (8% osób): „nadmiar czasu wykorzystuję na działce i w letnim domku”, „zwiedzić Polskę”, „uzupełnienie i nadrobienie intelektualnych zaległości”; chęci **kontynuowania pracy zawodowej**: „na emeryturze jeszcze staram się dorównać młodszemu pokoleniu”, „aby moja gospodarka dobrze prosperowała”, „że będę jeszcze mógł na coś się przydać” (5% osób).

Znacznie więcej osób niż w grupie badawczej (15%) wyrażało **afirmację życia**, zadowolenie i satysfakcję z dotychczasowej egzystencji, połączoną z optymistycznymi myślami na temat przyszłości, własnych możliwości, zdolności: „dobre życie jest nadzieją na przyszłość”, „mam satysfakcję, że mogę być przykładem dla innych ludzi”, „jestem zadowolony ze swojego życia”, „uważam swoje życie za poukładane, i cieszę się, że wygląda w taki sposób”.

W grupie porównawczej zaledwie jedna osoba pośrednio prezentowała **aspiracje polityczne** i troszczyła się o ustrojową i gospodarczą transformację Polski: „chciałbym walczyć o to, aby ludzie starsi, emeryci i renciści przestali być traktowani jako zbędny balast”. W zakresie tej kategorii różnica pomiędzy wypowiedziami osób z grupy represjonowanych i z grupy porównawczej była istotna statystycznie ( $\chi^2 = 9,95; p < 0,01$ ).

W grupie porównawczej nie było wypowiedzi świadczących o wysokim znaczeniu takich wartości, jak: honor, patriotyzm, walka w obronie suwerenności kraju, wiara czy lojalność. Częściej pojawiały się w nich cele związane z  **pogłębieniem życia religijnego** (u 7% osób): „poznawać wiedzę o Bogu. Wytwać w wierze”, „nie odejść od Boga [...]. Dopilnować mojej rodziny, aby żyli z Bogiem”.

Dwukrotnie mniej osób niż w grupie badawczej prezentowało opinie świadczące o **braku celów** w życiu (4% osób): „Po osiągnięciu mojego wieku niewiele można żądać od życia”. Część z tych wypowiedzi wynikała także z dodatniego bilansu życiowego badanych: „właściwie już wszystko w życiu osiągnąłem, co było możliwe”.

#### 7.2.4. Poziom odczuwanego samopoczucia

Represjonowani bardziej negatywnie oceniali swoje zdrowie i funkcjonowanie niż osoby z grupy porównawczej. W zakresie wszystkich podskal testu PGWB różnice międzygrupowe zaznaczyły się bardzo wyraźnie. Osoby z grupy badawczej doznawały silniejszego natężenia lęku ( $t = 4,88; p < 0,001$ ), nastroju depresyjnego ( $t = 4,44; p < 0,001$ ), złego samopoczucia ( $t = 3,42; p < 0,001$ ), poczucia braku kontroli swoich zachowań i emocji ( $t = 3,35; p < 0,001$ ), gorszej witalności ( $t = 4,58; p < 0,001$ ) i zdrowia ogólnego ( $t = 3,52; p < 0,001$ ) niż osoby z grupy porównawczej. Wartości średnie i odchylenia standardowe w zakresie podskal tego testu uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej ukazuje tabela 37.

Tabela 37. Wartości średnie i odchylenia standardowe w zakresie podskal testu PGWB uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej

Zmienne	Grupa badawcza		Grupa porównawcza	
	$\bar{x}$	<i>sd</i>	$\bar{x}$	<i>sd</i>
Lęk	19,41	5,20	22,80	4,59
Nastój depresyjny	12,38	3,39	14,42	3,08
Samopoczucie	13,20	3,18	14,79	3,40
Samokontrola	11,89	3,53	13,54	3,42
Zdrowie ogólne	11,25	3,16	12,77	2,94
Witalność	13,79	4,07	16,41	4,00

Źródło: opracowanie własne

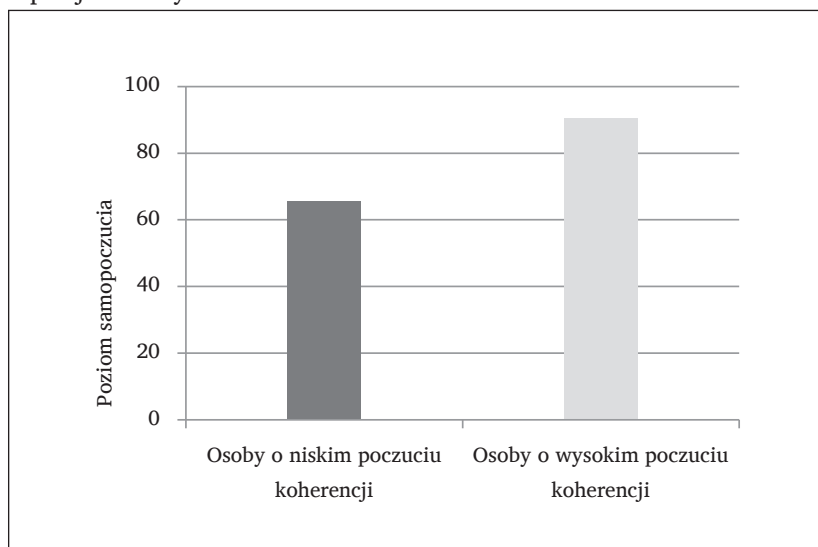


Wyniki uzyskane przez represjonowanych w skali poczucia koherencji korelowały dodatnio z wynikami otrzymanymi przez nich we wszystkich podskalach psychologicznego wskaźnika dobrego samopoczucia. Kierunek związku był determinowany sposobem obliczania wyników (np. mniejsze natężenie lęku oznaczało wyższe wyniki w podskali lęku PGWB). Najsilniejsze korelacje zostały zaobserwowane pomiędzy wynikami SOC a poziomem lęku ( $r = 0,44; p < 0,001$ ), samokontroli ( $r = 0,44; p < 0,001$ ), witalności ( $r = 0,39; p < 0,001$ ). Słabsze związki łączyły poczucie koherencji z kategoriami nastroju depresyjnego ( $r = 0,35; p < 0,001$ ), samopoczucia ( $r = 0,34; p < 0,001$ ) i z wynikami w podskali zdrowia ogólnego ( $r = 0,32; p < 0,001$ ).

Określone zostały także korelacje pomiędzy wynikami uzyskanymi przez represjonowanych w podskali lęku PGWB a wynikami w teście ISCL, w skali X-1 ( $r = -0,25; p < 0,05$ ) i X-2 ( $r = -0,28; p < 0,01$ ) oraz pomiędzy poziomem depresji (mierzonej ID Becka) a nastrojem depresyjnym, mierzonym za pomocą PGWB ( $r = -0,32; p < 0,01$ ).

Bardzo wysoką wartość przyjął także wynik analizy wariancji ( $F = 31,87; p < 0,001$ ). Oznaczał on, że w badanej grupie osoby, które charakteryzowały się wyższym poziomem koherencji, rzadziej niż osoby o niskim poziomie SOC odczuwały emocje lęku czy smutku lub wykazywały tendencję do „zamartwiania się”, strachliwości, odczuwania presji. Częściej przejawiały natomiast postawę optymistyczną, wesołość, niefrasobliwość i nadzieję, zdawały sobie sprawę z odczuwanego szczęścia, satysfakcji z życia, były bardziej zainteresowane co-

Wykres 10. Związek poczucia koherencji i poziomu samopoczucia u osób w grupie represjonowanych



$F(1,49) = 31,87; p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne

dziennymi sprawami. Opisywały siebie jako osoby bardziej pewne swoich racji, mające poczucie kontroli nad zachowaniem i emocjami. W porównaniu z badanymi przejawiającymi niskie SOC cechowały się odczuciem swojej mniejszej chorowitości, mniejszym zainteresowaniem problematyką zdrowotną, rzadszym występowaniem obaw dotyczących własnego zdrowia oraz częstszą świadomością własnej aktywności i użyteczności. Graficznie te zależności pomiędzy osobami o wysokim i niskim SOC przedstawia wykres 10.

Wyniki krokowej analizy regresji dla wyróżnionych wymiarów SOC oraz kontrolowanych zmiennych zakłócających przedstawia tabela 38. Z obliczeń tych wynika, że 26% wariancji wspólnej wyników uzyskiwanych przez badanych w teście poziomu samopoczucia tłumaczone było przez wymiar poczucia sensowności w SOC. Zaangażowanie, chęć działania, zauważanie sensu swoich poczynań związane było z lepszym samopoczuciem, zdrowiem i witalnością osób represjonowanych.

Tabela 38. Wyniki krokowej analizy regresji dla poziomu samopoczucia (PGWB) u osób w grupie badawczej

Zmienna zależna	Zmienna niezależna	Standaryzowany współczynnik regresji $\beta$	$p$	Standardowy współczynnik regresji (popr. $R^2$ )
Poziom samopoczucia poza równaniem	poczucie sensowności (SOC)	.52	0,000***	.2633
	wyraz wolny		0,000***	
	poczucie zrozumiałości (SOC)	.08	0,354	
	poczucie zaradności (SOC)	.02	0,853	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

## 7.2.5. Ustosunkowania interpersonalne

Osoby, które doświadczyły w przeszłości urazów i represji, rzadziej prezentowały prospołeczne style ustosunkowań interpersonalnych ( $t = 3,17$ ;  $p < 0,01$ ), częściej zaś przejawiały ustosunkowania związane z syndromem wrogości ( $t = 3,35$ ;  $p < 0,01$ ), takie jak: tendencje do wrogości (nieraz agresywności), nieufności, podejrzliwości i defensywności.

Analiza szczegółowych skal testu SUI pozwoliła na stwierdzenie, że osoby represjonowane istotnie rzadziej ujawniły nastawienia przyjacielskie, kompromisowe, syntoniczne i afiliatywne w stosunku do partnerów (styl współpracująco-przyjacielski,  $t = 6,15$ ;  $p < 0,001$ ), często natomiast cechowały się pod-

porządkowaniem, wiernością i podległością, nakłanianiem innych do okazania wsparcia, pomocy i porady (styl uległo-zależny,  $t = -2,65$ ;  $p < 0,01$ ). Często były także ustosunkowania charakteryzujące się wrogością, poczuciem bezsilności oraz nieufnością i podejrzliwością wobec ludzi, chłodem uczuciowym, tendencją do buntowania się przeciw zewnętrznym nakazom, demonstracyjnym okazywaniem negatywnego nastawienia do innych oraz zachowaniami destruktywnymi i agresywnymi (w formie agresji przemieszczonej lub bezpośredniej), łączącymi się ze stylem buntowniczo-podejrzliwym ( $t = -4,62$ ;  $p < 0,001$ ). Istotnie wyższe wyniki można było zauważyć także w zakresie stylu agresywno-sadystycznego ( $t = -2,42$ ;  $p < 0,05$ ) – obejmującego takie formy ustosunkowań, jak: zachowania destruktywne, agresję fizyczną i słowną (nadmierny krytycyzm, sarkazm, obelgi), wrogość wobec siebie i innych z podtekstem dominacji, poczucie górowania nad innymi, pozbawienie uczuć, a także instrumentalne traktowanie ludzi.

Z wynikami w skalach lęku (X-1, X-2 w ISCL oraz podskala lęku w PGWB) i depresji (ID) korespondowały też wysokie wyniki uzyskiwane przez badanych w skali „pesymizmu, bezradności, wołania o pomoc”, związanej z poczuciem małej wartości, biernością, lękiem, pesymizmem oraz negatywną samooceną (dla X-1 współczynnik korelacji z tą skalą wynosił  $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ; dla X-2  $r = 0,20$ ;  $p < 0,05$ ; dla podskali lęku w PGWB  $r = -0,17$ ;  $p < 0,05$  i dla poziomu depresji  $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$ ). Wysokie wyniki w skali „pesymizmu, bezradności, wołania o pomoc” odzwierciedlały także niską samoocenę związaną z wysokim napięciem lękowym i depresyjnością. Ważną podkreślenia była także informacja o braku różnic międzygrupowych w skali kłamstwa, sugerująca, że osoby represjonowane nie przejawiały większej chęci zafałszowania wyników niż osoby z grupy porównawczej. Wartości średnie oraz odchylenia standardowe uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej w skalach i syndromach testu SUI przedstawia tabela 39.

Tabela 39. Wartości średnie oraz odchylenia standardowe uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej w skalach i syndromach testu SUI

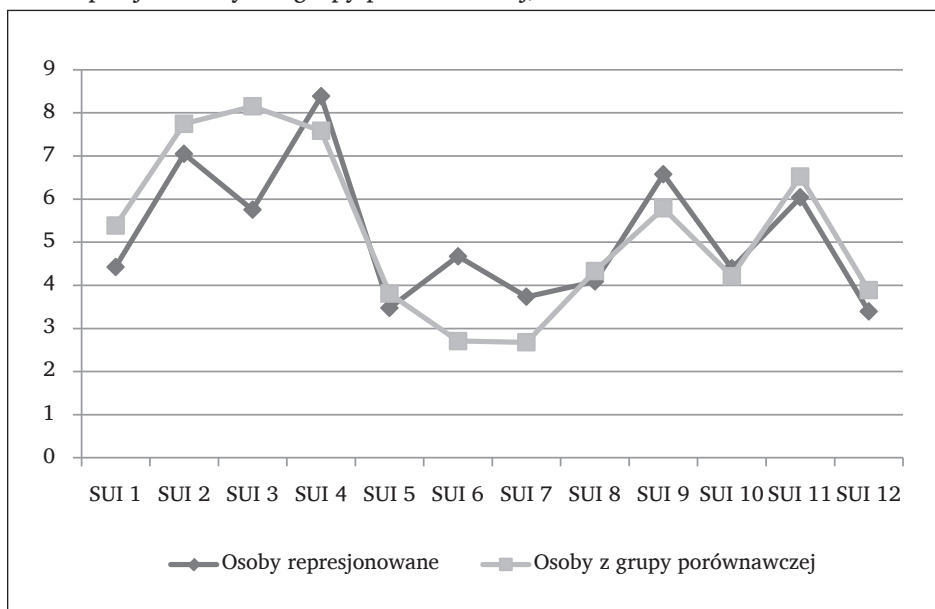
Zmienne	Grupa badawcza		Grupa porównawcza	
	$\bar{x}$	$sd$	$\bar{x}$	$sd$
Styl kierowniczo-autokratyczny (SUI 1)	4,45	2,26	5,35	3,32
Styl podtrzymująco-opiekuńczy (SUI 2)	7,02	2,88	7,77	2,48
Styl współpracująco-przyjacielski (SUI 3)	5,76	2,89	8,12	2,52
Styl uległo-zależny (SUI 4)	8,43	2,47	7,55	2,21
Styl wycofująco-masochistyczny (SUI 5)	3,51	2,51	3,77	2,67
Styl buntowniczo-podejrzliwy (SUI 6)	4,69	3,21	2,71	2,83
Styl agresywno-sadystyczny (SUI 7)	3,75	3,32	2,67	2,97

Styl współzawodnicząco-narcystyczny (SUI 8)	4,10	2,83	4,32	3,02
Skala „samoakceptacji” lub „stopnia samozadowolenia” (SUI 9)	6,59	3,36	5,78	3,68
Skala kłamstwa (SUI 10)	4,42	2,91	4,19	2,94
Skala „zazdrości, realizmu, względnej autonomii” (SUI 11)	6,01	2,99	6,55	3,24
Skala „pesymizmu, bezradności, wołania o pomoc” (SUI 12)	5,41	3,33	3,89	2,88
Zespół skal „prospołecznych” (SUI PRO)	27,22	6,14	29,99	6,14
Syndrom wrogości (SUI WRO)	11,95	5,63	9,15	6,17
Syndrom egocentryzmu (SUI EGO)	8,55	3,98	9,67	5,50

Źródło: opracowanie własne

Wyniki w poszczególnych skalach testu SUI osób represjonowanych w przeszłości na tle osób z grupy porównawczej można zobrazować, porównując ich profile na wykresie 11. Widoczne jest na nim znaczne podwyższenie u osób represjonowanych poziomu części skal należących do syndromu wrogości i obniżenie skal związanych z zespołem skal prospołecznych.

Wykres 11. Profile wyników w skali ustosunkowań interpersonalnych (dla grupy osób represjonowanych i grupy porównawczej)



SUI 1–SUI 12 – style ustosunkowań interpersonalnych.

Źródło: opracowanie własne

Poczucie koherencji korelowało ujemnie z syndromem wrogości ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,001$ ), szczególnie ze stylami agresywno-sadystycznym ( $r = -0,54$ ;  $p < 0,001$ ) i buntowniczo-podejrzliwym ( $r = -0,29$ ;  $p < 0,001$ ) osób represjonowanych. Zauważyć można było również słabszy dodatni związek pomiędzy wynikami w SOC a prospołecznymi ustosunkowaniami interpersonalnymi ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ), dla pojedynczych skal, obrazujących konkretne typy ustosunkowań prospołecznych, korelacje z poziomem poczucia koherencji okazały się jednak nieistotne statystycznie. Dodatnio związana z poczuciem koherencji była skala „zazdrości, realizmu, względnej autonomii” ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,001$ ), która łączyła się z akceptacją własnej osoby, a w odniesieniu do kontaktów społecznych – z asertywnością, przedsiębiorczością i optymizmem. Podobnie, zgodnie z oczekiwaniami, istotna była ujemna korelacja pomiędzy wynikiem globalnym SOC, który uzyskiwali represjonowani, a wynikami w skali „pesymizmu, bezradności, wołania o pomoc” ( $r = -0,32$ ;  $p < 0,01$ ). Zależności o charakterze korelacyjnym pokazane zostały w tabeli 40.

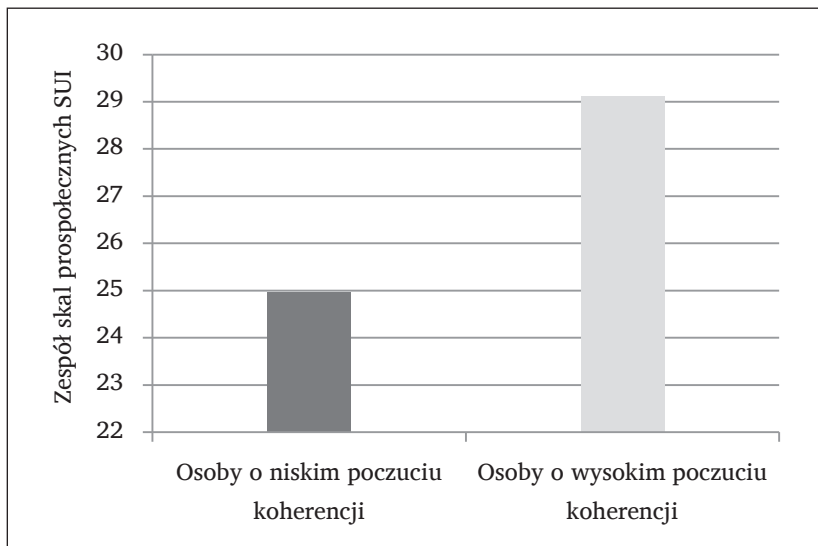
Tabela 40. Wartości współczynników korelacji cząstkowej ( $r$  Pearsona) pomiędzy wynikiem ogólnym uzyskanym w teście SOC a wynikami uzyskanymi przez badanych w podskalach testu SUI

Zmienne	SOC ogólny
Styl kierowniczo-autokratyczny (SUI 1)	0,01
Styl podtrzymująco-opiekuńczy (SUI 2)	0,10
Styl współpracująco-przyjacielski (SUI 3)	0,10
Styl uległo-zależny (SUI 4)	-0,18
Styl wycofująco-masochistyczny (SUI 5)	-0,05
Styl buntowniczo-podejrzliwy (SUI 6)	-0,29**
Styl agresywno-sadystyczny (SUI 7)	-0,54***
Styl współzawodnicząco-narcystyczny (SUI 8)	0,03
Skala „samoakceptacji” lub „stopnia samozadowolenia” (SUI 9)	-0,09
Skala kłamstwa (SUI 10)	-0,06
Skala „zazdrości, realizmu, względnej autonomii” (SUI 11)	0,42***
Skala „pesymizmu, bezradności, wołania o pomoc” (SUI 12)	-0,32**
Zespół skal prospołecznych (SUI PRO)	0,22*
Syndrom wrogości (SUI WRO)	-0,51***
Syndrom egocentryzmu (SUI EGO)	0,03

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

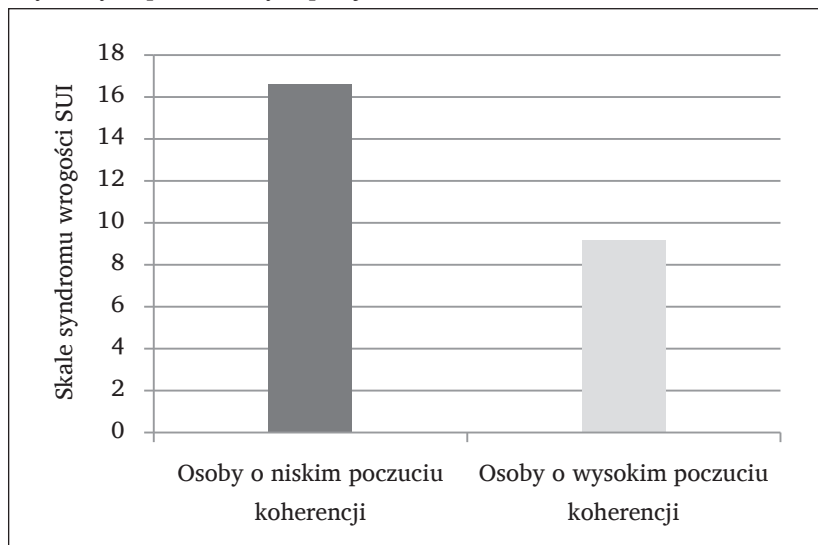
Wykres 12. Związek poczucia koherencji i wyników w skalach prospołecznych SUI uzyskanych przez osoby represjonowane



$F(1,49) = 6,37; p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne

Wykres 13. Związek poczucia koherencji i wyników w skalach syndromu wrogości uzyskanych przez osoby represjonowane



$F(1,49) = 39,19; p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne

Podczas analizy wariancji istotny statystycznie okazał się związek pomiędzy poczuciem koherencji a wynikami uzyskanymi przez badanych w zespolu skal prospołecznych. Określał on, że osoby cechujące się wysokim poziomem poczucia koherencji deklarowały bardziej afiliatywne, prospołeczne nastawienia w kontaktach międzyludzkich niż osoby z niskim SOC. Związek ten zobrazowano na wykresie 12.

W grupie ocalałych osoby o niskim SOC przejawiały mniej przyjazne ustosunkowania do innych osób (charakteryzujące się wrogością lub nawet tendencjami agresywnymi) niż osoby cechujące się wysokim SOC. Na wykresie 13 został graficznie przedstawiony związek poczucia koherencji i wyników w skalach syndromu wrogości.

Wymiar poczucia zaradności okazał się najlepszym predyktorem ustosunkowań charakteryzujących syndrom skal prospołecznych spośród wszystkich składowych poczucia koherencji. Tłumaczył on jednak (razem ze zmienną czasu od zwolnienia) tylko około 9% wspólnej wariancji, co wydaje się wynikiem marginalnym. Niemniej jednak oznacza on, że umiejętność poradzenia sobie w sytuacjach interpersonalnych oraz wykorzystania dostępnych zasobów może sprzyjać ustosunkowaniom afiliatywnym i prospołecznym.

Dane z krokowej analizy regresji (zawarte w tabeli 41) wskazują natomiast, iż predyktorami syndromu wrogości były wszystkie wymiary poczucia koheren-

Tabela 41. Wyniki krokowej analizy regresji dla syndromu skal prospołecznych i syndromu wrogości w grupie badawczej

Zmienna zależna	Zmienna niezależna	Standaryzowany współczynnik regresji <i>beta</i>	<i>p</i>	Standardowy współczynnik regresji (popr. $R^2$ )
syndrom skal prospołecznych	poczucie zaradności (SOC)	.24	0,014*	
	czas od zwolnienia	.24	0,015*	.0872
	wyraz wolny		0,971	
poza równaniem	poczucie sensowności (SOC)	.15	0,104	
	poczucie zrozumiałości (SOC)	-.16	0,099	
syndrom wrogości	poczucie sensowności (SOC)	-.37	0,000***	
	poczucie zrozumiałości (SOC)	-.24	0,008**	
	poczucie zaradności (SOC)	-.20	0,029*	.3446
	wyraz wolny		0,000***	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

cji, które razem tłumaczyły 34% wspólnej wariancji. Wynika z tego, że osoby, potrafiące zrozumieć motywy zachowania innych, angażujące się emocjonalnie na ich rzecz oraz umiejące skutecznie działać w otoczeniu prezentowały bardziej ufną, akceptującą i mniej wrogą postawę wobec ludzi.

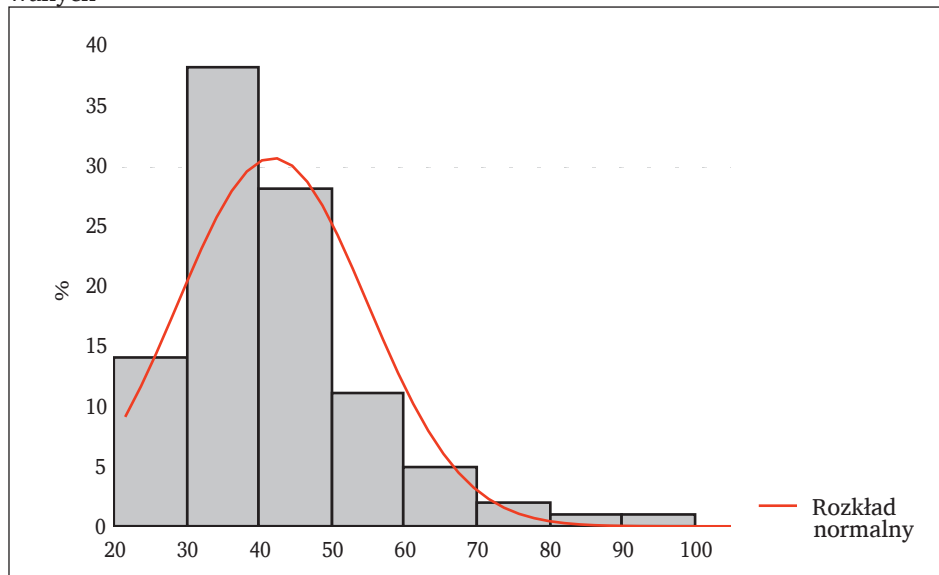
### 7.2.6. Natężenie PTSD

Średnia poziomu natężenia PTSD (mierzonego kwestionariuszem PTSD-Interview) wynosiła w grupie osób represjonowanych 41,90 pkt ( $sd = 13,04$ ; przedział od 24 do 90 pkt). Rozkład wyników w zakresie poziomu natężenia PTSD w badanej grupie przedstawiony został na wykresie 14. U większości osób nasilenie PTSD przyjmowało wyniki w trzech dolnych stenach.

Wyniki uzyskane przez represjonowanych w zakresie zmiennej natężenia PTSD korelowały dodatnio z wynikami poziomu lęku-stanu ( $r = 0,56$ ;  $p < 0,001$ ), lęku-cechy ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,001$ ), depresji ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,001$ ) i ujemnie z poziomem samopoczucia ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,001$ ).

Na podstawie analizy korelacji cząstkowej Pearsona stwierdzono istnienie negatywnego związku pomiędzy poziomem SOC a natężeniem PTSD ( $r = -0,35$ ;  $p < 0,001$ ). Związek ten potwierdziła analiza wariancji, a zobrazowany został na wykresie 15. Osoby o wysokim SOC cechowały się w aktualnym funkcjonowaniu mniejszym natężeniem objawów stresu pourazowego, diagnozowanego za pomocą testu PTSD-Interview.

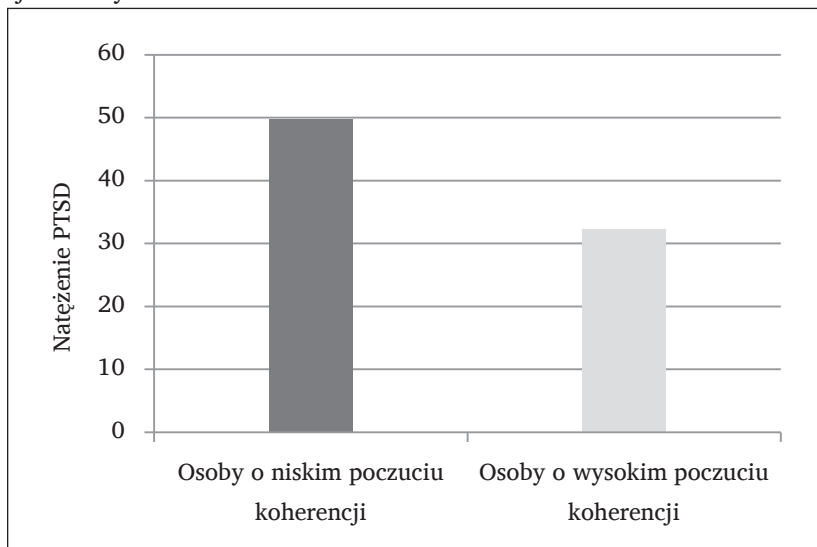
Wykres 14. Rozkład wyników poziomu natężenia PTSD w grupie osób represjonowanych



Źródło: opracowanie własne



Wykres 15. Związek poczucia koherencji i poziomu natężenia PTSD u osób represjonowanych



$F(1,49) = 7,61; p < 0,01$

Źródło: opracowanie własne

Wyniki krokowej analizy regresji wykazały, że najlepszymi predyktorami dla zmiennej zależnej PTSD były w zakresie SOC skale poczucia sensowności i zaradności. Wraz ze zmienną długości uwięzienia represjonowanych tłumaczyły one 13% wariacji wyników natężenia PTSD. Dane te zawarte zostały w tabeli 42.

Tabela 42. Wyniki krokowej analizy regresji dla zmiennej natężenia PTSD u osób represjonowanych

Zmienna zależna	Zmienna niezależna	Standaryzowany współczynnik regresji <i>beta</i>	<i>p</i>	Standardowy współczynnik regresji (popr. $R^2$ )
natężenie PTSD	poczucie sensowności (SOC)	-.23	0,016*	.1277
	długość uwięzienia	.22	0,043*	
	poczucie zaradności (SOC)	-.19	0,049*	
	wyraz wolny		0,000***	
poza równaniem	poczucie zrozumiałości (SOC)	-.16	0,100	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; SOC – poczucie koherencji.

Źródło: opracowanie własne

## 8. Dyskusja wyników i wnioski

Uzyskane dane potwierdziły większość przyjętych hipotez, w których zakładano występowanie u osób z grupy badawczej odległych następstw stresu pourazowego oraz istnienie związku pomiędzy poziomem ich poczucia koherencji i modyfikacją nasilenia odległych następstw traumy.

Problemy badawcze sformułowane w pierwszej części badań miały umożliwić porównanie i wykazanie różnic pomiędzy osobami represjonowanymi z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 a grupą porównawczą pod względem poziomu ich poczucia koherencji, lęku, depresji, poczucia sensu życia, samopoczucia oraz przejawianych stylów ustosunkowań interpersonalnych.

W **hipotezie badawczej 1** założono, że odległe następstwa stresu pourazowego wyrażają się gorszym funkcjonowaniem wewnętrznym i interpersonalnym osób represjonowanych politycznie w Polsce w latach 1944–1956 w porównaniu z osobami, które nie doświadczyły podobnych urazów. Wyniki dotyczące poszczególnych następstw stresu pourazowego potwierdziły hipotezy 1a, 1c, 1d. W badaniach wykazano, że osoby cierpiące na PTSD cechowały się wyższym poziomem lęku, depresji, niższym poczuciem sensu życia, gorszym samopoczuciem, a w kontaktach interpersonalnych – stylami ustosunkowań łączącymi się z wrogością i mniejszą prospołecznością. Na podstawie informacji z wywiadów oraz doniesień zawartych w części teoretycznej (por. rozdziały pierwszy i drugi, a w szczególności: Joseph, Williams i Yule, 1997; Lis-Turlejska, 1992; 2005; Tomb, 1994; Wilson i Raphael, 1993a,b,c) można przypuszczać, że przyczyną tego stanu rzeczy było funkcjonowanie badanych osób w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa i życia, a także wynikało to z ich poczucia winy spowodowane cierpieniami najbliższych.

Doświadczone w młodości, w momencie wchodzenia w dorosłe życie, zagrożenia i naruszenie godności osobistej przyczyniły się więc do nasilenia pogotowia lękowego, nastroju depresyjnego, do obniżenia poziomu samooceny i akceptacji represjonowanych. Wpłynęły także na gorsze funkcjonowanie tych osób oraz w znacznym stopniu na subiektywnie przez nich odczuwaną dewaluację wartości i sensu egzystencji.

Główny problem badawczy drugiej części badań dotyczył roli poczucia koherencji w występowaniu i nasileniu odległych następstw stresu pourazowego. W **hipotezie badawczej 2** przyjęto, że u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce natężenie i styl przeżywania odległych następstw stresu pourazowego w sferze funkcjonowania wewnętrznego i interpersonalnego jest związany z poziomem poczucia koherencji. Szczegółowe hipotezy 2a, 2b i 2c określały, że ocaleni cechujący się niskim poziomem poczucia koherencji charakteryzują się większym nasileniem zaburzeń. Przejawiało się to występowaniem u nich: wyższego poziomu lęku i depresji, obniżonego poziomu poczucia sensu życia, gorszego samopoczucia, większego natężenia PTSD oraz częstszych ustosunkowań interpersonalnych cechujących się bezradnością i ustosunkowań należących do tzw. syndromu wrogości. Wśród osób o niskim SOC stwierdzono także rzadsze występowanie prospołecznych stylów ustosunkowań interpersonalnych w porównaniu z represjonowanymi o wysokim poziomie poczucia koherencji. Wyniki badań potwierdziły większość przyjętych hipotez szczegółowych, a tym samym ukazały ważność kategorii poczucia koherencji w opisie odległych następstw stresu pourazowego w powyższej grupie badawczej.

Poniżej zostanie przedstawiona analiza i interpretacja wyników w zakresie poszczególnych odległych następstw stresu pourazowego oraz związku poczucia koherencji z ich występowaniem.

## 8.1. Lęk

### 8.1.1. Lęk u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Wyniki potwierdziły przyjętą hipotezę, że osoby represjonowane z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 przejawiają znacznie wyższy poziom lęku w porównaniu z osobami, które w przeszłości nie doznały podobnych urazów. Różnice ujawniły się w stosunku do lęku rozumianego zarówno jako stały, utrwalony mechanizm funkcjonowania osobowości (cecha lęku), jak i jego stan w sytuacji badania (stan lęku). Dane te są zgodne z sugestiami badaczy (Gierowski i Heitzman, 1996; Heitzman i Rutkowski, 1997; Rutkowski, 1999; Sroka, 1997), którzy uważali, że lęk jest jednym z podstawowych następstw stresu pourazowego u osób represjonowanych, a szczegółowe wartości zmiennych lęku-stanu i lęku-cechy (średnie i odchylenie standardowe) korespondują z wynikami uzyskanymi w badaniach osób narażonych w przeszłości na stres spowodowany traumą wojenną (Lating i in., 1995; por. rozdział drugi).

Wykazywany istotnie wyższy stan lęku u osób represjonowanych oznacza, że okoliczności badania, które prowokowały ocalałych do wspomnień na temat traumatycznych przeżyć, były dla większości z nich trudne. Na ich percepcję tej sytuacji mogły wpłynąć trudności w rozmawianiu na temat swoich doświadczeń, utrwalone mechanizmy i procesy blokowania emocji towarzyszących traumie

(długotrwała niemożność ich uzewnętrznienia), a także obawa przed powrotem (nawet w sferze mentalnej) do tamtych zdarzeń. Osoby represjonowane, znajdujące się w przymusowej izolacji, poddawane torturom, często musiały się konfrontować z własną bezsilnością, brakiem możliwości konstruktywnego działania, co w późniejszych latach wywoływało lęk przed wszystkimi okolicznościami przypominającymi traumę. Wysokie natężenie stanu lęku represjonowanych podczas przypominania sobie kolejnych etapów traumy może być interpretowane w kategoriach modelu Horowitza (1993, opisanego w rozdziale drugim). Reakcje badanych odpowiadałyby fazie „wdzierania się”, w trakcie której jednostka konfrontuje się z własnymi intruzywnymi myślami, obrazami ekstremalnego zdarzenia i przez to staje się bardziej podatna na odczuwanie gwałtownych, negatywnych emocji. Wyniki te prowadzą także do wniosku o zasadności rozważania i minimalizowania poszczególnych typów trudności i problemów metodologicznych (omawianych w rozdziale pierwszym), przede wszystkim dotyczących nawiązywania i budowania relacji podczas wywiadów z osobami represjonowanymi.

Rozmowy przeprowadzone z badanymi pozwoliły też na przybliżenie przyczyn wysokiego poziomu cechy lęku u osób w powyższej grupie. Od momentu aresztowania lęk towarzyszył represjonowanym, był najczęściej głównym elementem metod kontroli i przymusu, wykorzystywanym przez funkcjonariuszy Urzędu Bezpieczeństwa. Badani żyli w stanie niepewności, nie mieli kontroli nad zewnętrznymi okolicznościami, narażeni byli na depryzację podstawowych potrzeb oraz zagrożenie fizycznej, psychicznej i etycznej integralności. Te elementy sytuacji, szczególnie niepewność, zagrożenie i brak możliwości kontroli, uznawane są w literaturze przedmiotu za jedne z ważniejszych czynników wywołujących lęk (Heszen-Niejodek, 1996; Łosiak, 1984; Spielberg, 1966, 1972). Także intensywność i długotrwałość represji, których badani doświadczyli w młodości, mogły nasilić u nich tę emocję i wpłynąć na jej uogólnienie.

W okresie po zwolnieniu realne obawy przed ryzykiem powtórnej utraty wolności, a także odtwarzanie traumatycznych doświadczeń w postaci intruzywnych myśli lub w tematyce snów zwiększało lęk związany z pamięcią o urazie, wytwarzając specyficzne nastawienie lękowe, lękową poznawczą interpretację otoczenia oraz reakcję nadmiernego pobudzenia na bodźce tematycznie związane z ekstremalnymi doświadczeniami. Na podstawie doniesień zawartych w części teoretycznej należy też sądzić, że do utrzymania silnego pogotowia lękowego przyczyniła się początkowa stała inwigilacja oraz dyskryminowanie osób po wyjściu z więzienia – trudności w zatrudnieniu, ograniczenie awansu społecznego, trudności materialne i konflikty rodzinne, nieraz brak pomocy i zrozumienia, a nawet szykany ze strony dawnych znajomych. Sytuacja ta niejednokrotnie doprowadzała do stosowania przez ocalałych z represji autocenzury, wprowadzenia przez nich wewnętrznego zakazu wspomnienia własnych doświadczeń, co można przyrównać do fazy zaprzeczania w koncepcji Horowitza (1993). Wspomniany brak możliwości odreagowania urazów, a także zewnętrzne problemy adaptacyjne przyczyniły się do potęgowania i kumulacji lęku, który utrzymywał się bardzo długo jako sposób reakcji na otoczenie czy co-

dzienne trudności życiowe. Przejawiał się on nieustannym przeżywaniem przez ocalałych nieokreślonego niepokoju i napięcia bądź konkretnych obaw przed ewentualnością ponownego zetknięcia się z represjami zarówno przez siebie, jak również przez najbliższych.

Dane empiryczne zebrane przez Sosnowskiego (1977) pozwoliły założyć, że skala X-2 (cechy lęku) mierzy osobową podatność na reagowanie lękiem szczególnie w sytuacjach interpersonalnych. Na podstawie wywiadów stwierdzono, że lęk u osób represjonowanych ma pod względem treściowym także specyficzny wymiar społeczny, charakterystyczny dla osób prześladowanych przez innych ludzi. Po wyjściu na wolność nie ufały nikomu, były lękliwe, sensytywne i podejrzliwe. W późniejszych latach (także w czasie wywiadu) nazywały tę cechę „ostrożnością” lub „nieufnością” w kontaktach z innymi. W rzadszych przypadkach osoby te lękały się jakichkolwiek silniejszych związków, kontaktów towarzyskich, wychodzenia z domu. Bardzo często bały się ludzi zatrudnionych w służbach porządkowych, związanych z władzą, urzędników i osób umundurowanych. W kontakcie z ofiarami polskiego systemu władzy zwraca więc uwagę pewna ambiwalencja percepcyjna munduru i oznaczeń wojskowych. Badani deklarowali bowiem pozytywne uczucia łączone z przedwojenną, wojenną czy konspiracyjną symboliką oraz silnie negatywne konotacje z postaciami czy ubiorem funkcjonariuszy totalitarnego aparatu władzy. W obecnym funkcjonowaniu prześladowanych i szykanowanych przez aparat władzy w Polsce częsta jest też ich skłonność do przeżywania intensywnego lęku przy ekspozycji zdarzeń symbolizujących czy przypominających różne aspekty traumatycznych doświadczeń (filmów, reportaży), co potwierdziło ważność tego symptomu w charakterystyce PTSD.

Przeżywanie lęku często zaostrzało się u ocalałych w czasie snu. Na tę cechę lęku w obrazie psychopatologii odległych następstw stresu pourazowego zwrócił uwagę Eitinger (1980). W opinii tego badacza lęk tworzy triadę z zaburzeniami snu i koszmarami sennymi o tematyce związanej z urazem. Represjonowani bardzo często zgłaszali trudności z zasypianiem, występowanie koszmarów sennych, problem wybudzania się w nocy, dlatego można sądzić, że lęk prowokowany był także wtórnie treściami pojawiającymi się w nocnych koszmarach, związanych tematycznie z prześladowaniami (zob. też Rutkowski, 1999).

Podsumowując, należy stwierdzić, że uzyskane w badaniach wysokie współczynniki lęku w kwestionariuszu ISCL u osób represjonowanych, istotnie wyższe od osób z grupy porównawczej, pozostają w związku z traumatycznymi doświadczeniami z przeszłości.

### 8.1.2. Poczucie koherencji a lęk u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Badania potwierdziły hipotezę, że osoby represjonowane o niskim poczuciu koherencji przejawiają wyższy poziom stanu i cechy lęku niż osoby o wysokim poczuciu koherencji. Wyniki badań zgodne były z doniesieniami Anto-

novsky'ego (1995) oraz McSherry'ego i Holma (1994), które wskazywały na to, że osoby o niskim SOC odczuwały istotnie częściej lęk i wrogość niż osoby o średnim lub wysokim SOC. Korespondowały także z wynikami uzyskanymi w polskich badaniach Koniarka, Dudka i Makowskiej (1993), choć ich autorzy stwierdzili nieco wyższe korelacje pomiędzy wynikami w skalach poczucia koherencji i skalach lęku.

Przyczyn otrzymanych rezultatów można szukać w podobnych czynnikach konstytuujących kategorię poczucia koherencji i lęku (według teorii poznawczych) – w obydwu przypadkach podkreślana była poznawcza ocena sytuacji zagrażających (Antonovsky, 1995; Sosnowski, 1977; Spielberger, 1972).

W swojej koncepcji genezy stanu i cechy lęku Spielberger (1972) zakładał istnienie elementu pośredniczącego, jakim była percepcja niebezpieczeństwa. Autor ten rozważał także możliwość różnic indywidualnych w ocenie zagrożenia płynącego z tej samej sytuacji. Represjonowanym o niskim poczuciu koherencji świat wydawał się niezrozumiały, nieprzewidywalny, niedorzeczny i bezsensowny, wobec czego częściej interpretowali oni pojawiające się sytuacje jako zagrażające, w których nie będą umieli sobie poradzić i będą się czuli bezbronni. Taki sposób postrzegania rzeczywistości powodował lęk w okolicznościach, które wiązały się ze wspomnieniami o dawnych traumatycznych zdarzeniach (np. w czasie wywiadu czy badań), a będąc uogólnioną postawą człowieka wobec wszystkich życiowych sytuacji – potęgowała osobowościowe dyspozycje do zareagowania lękiem (rozumianym jako cecha w koncepcji Spielbergera).

Korelacja wymiarów poczucia zrozumiałości i sensowności ze stanem i cechą lęku wydawała się wiązać z typem i kontekstem badań. Osoby charakteryzujące się wysokim SOC lepiej rozumiały potrzebę i cel spotkań, potrafiły odnaleźć ich pozytywne znaczenie (etyczne, historiozoficzne – danie świadectwa innym pokoleniom, radość z sytuacji ocalenia i z przyczynienia się poprzez swoje cierpienia do aktualnych zmian politycznych). Dla osób o niskim SOC sytuacja badania przypominała tylko niezrozumiałe, trudne fakty, które wywoływały negatywne emocje i doprowadziły je do strat natury materialnej, zdrowotnej i społecznej. Wtórnie mogło to wywołać napięcie lękowe w trakcie kontaktu z badającym.

Genezę utrwalenia się wysokiego poziomu cechy lęku u osób charakteryzujących się niskim poczuciem zrozumiałości, zaradności i sensowności można tłumaczyć w kategoriach poznawczej koncepcji lęku Lazarusa i Averilla (1972). Według tych autorów emocja ta pojawia się wówczas, gdy kognitywne schematy danej osoby nie są zdolne przyjąć, objąć i przetworzyć informacji z otaczającego świata, gdy zostaje ona postawiona w nowych, traumatycznych czy ekstremalnych sytuacjach, którym brakuje dotychczasowej spójności, oczywistości i logiki. Podobne możliwości interpretacyjne nasuwa teoria Goldsteina (1939). Uważał on, iż lęk jest odpowiedzią na zablokowanie potrzeby rozumienia i radzenia sobie z otoczeniem, polegające na niemożności przewidzenia zdarzeń, poznania ich sensu i znaczenia. Związana z niskim SOC, utrwalona tendencja do percepcji otoczenia jako mało spójnego z indywidualnymi schematami tworzonymi dla opisu rzeczywistości oraz nieumiejętność skorzystania z dostępnych zasobów mogły powodować, że niektóre osoby postrzegały i oceniały świat jako zagraża-

jący, co korelowało zarówno z nasiloną cechą lęku, jak i sytuacyjnie uwarunkowanym stanem.

Aspekt poznawczego przepracowania motywów traumy (intruzywnych myśli, wspomnień i emocji) podkreślał również w swoim modelu Horowitz (1993). Za ważny czynnik lękotwórczy uznawał on „wdzieranie się” do świadomości wypartych przeżyć. Według jego koncepcji, osoby charakteryzujące się zdolnością do elastycznego dopasowania bądź zmiany schematów poznawczych (dzięki którym możliwa jest integracja elementów traumy z rzeczywistością) łatwiej przepracowują traumatyczne zdarzenia i odczuwają mniej negatywnych emocji. Represjonowani o wysokim SOC charakteryzowali się strukturami poznawczymi, które były bardziej otwarte na przyjęcie nawet nieakceptowanych przez nich tendencji i wyobrażeń, a poprzez to interpretowali je jako mniej zagrażające, co wpływało na zmniejszenie się poziomu cechy lęku w porównaniu z osobami o niskim SOC.

Drugim kierunkiem analizy w odniesieniu do ocalałych z represji było przesłedzenie wykazanych zależności przez pryzmat historii życia jednostek (na podstawie przeprowadzonych rozmów z badanymi). Natężenie, kompleksowość i długotrwałość sytuacji ekstremalnego stresu mogły powodować utrwalenie się w późniejszym zachowaniu tych sposobów reakcji i cech, które ujawniane były przez badanych w czasie traumatycznych zdarzeń wiążących się z uwięzieniem i tzw. stresem przedłużonym.

Osoby o wysokim SOC, które w czasie traumatycznych zdarzeń umiały poznawczo przepracować i zrozumieć doświadczenia wynikające z uwięzienia (np. poprzez znalezienie ich przyczyny, jaką była walka z systemem lub przyjęcie postawy żołnierza czy jeńca) i potrafiły zrozumieć swoje późniejsze trudności adaptacyjne oraz odnaleźć pozytywne strony swojej aktualnej sytuacji, były zdolne do poznawczego opanowania, mentalnego osłabienia zewnętrznych bodźców. Wiązane z wymiarem poczucia sensowności zaangażowanie emocjonalne i wiara w wartość idei, o które represjonowani walczyli, były także czynnikami redukującymi lęk, wzmacniały odwagę i pewność swoich racji. W odniesieniu do poczucia zaradności – badani, którzy potrafili wykorzystywać ówczesne możliwości w celu poprawy swojej sytuacji, umieli poradzić sobie z innymi trudnymi okolicznościami i dzięki temu mniej się bali ich wystąpienia. Osoby charakteryzujące się wyższym poczuciem zaradności rzadziej rezygnowały z realizacji swoich planów czy osiągnięcia celów, częściej także potrafiły sprostać wymaganiom stawianym przez otoczenie. Poczucie własnej skuteczności sprzyjało zmniejszeniu intensywności cechy lęku. Jednak mniejszy wkład tego wymiaru SOC w zakresie wariacji stanu lęku może się łączyć z aktualnie niską zaradnością badanych oraz z utrwalonymi w przeszłości (w sytuacji ograniczenia i kontroli behawioralnej aktywności) mechanizmami rozwiązywania problemów nie na płaszczyźnie działań, a w sferze poznawczego i emocjonalnego przepracowania.

W procesie adaptacji posttraumatycznej czynnikiem, który zwiększał szansę ocalałych na satysfakcjonujące przystosowanie się, była też możliwość ekspresji emocjonalnej. Jej znaczenie szczególnie podkreślają Silver i Wortman (1984).

Według Antonovsky'ego, osoby o wysokim SOC poprzez swobodne i pełne wyrażenie emocji mogły zredukować bądź zmniejszyć ich intensywność i negatywny charakter, a wtórnie zapobiec ich utrwalaniu się, „zaleganiu” oraz pojawianiu się niekontrolowanych ataków (np. panicznego lęku).

Omawiane wyniki pozwalają stwierdzić, że poczucie koherencji jest ważnym czynnikiem związanym z przeżywaniem oraz ujawnianiem stanu i cechy lęku w grupie osób represjonowanych politycznie. Należy także sądzić, że dla tej grupy osób szczególnie ważnym czynnikiem pośredniczącym w relacjach pomiędzy przeżywaniem lękiem a siłą poczucia koherencji było zrozumienie przeszłej i otaczającej rzeczywistości oraz nadanie im emocjonalnego sensu.

## 8.2. Depresja

### 8.2.1. Poziom depresji u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

W rezultacie przeprowadzonych badań potwierdziły się przypuszczenia o wysokim poziomie depresji, mierzonej Inwentarzem Depresji Becka, u osób narażonych w młodości na represje. Wyniki te korelowały z doniesieniami badaczy (Bidzińska, 1984; Nowakowska, 1999; Pużyński, 1988) na temat psychogennej etiologii reakcji depresji. Według tych autorów mogła pojawiać się ona jako odpowiedź na różnorodne, niekorzystne sytuacje życiowe. Do zmiennych psychospołecznych powodujących powstanie bądź nasilenie depresji zaliczyli oni: uraz psychiczny, przeżycie patogenne, napięcie, frustrację, stres psychiczny, sytuację psychotraumatyzującą, utratę kontaktów międzyludzkich, zagrożenie zdrowia i zagrożenie samooceny, czyli te okoliczności, na które narażone były w przeszłości osoby represjonowane z przyczyn politycznych w Polsce.

Uzyskane dane były także zgodne z obserwacjami i badaniami empirycznymi prowadzonymi w grupie więźniów hitlerowskich obozów zagłady (Horowitz, 1993; Leśniak, 1965; Ochberg, 1995; Orwid, 1964; Solomon, 1993; Southwick, Yehuda i Giller, 1991; Turner i Gorst-Unsworth, 1993; Wilson, Smith i Johnson, 1985) oraz badaniami osób narażonych na represje z przyczyn politycznych w Polsce (Chmielińska-Moszczak, 1997; Rutkowski, 1999). Podobnie jak w powyższych badaniach depresja u represjonowanych objawiała się obniżeniem nastroju – smutkiem, zaniechaniem lub trudnościami w aktywności, poczuciem beznadziei odnoszonym się do kompetencji radzenia sobie w życiu i do planów na przyszłość oraz brakiem wiary w siebie. Należy natomiast stwierdzić, że średnie oraz odchylenia standardowe wyników Inwentarza Depresji Becka w grupie badanej były wyższe od uzyskanych w grupie weteranów wojny w Wietnamie i grupie kombatantów wojennych (Lating, Zeichner i Keane, 1995; Wilson, Smith i Johnson, 1985).

Długotrwałość represji w młodym wieku (w czasie uwięzienia polegających na celowym, nasilonym pozbawianiu więźniów godności, obniżaniu ich samo-



oceny i eliminowaniu wsparcia ze strony ich bliskich, po zwolnieniu zaś – na polnym, nieraz zamaskowanym kształtowaniu i wzmacnianiu w nich poczucia bezwartościowości, bezużyteczności społecznej) powodowała nasilenie się negatywnych sądów (podstawowych, centralnych założeń) o sobie i otoczeniu. Według poznawczo-behawioralnego modelu depresji Becka (Beck i in., 1979) sądy te mogły stać się podstawą do nasilenia się objawu depresji w aktualnym funkcjonowaniu. Szczególnie przy nakładaniu się na przeszłe doświadczenia innych, trudnych dla badanego okoliczności związanych z involucją. Beck uważał, że dysfunkcyjne założenia przyczyniają się do powstania tzw. **triady poznawczej** – charakterystycznej dla depresji konstelacji automatycznych, negatywnych myśli, będących odpowiedzią na różnorodne sytuacje. Mogły one dotyczyć trzech płaszczyzn: teraźniejszego obrazu siebie i otoczenia, złych wspomnień na temat przeszłości (związanych u ocalałych z ekstremalnie stresującymi doświadczeniami represji) i niekorzystnej wizji przyszłości (łączącej się z poczuciem krzywdy, braku zrozumienia i zadośćuczynienia).

W aktualnym obrazie psychopatologicznym depresji u osób z grupy badawczej zwracała uwagę nieadekwatna samoocena badanych. Zaniżone poczucie własnej wartości także mogło mieć przyczynę w typie represji, których doświadczyli. Zarówno w czasie aresztowania, przesłuchań i uwięzienia, jak i w okresie późniejszym podważano sens ideałów, w które byli zaangażowani badani. Dewaluowano wartość ich działań, w licznych publikacjach propagandowych ośmieszano ich lub traktowano jako nieprzystosowanych i nieprzydatnych do życia w społeczeństwie.

Przez lata funkcjonowania w tzw. stresie przedłużonym (Ochinowski, 1997) intensywność stanu depresji utrzymywała się, a nawet pogłębiała na skutek braku realnych możliwości odreagowania i doznania zadośćuczynienia. Stan ten nakładał się wtórnie na pamięć o traumatycznych przeżyciach. U badanych ze zmiennym nasileniem pojawiały się wspomnienia, natrętne myśli o urazie bądź koszmary senne nawiązujące tematyką do represji, powodując występowanie u nich charakterystycznej **selektywnej uwagi** (koncentrowaniu się na najmniej-szych odniesieniach do traumy) i **wyolbrzymiania** elementów traumy, jej znaczenia w późniejszym życiu, które Beck (Beck i in., 1979) uznawał za **poznawcze błędy logiczne** odpowiedzialne za powstawanie nastawienia depresyjnego.

Jeśli chodzi o nastawienie do świata zewnętrznego, represjonowani postrzegali otoczenie jako nadmiernie uciążliwe, stawiające wymagania przekraczające ich możliwości. Negatywne sądy o świecie, podkreślanie dotychczasowych klęsk i niepowodzeń rzutowało na (związaną z trzecim aspektem depresyjnej triady poznawczej) percepcję przyszłości jako nieprzewidywalnej, trudnej i beznadziejnej.

Innym ważnym symptomem, często ujawnianym w czasie wywiadów, było poczucie winy ocalałego. Wyniki te zgodne były z opisem Liftona (1993, por. również rozdział drugi), który traktował kategorię poczucia winy ocalałego jako jeden z podstawowych wymiarów **syndromu ocalałego** oraz istotny temat **procesu psychoformatywnego**. W przypadku osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 była to po pierwsze wina wobec

tych, którzy nie przeżyli (por. syndrom winy z powodu straty przyjaciół w opisie Glovera, 1988). Po drugie – wstyd i obwinianie się za to, że po zwolnieniu ocalali zmuszeni byli do pójścia na kompromis ze zniechęconą władzą, do adaptacji w społeczeństwie, które akceptowało ustrój „wroga”. Wynikające z tego faktu moralne dylematy, poczucie odrzucenia przez grupę współtowarzyszy, a także podwyższone napięcie i lęk dodatkowo wzmacniały nastrój depresji, bezsilności i beznadziejności. Trzecia forma poczucia winy manifestowała się jako chroniczne odczuwanie winy, przyjmujące postać często irracjonalnego obwiniania się i brania odpowiedzialności za zmartwienia, kłopoty, choroby czy nawet śmierć najbliższych. Branie na siebie wyłącznej odpowiedzialności za negatywne zjawiska w bliskim i dalszym otoczeniu uznawane było przez Becka (Beck i in., 1979) za kolejny **poznawczy błąd logiczny – personalizację**, charakterystyczny dla osób depresyjnych.

W zrozumieniu przyczyn i mechanizmów odpowiedzialnych za ujawnione w badaniach wysokie nasilenie objawów depresji u osób represjonowanych może pomóc także koncepcja wyuczonych bezradności Seligmana (1993; Rosenhan i Seligman, 1994). Wyjaśnia ona genezę zaburzeń depresyjnych za pomocą nieprawidłowości w stylu myślenia atrybucyjnego. W przypadku osób odczuwających depresję cechował się on: stałym oczekiwaniem negatywnych zdarzeń, antycypowaną bezradnością w wielu okolicznościach, niepodejmowaniem prób rozwiązywania lub obejścia sytuacji trudnych oraz łączeniem wszystkich porażek i niepowodzeń z własną winą. Należy podkreślić także, że na ukształtowanie się takich atrybucji mogły wpłynąć (opisane w części teoretycznej oraz w monografii Sieka, 1995) techniki i metody represji stosowane przez funkcjonariuszy Urzędu Bezpieczeństwa w czasie prześladowania i uwięzienia badanych. Pośrednio potwierdzają one doniesienia Seligmana (1993; Rosenhan i Seligman, 1994) na temat przyczyn powstawania „uczenia się” bezradności (utrudnianie dobrowolnych działań, wyzwalanie u represjonowanych negatywnych stanów emocjonalnych, zrywanie bądź utrudnianie związków pomiędzy zachowaniem badanego a rezultatami czy konsekwencjami jego działania w otoczeniu).

Również po zwolnieniu brak wsparcia społecznego, budowanie negatywnego obrazu opozycjonisty, podważanie celowości i sensowności działań przeciwko systemowi władzy potęgowały wewnętrzne konflikty osób represjonowanych, sprzyjały kształtowaniu się u nich poczucia niezaspokojenia potrzeb własnych i bliskich, wpływały na poczucie niskiej wartości, beznadziei i bezradności. Na skutek przeżytych porażek, doświadczeń niskiej skuteczności i efektywności własnych wysiłków osoby te utraciły wiarę na pojawienie się w przyszłości szans na odniesienie sukcesu czy odczucie zadowolenia. Rodziło to u ocalałych przekonanie o bezużyteczności starań w celu polepszenia sytuacji, co pośrednio wzmacniało ich demotywuujące sądy o bezcelowości każdego wysiłku, prowadząc do ogólnej apatii, przygnębienia i niechęci do podejmowania działań.

Interesującą propozycję analizy depresji, którą można przyjąć w interpretacji zachowań, sądów i emocji represjonowanych, przedstawił Yapko (1996). Określił on osiem wymiarów zaburzeń depresyjnych: fizjologiczny, poznawczy, behawioralny, afektywny, relacji, symboliczny, kontekstowy i historyczny (Yap-

ko, 1996, s. 41–44). Większość z wymienionych przez niego symptomów można było wyodrębnić podczas badań ofiar terroru politycznego w Polsce. W tym kontekście na szczególne podkreślenie zasługują te, które należały do: **wymiaru historycznego** – znaczące straty z przeszłości, zdarzenia, na które nie miało się wpływu, wąski zakres osobistych doświadczeń; **kontekstowego** – związane ze stereotypowymi odpowiedziami na określone sytuacje (np. w kontakcie ze służbami mundurowymi lub z przedstawicielami władzy); **symbolicznego** – polegające na przeżywaniu elementów traumy w fantazjach i koszmarach sennych i **wymiaru relacji** – wyrażające się osłabieniem związków z osobami, które nie doznały podobnych urazów, oraz skłonnością do przybierania postawy męczennika lub ofiary. Wymiary te wydawały się najbardziej istotne w przypadku ocalałych, a także determinowały obraz depresji w ich ówczesnym funkcjonowaniu.

Rezultaty badań świadczą więc o tym, że przeżywana depresja o zmiennym nasileniu, dotycząca wielu poziomów i sfer funkcjonowania jednostki, może być uważana za jeden z ujawniających się odległych następstw stresu pourazowego u ocalałych z represji z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956.

### 8.2.2. Poczucie koherencji a poziom depresji u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Wyniki badań pozwoliły sformułować założenie, że poziom nasilenia poczucia koherencji modyfikuje poziom depresji u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956. Potwierdzenie uzyskała zatem kolejna hipoteza, że odmienne nasilenie SOC u ocalałych może wiązać się ze zróżnicowaną odpowiedzią na odległą traumę. Uzyskane wyniki dotyczące związku pomiędzy depresją a poczuciem koherencji korespondowały z danymi, które przedstawili Petrie i Brook (1992). Ich badania zależności pomiędzy poczuciem koherencji a depresją (mierzoną różnymi narzędziami) wykazały nawet wyższe współczynniki korelacji, podobnie zresztą jak badania Flannerych (R.B. Flannery i G.J. Flannery, 1990), w których wykorzystano ID Becka.

Jak przedstawiono powyżej, geneza depresji, omawiana w kategoriach poznawczo-behawioralnej teorii Becka (Beck i in., 1979), łączyła się z utrzymywaniem się u danej osoby powstałych w dzieciństwie i młodości dysfunkcyjnych założeń. Wiązały się one, według autora, ze specyficznym sposobem organizowania percepcji oraz wpływały pośrednio na późniejsze zachowanie. Kontakt z traumą w przypadku większości badanych nastąpił w młodym wieku, w okresie kształtowania się zgeneralizowanych sądów na temat siebie i otaczającego świata. Małe zaangażowanie, utrwalona niechęć do działania, niedostrzeganie sensu i celu aktywności charakteryzujące osoby o niskim SOC mogły spowodować powstanie u nich silniejszych i bardziej trwałych dysfunkcyjnych założeń niż te, które u osób z wysokim poczuciem koherencji były przejściową lub mniej silną reakcją na zewnętrzne urazy. Należy więc przypuszczać, że niskie SOC pośrednio mogło się przyczynić także do stworzenia w umyśle badanych automatycznych, negatywnych myśli. Emocje i sądy, które przez osoby o niskim

poczuciu koherencji nie zostały zintegrowane z codziennym doświadczeniem, intensyfikowały ich poczucie krzywdy, straty i żalu za minioną już młodością.

Osoby o wysokim poczuciu koherencji posiadały większą zdolność poznawczego zrozumienia otaczającej rzeczywistości, wnioskowania, gromadzenia potrzebnych informacji. W przeszłości potrafiły one przyjąć bardziej lub mniej racjonalne wytłumaczenie zaistniałych, traumatycznych faktów, widziały sens swojej działalności, wiedziały, jak skutecznie poradzić sobie z problemami, choć nie zawsze mogły zrealizować swoje plany w rzeczywistości (stąd, być może, tak niski wkład wymiaru poczucia zaradności w tłumaczeniu wspólnej wariancji wyników depresji uzyskanych przez represjonowanych). Odnajdując pewne podobieństwa do teorii Tylor (1984; por. też rozdział drugi), można przyjąć, że osoby o wysokim poczuciu koherencji zdolne były do tworzenia i utrzymywania większej ilości złudzeń o sensie swoich przeżyć i wartości swojego ocalenia. Mogło to pozytywnie rzutować na samoocenę osób charakteryzujących się wysokim SOC, na ich bardziej pozytywną ocenę świata zewnętrznego oraz na bardziej optymistyczne przewidywania dotyczące przyszłości. W myśl koncepcji triady depresyjnej (Beck i in., 1979) sądy takie minimalizowały nastrój depresji we wszystkich trzech perspektywach.

Należy się jednak zastanowić, jak w konkretnych przypadkach poczucie koherencji (zwłaszcza wymiary poczucia sensowności i zrozumiałości) łagodziło objawy depresji w sferze samooceny, oceny otoczenia i antycypowania przyszłości. Część badanych o wysokim SOC uznała swoje doświadczenia za przejaw niedojrzałości charakterystyczny dla młodego wieku, określając je jako idealistyczne dążenia jednostek do walki z systemem władzy. Przykładowo jeden z badanych ujął to w następujący sposób: „kiedyś byłem młody i idealistycznie nastawiony do życia, teraz dojrzałem i wiem, że byliśmy zbyt słabi, aby samotnie pokonać reżim. To było jak porwanie się z motyką na słońce”. Takie poznawcze przepracowanie pozwalało na zachowanie pozytywnego obrazu samego siebie oraz łagodziło dysonans pomiędzy przekonaniami, doświadczeniami a zachowaniem, które było zależne od okoliczności zewnętrznych. Umożliwiała także sprawne zaadaptowanie się do rzeczywistości, zgodę na kompromisy ułatwiające założenie rodziny czy karierę zawodową. Inna grupa badanych o wysokim poczuciu koherencji, która w swoim cierpieniu umiała odnaleźć sens, wartość (np. poświęcenie się dla dobra towarzyszy, grupy, kraju, by „zachować godność” przyszłych pokoleń), potrafiła dostosować się do życia także później (np. działać na rzecz innych, angażować się w ruchy konspiracyjne, zbierać dokumenty archiwalne, opisywać historię swoich doświadczeń). W aktualnym funkcjonowaniu osoby te nadal stawiały sobie cele, nadal czuły się potrzebne (rodzynie, kolegom ze związków kombatanckich), choć nie zawsze były jeszcze tak sprawne fizycznie i zaradne jak kiedyś. Działalność ta przynosiła im radość, poczucie samospełnienia i zarazem łagodziła objawy depresji.

Odnosząc uzyskane wyniki do opisanej powyżej koncepcji Seligmana (1993), można zauważyć, że osoby represjonowane o niskim poczuciu koherencji z powodu niskiego poziomu komponentów poczucia zrozumiałości, sensowności i zaradności częściej doświadczały bezradności (przede wszystkim

w aspekcie poznawczym – wobec częstego niezrozumienia istoty i przyczyny faktów, a także motywacyjnym – z powodu niechęci do podejmowania wysiłku związanego z działaniami zaradczymi). Nieistotny statystycznie wkład wymiaru poczucia zaradności w tłumaczeniu wariacji wyników uzyskanych w ID Becka, przy istotnie wysokich wynikach w pozostałych dwóch wymiarach, można interpretować, odwołując się do hipotezy Sędka (1991). Uznał on, że wyuczona bezradność jest związana przede wszystkim ze stanem unikania wysiłku poznawczego, zaangażowania, a także z niechęcią do umysłowego opracowania sposobów poradzenia sobie z problemem. Dlatego, niezależnie od posiadanych realnych możliwości działania, poznawcze zrozumienie sytuacji i łatwość wyrażenia wiążących się z nią emocji mogło pomóc, w opinii tego autora, w złagodzeniu reakcji bezradności.

Należy zatem stwierdzić, że kategoria poczucia koherencji, a szczególnie umiejętność angażowania się i poznawczego opracowania sposobów działania w rzeczywistości, łączyła się ze złagodzeniem natężenia objawu depresji w grupie represjonowanych. Potwierdziło to doniesienia o negatywnej zależności między siłą poczucia koherencji a depresją, pesymizmem i niską samooceną prezentowane w pracach dotyczących innych grup badawczych (m.in. Mroziak, Czabała i Wójtowicz, 1997, por. rozdział piąty), a także w badaniach opisanych w niniejszej pracy. Trzeba jednak podkreślić, że część wariacji wyników uzyskanych w Inwentarzu Depresji Becka przez represjonowanych, którą tłumaczyły podskale SOC, była bardzo nieznacząca – wszelkie interpretacje należy traktować więc z dużą ostrożnością, wyłącznie jako kierunki ewentualnych związków.

### 8.3. Sens życia

#### 8.3.1. Poziom sensu życia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Potwierdziły się założone w hipotezie 1a oczekiwania o niższym (w stosunku do osób z grupy porównawczej) poziomie poczucia sensu życia, charakteryzującym osoby represjonowane. Należy sądzić, że aktualne obniżenie się poziomu sensu życia pozostawało w związku z odległymi przeżyciami badanych.

Omawiana w tej pracy szczególnie trudna sytuacja osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce łączyła się z cierpieniem, szczególnie ze względu na brak możliwości kontrolowania okoliczności zewnętrznych i tortury, stanowiące zagrożenie dla fizycznej egzystencji poddawanych im osób. Te wielopłaszczyznowe stresory mogły spowodować u represjonowanych obniżenie się poziomu sensu życia. Zetknięcie się z okrucieństwem, niezawinionym cierpieniem, absurdalnością sytuacji, niezasłużoną krzywdą kształtowało u ocalałych poczucie bezsensu egzystencji. W badaniach szczególnie silne zmiany ujawnione zostały na płaszczyznach związanych z samooceną, samozadowoleniem i poczuciem wolności. Dokonywana przez funkcjonariuszy UB próba uni-

cestwienia, a w okresach późniejszych wieloletniego dewaluowania wartości, które były ważne dla osób represjonowanych na wolności – to o nie walczyli i z ich powodu tę wolność stracili, wznagała świadomość pustki, braku oparcia, zmęczenia, straty sensu życia.

Młodzieńczy wybór (walka z systemem totalitarnym) spowodował pasmo traumatycznych doświadczeń w życiu badanych. Po uwolnieniu osoby te nadal spotykały się z represjami i przeszkodami będącymi konsekwencją decyzji podjętej w młodości. W momencie wyjścia na wolność rozpoczynał się trwający przez szereg lat proces odbierania znaczenia ich cierpieniu, a zdaniem Frankla (2000) cierpienie bez ofiary, cierpienie „za nic” nie posiadało mocy, która mogłaby nadać sens całemu życiu. W obliczu tej sytuacji badani często uznawali, że to oni sami byli przyczyną doznanych krzywd i niesprawiedliwości. Odbierało to sens ich młodzieńczym ideałom i doprowadzało do przekonania, że życie jest trudne, bezsensowne, niesie ból i cierpienie. Potwierdzeniem tego przypuszczenia mogą być wyniki uzyskane przez represjonowanych w podskali afirmacji życia testu PLT. Psychiczną konsekwencją ograniczenia możliwości pełnego rozwoju, dokonywania wolnych wyborów, życia w stanie chronicznego napięcia, a później w poczuciu bycia „obywatelem drugiej kategorii” mogły być także ówczesne doznania ograniczenia wolności i niskiej samoakceptacji. Potwierdzają to wyniki uzyskane przez badanych w kolejnych podskalach testu PLT.

W sferze funkcjonowania biologicznego, psychicznego i moralnego za czynniki nadające ludzkemu działaniu sens i wartość uznawane były (Frankl, 2000): pragnienie zapewnienia sobie fizycznego, psychicznego i etycznego dobrostanu, osiągnięcie zadowolenia z własnej sytuacji, radość z życia i poczucie szczęścia. Niezaspokojenie tych potrzeb, świadomość braku wartości własnego życia, przekonanie o bezsensowności egzystencji, ludzkich działań i zachowań nasilił u represjonowanych poczucie braku nadziei oraz podważał przekonanie o celowości i znaczeniu dalszego życia. Doświadczenia pobytu w areszcie i więzieniu, codzienne obcowanie z zagrożeniem zbliżyły więc badanych do zagadnienia śmierci. Wytworzyły także u nich swoistą odporność na sytuacje związane z możliwością utraty życia oraz spowodowały pogodzenie się z nieuchronnością przemijania. Wyniki testu wydają się niezgodne z kategorią „lęku przed śmiercią”, opisywaną w pracach Liftona (1980, 1993), który uznawał ten typ lęku za istotny wymiar „syndromu ocalałego”. Lęk ten określany był przez niego jako stałe intruzywne myśli i odczucia zagrożenia lub zbliżającego się końca życia (Lifton, 1993, s. 16). Należy jednak zauważyć, że czynnikiem mogącym modyfikować w grupie ocalałych z represji polskich służb bezpieczeństwa stosunek do śmierci było oparcie i nadzieja, które dawała badanym wiara i religia. Temat ten był podnoszony w wywiadach przez większość badanych. Religijna transcendencja pozwalała na nadanie wartości i sensu doświadczeniom traumy, a także na zminimalizowanie lęku przed powtórny narażeniem na uraz czy utratą życia. Inna przyczyna takiego pojmowania wspomnianych kwestii mogła wynikać z faktu, że w przypadku osób represjonowanych wielokrotna konfrontacja z zagrożeniem zdrowia i życia, bycie świadkiem traumatycznych zdarzeń wpłynęła na oswojenie się z myślą o śmierci, na pogodzenie się z własnym losem

i przyjęcie postawy spokojnego oczekiwania końca życia. Reakcja ta była zgodna z podobnymi odczuciami więźniów obozów zagłady opisywanymi między innymi przez Kępińskiego (1994). Źródłem tej postawy mogła być także bezradność wyuczona w okresie represji – poczucie braku możliwości samostanowienia i rozwiązywania problemów egzystencjalnych, oswojenie się z widokiem i możliwością śmierci współtowarzyszy ukształtowały bierność w znoszeniu cierpienia i podporządkowaniu się rzeczom nieuchronnym. Odczucia te były na tyle silne i głębokie, że utrwały się jako uogólniony stosunek do własnego istnienia w ciągu następnych kilkudziesięciu lat.

Wyniki w części opisowej testu PLT pozwoliły na ujawnienie złożoności i ambiwalencji postaw wobec dążeń i planów na przyszłość u osób ocalonych. Z jednej strony, w trakcie formułowania celów, badani wykazywali wysokie poczucie wartości oraz pozytywną ocenę własnych ambicji, co mogło być spowodowane faktem przewidywanych przez badanych przemian ustrojowych w kraju, perspektywą zmiany w traktowaniu ocalonych, dającą im szansę moralnego i materialnego zadośćuczynienia. Charakterystyczne więc były dla grupy badawczej dążenia polegające na zachowaniu, propagowaniu takich wartości jak patriotyzm czy sprawiedliwość społeczna. Niejednokrotnie w przeszłości stawały się one przyczyną represji, a ciągle ich aktualność oznaczała, że badani nie utracili wiary we własną misję i przydatność społeczną. W niektórych wypowiedziach widoczne były także próby nadania swoim przeżyciom swoistej metaperspektywy, poszukiwania znaczenia i sensu cierpień oraz doświadczeń. Miały one u osób prześladowanych znamiona psychicznej kompensacji. W sferze behawioralnej polegały między innymi na kolekcjonowaniu pamiątek w celu przekazania następnym pokoleniom wiedzy o tamtym okresie. Na płaszczyźnie poznawczej wyrażały się specyficznym wyostreniem pamięci o faktach, przy niechęci odpominania związanych z nimi emocji i mówienia o nich. Zachowania te były podobne do sposobów reagowania ocalałych z hitlerowskich obozów koncentracyjnych, wyróżnionych przez Lis-Turlejską (1998).

Dotychczasowe niezaspokojenie potrzeby aktywności politycznej i społecznej, czynny i bierny opór przeciw ustrojowi, wyrażający się niechęcią do zajmowania stanowisk rządowych i społecznych, były w czasie obecnym powodem uwzględniania przez badanych celów i ambicji związanych z udziałem w życiu politycznym i społecznym. Pośrednio potwierdzało to jednak występowanie u osób z rozpoznaniem stresu pourazowego ciągłych, uporczywie powtarzających się, choć przepracowanych poznawczo wspomnień związanych z sytuacją urazu (zazwyczaj wypowiedzi te łączyły się z koncepcjami formy ukarania winnych okresu stalinizmu bądź z rygorystycznymi postawami wobec problemów lustracyjnych, co podkreślała także w swojej pracy Kurowska, 1994). Równocześnie jednak pojawiający się w grupie badawczej częsty brak celów i dążeń świadczył o tym, że część represjonowanych przejawiała negatywny stosunek do przyszłości. Brak pragnień i planów najczęściej usprawiedliwiany był wiekiem, zmęczeniem lub chorobami, poczuciem ograniczenia możliwości fizycznych lub intelektualnych i małą wiarą w przyszłość. Innymi czynnikami wpływającymi na tak duży procent tego rodzaju odpowiedzi mogły być ekstremalne doświad-

czenia z przeszłości wiążące się z urazem – poczucie bezwartościowości, bezcelowości życia wpajane i podkreślane nie tylko przez funkcjonariuszy UB, ale także przez wielu urzędników administracji publicznej i rządowej, z którymi osoby represjonowane spotkały się po wyjściu na wolność.

W wypowiedziach drugiej części testu PLT osoby z grupy badawczej częściej i bardziej otwarcie ujawniały także powody swoich zmartwień, które można wiązać z ich ogólnie negatywną postawą do terażniejszości, przeszłości i przyszłości oraz z tendencjami roszczeniowymi, a nawet pewnym podkreśleniem i dążeniem do uprawomocnienia swojego wizerunku „ofiary”. W wielu odpowiedziach widoczne było jednak tylko pośrednie nawiązanie do traumy. Mały udział tematyki represji w wypowiedziach badanych mógł być spowodowany wypieraniem jej ze świadomości, unikaniem bądź też przepracowaniem i zintegrowaniem, przejawiającym się dążeniem do nadania im sensu i wartości.

Reasumując, należy stwierdzić, że wewnętrzne i społeczne doświadczenia nabyte w okresie młodości, specyfika czynników wyznaczających jakość rozwoju osób represjonowanych wpłynęły na ich poczucie braku sensu i celu życia. Sytuacja „powtórnego uwolnienia”, która w opinii badanych dokonała się po 1989 roku, stwarzała okoliczności i warunki, dzięki którym osoby przesładowane z przyczyn politycznych w latach 1944–1956 uzyskały moralną rekompensatę za poniesione krzywdy i straty. Ta sytuacja stała się niewątpliwie czynnikiem modyfikującym, określającym ich zadania i plany na przyszłość. Potwierdzeniem tego procesu były relatywnie wysokie wyniki uzyskane przez badanych w skalach oceny przyszłości, celów i dążeń. Od momentu przełomu politycznego w Polsce można było bowiem zauważyć próby nadawania przez osoby represjonowane sensu swojemu życiu i przeszłym doświadczeniom, co mogło się stać początkiem pełniejszego i lepszego funkcjonowania indywidualnego i społecznego.

### 8.3.2. Poczucie koherencji a poziom sensu życia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Wyniki badań potwierdziły hipotezę, że w zależności od nasilenia poczucia koherencji będzie się zmieniać poziom poczucia sensu życia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956.

Osoby te, aby utrzymać pozytywną, optymistyczną wizję życia, musiały odpowiedzieć sobie na pytanie o wartości, które uznają za podstawowe, istotne dla ich funkcjonowania osobistego i społecznego. W tym celu musiały dokonać reintegracji własnej tożsamości, wiedzy o samych sobie. Wyniki uzyskane w badanej grupie (ujawnione związki pomiędzy SOC i poziomem sensu życia) sugerowały, że ważnym czynnikiem kształtującym taką postawę wobec własnego życia była siła poczucia koherencji. Uwolnienie się od wpływów represji, podważenie ich obeszwałniającej siły było możliwe dzięki odpowiedniej postawie przyjmowanej wobec tych sytuacji, a to wiązało się z kategorią poczucia sensowności w SOC.



W analizie związków pomiędzy poczuciem koherencji a sensem życia przyjęta została perspektywa Frankla (1962, 2000), ponieważ Antonovsky (1995) w swoim opisie podskal SOC nawiązywał do wymiaru sensu życia w koncepcji tego właśnie autora.

Zdaniem Frankla (2000) żadnej sytuacji nie można uznać za bezsensowną, każda ma potencjalnie ukryty sens i wartość. Twierdził on (Frankl, 2000, s. 73), że realizacja wartości, pozwalająca uniknąć pustki egzystencjalnej, możliwa jest na trzy sposoby, to znaczy poprzez: (1) działanie i kształtowanie świata, (2) przeżywanie świata, wchłanianie i przyswajanie sobie prawdy o nim oraz (3) cierpienie. W okresie pozbawienia wolności oraz po zwolnieniu osoby badanej nie miały możliwości nadawania życiu sensu przez aktywne działanie. Ograniczenie wolności, katastrofalne warunki bytowe i higieniczne, konfrontacja z brutalnością rzeczywistości więziennej, a później pozbawione kolorytu życie, łączące się z konformizmem i dwuznacznością, uniemożliwiło nadawanie sensu życiu także w drugi sposób. Represjonowanym pozostawała trzecia droga – odnalezienia sensu życia poprzez poszukiwanie i nadawanie wartości swojemu cierpieniu. Według Frankla (2000, s. 85), a wcześniej także Schelera (1986), aby cierpienie miało sens, powinno mieć charakter ofiary. Gdy jednostka cierpi za kogoś lub za coś, nadaje swoim trudom jakąś intencję, a na płaszczyźnie poznawczej umie także znaleźć wytłumaczenie swojego losu. Postrzeganie cierpienia w kategoriach ofiary umożliwiała więc nadawanie sensu nawet śmiertelnym niebezpieczeństwom i zagrożeniom, pozwalało przeżyć je z godnością i uczynić możliwymi do zniesienia. Im bardziej badani wierzyli w uzasadnienie wartości ofiary, tym łatwiej im było pokonać ból, cierpienie psychiczne i utrzymać wiarę w wartość życia.

Według Frankla (1962, 2000) i Antonovsky'ego (1979, 1995) niektóre osoby potrafiły nawet w najbardziej beznadziejnej sytuacji odkryć możliwości, drogę do samorozwoju, nadać jej pozytywne znaczenie. Takie postawy opisywali także Kępiński i Kłodziński (Kępiński, 1970; Kępiński i Kłodziński, 1973), którzy osobiście zetknęli się z heroicznymi przykładami przetrwania trudnych doświadczeń terroru totalitarnego. Do podobnych konkluzji na podstawie rozmów z osobami ocalałymi z Holocaustu doszli Brenner, Roskies i Lazarus (1980) oraz Kahana i in. (1988). Zauważyli oni, że jednym ze sposobów obrony przed odległymi następstwami stresu było nadawanie sensu swoim cierpieniom. Jednak wobec niemożności odnalezienia sensu w sytuacji obozu koncentracyjnego badani szukali wartości w swoim ocaleniu. Jako najczęstsze powody wymieniali: przeżycie dla bliskich i krewnych, z obowiązku dawania świadectwa o zbrodni, z powodu służby Bogu i aby prześladowcy otrzymali zasłużoną karę.

Represjonowani z przyczyn politycznych o wysokim SOC uzyskiwali wyższe wyniki w większości podskal mierzących poczucie sensu życia. Ujawnione korelacje (choć nie były wysokie) oznaczały, że angażowanie się w budowę dobrej jakości życia związane było z subiektywnym odczuwaniem jego celowości i sensowności także w kategoriach egzystencjalnych. Porównania wewnątrz grupy represjonowanych wykazały, że osoby z wysokim poczuciem koherencji częściej postrzegały traumatyczne sytuacje jako warte zaangażowania, a także

posiadały w większym stopniu niż osoby o niskim SOC umiejętność odkrywania wyjątkowego sensu własnego, niepowtarzalnego istnienia na aktualnym etapie życia. Ich wypowiedzi świadczyły także o chęci bycia użytecznym oraz o pragnieniu udzielania pomocy innym również w sytuacjach codziennych. Jeżeli nie były w stanie kształtować rzeczywistości zewnętrznej, potrafiły przeformułować ocenę faktów, działań i informacji. Subiektywnym korelatem takiego nastawienia było u represjonowanych z wysokim SOC poczucie wzrostu wewnętrznego, rozwijania siły moralnej. Według Frankla (2000) dzięki przyjęciu charakteru ofiary cierpienie mogło spowodować dojrzewanie. Doświadczające go osoby zdobywały dzięki temu wewnętrzną wolność, pomimo zewnętrznej zależności (potwierdzać to może fakt, że w badaniach szczególnie silne okazały się związki pomiędzy SOC a wynikami w podskali poczucia wolności testu PLT).

Warte omówienia wydają się także ujemne związki pomiędzy nadawaniem wartości swojemu życiu a poczuciem zrozumiałości i zaradności. Ich geneza może wiązać się z sytuacją represji, której badane osoby często nie rozumiały i nie potrafiły jej kontrolować, dlatego nie mogły wtedy efektywnie działać. Konfronując się z okolicznościami, które rzeczywiście nie były zrozumiałe i najczęściej nie pozwalały na zaradność, osoby o wysokim poczuciu koherencji nie utraciły instynktu samozachowawczego, nadal uważały swoje istnienie za potrzebne. Mogło to wpłynąć na nastawienie, że im bardziej niezrozumiała jest przeszkoda, im mniej możliwości przewyciężenia jej, tym bardziej życie – w warstwie aksjologicznej i w sferze ocen – jawi się jako wartość i przedstawia duże znaczenie. Poparciem tego rozumowania był opisywany przez Antonovsky'ego (1995, s. 35–36) typ profilu składowych SOC (tzw. typ 4) charakteryzujący się wysokimi wynikami w skali poczucia sensowności, a niskimi w dwóch pozostałych skalach. Według tego autora przejawiały go najczęściej osoby, które przebyły obozy koncentracyjne, chcące zrozumieć otaczającą je rzeczywistość pomimo braku adekwatnych schematów poznawczych i mimo ograniczeń fizycznych. Osoba taka przejawia według Antonovsky'ego: „wielki zapał, bardzo jej będzie zależało na zrozumieniu tego, co ją otacza, i znalezieniu odpowiednich zasobów. Nie ma żadnej gwarancji, że jej się to powiedzie, ma jednak szansę” (Antonovsky, 1995, s. 36). W aktualnym funkcjonowaniu osoby, które doświadczyły represji, miały więc możliwość nadania życiu sensu, właśnie na przekór fizycznym ograniczeniom i brakowi środków, na przekór niezrozumiałości lub niespójności faktów. Równocześnie jednak osobom, które umiały się sprawnie zaadaptować, wykorzystywać wszystkie dostępne zasoby, świat jawił się jako przewidywalny i kontrolowalny, miały one poczucie, że wszystko już osiągnęły, przestawały odczuwać pragnienia i nie stawiały sobie celów. Życie – ze względu na swoją monotonię, „łatwość” lub oczywistość – mogło im się wydawać mniej wartościowe. W wypowiedziach zamieszczonych w drugiej i trzeciej części testu PLT ujawniły się także różnice między osobami o wysokim i o niskim poziomie SOC.

Powodem częstych wypowiedzi świadczących o pragnieniu uzyskania moralnej lub materialnej rekompensaty za doznane w latach 1944–1956 krzywdy były doświadczenia represji oraz kilkadziesiąt lat społecznej i politycznej izolacji. U osób z niskim poczuciem koherencji łączyły się z większą goryczą, spo-

wodowaną niespełnieniem i żalem z powodu zmarnowanych lat młodości. Dla osób z wysokim poczuciem koherencji szczególnie ważne było, aby najbliżsi zrozumieli przyczyny i charakter ich przeżyć. Podkreślali też rolę międzypokoleniowej transmisji wartości związanych z patriotyzmem. Przywiązanie do tych wartości oraz propagowanie ich spełniało potrójną funkcję. Po pierwsze, było przedłużeniem walki ze zniechęcającym systemem, który starał się (według opinii badanych) zdevaluować ich, po drugie, zaspokajało potrzebę odnalezienia sensu dla cierpień, których badani doznali w okresie represji, po trzecie, umożliwiało nawiązanie lub umocnienie kontaktów z innymi.

Odpowiedzi badanych z niskim SOC świadczyły także o mniej otwartym stosunku zarówno do udzielania, jak i do otrzymywania pomocy od innych. Badani o niskim poczuciu koherencji nierzadko uznawali pomoc innych za niepotrzebną. Niechęć tych osób do pomagania oraz korzystania ze wsparcia związana była z utrzymywaniem się nieufności i pamięci o negatywnych doświadczeniach w kontaktach międzyludzkich. Można też przyjąć, że nastawienie to było konsekwencją niezaradności czy bezradności wyuczanej w konfrontacji z sytuacjami trudnymi, wymagającymi zaangażowania, planowania i skutecznej działalności. Natomiast osoby o wysokim SOC częściej niż osoby z niskim poczuciem koherencji mówiły o wsparciu, którego chciałyby udzielić swoim współtowarzyszom, co mogło świadczyć o bardziej prospołecznym nastawieniu tych badanych.

Ocalałych o niskim poziomie SOC cechowały także duże obawy przed cierpieniem i chorobą. Reakcje podobnego typu Antonovsky uznawał za przejaw braku umiejętności korzystania z wewnętrznych (genetycznych i biologicznych) zasobów odpornościowych. Osoby o wysokim poczuciu koherencji w sferze refleksji egzystencjalnych były pogodzone z naturalną śmiercią i przemijaniem. Częstsze przyzwolenie na samobójstwo u osób o niskim SOC było raczej związane z ich ogólnie mniejszą odpornością na sytuacje trudne, nieznane oraz z niezdolnością do konstruktywnego rozwiązywania problemów życiowych, a w konsekwencji – z wykorzystywaniem przez nie rozwiązań destruktywnych dla siebie. Duży procent osób zgłaszających myśli samobójcze w tej grupie pozostawał w zgodzie z doniesieniami Petriego i Brooka (1992), którzy sugerowali, iż poziom SOC (szczególnie wymiary poczucia zaradności i sensowności) mógł być dobrym predyktorem możliwości popełnienia tego czynu. Lepszym niż ocena depresji, poczucia beznadziejności czy samooceny badanych, dokonana za pomocą standardowych narzędzi.

Wyniki testu PLT w znacznej mierze potwierdziły hipotezę o związku poziomu poczucia koherencji z pozytywną oceną przeszłości i teraźniejszości oraz wykazały, że zadowolenie, satysfakcja i optymizm w antycypowaniu przyszłości ujawniały się częściej w wypowiedziach osób z wysokim poczuciem koherencji. Poczucie koherencji było więc jednym z czynników, które wpłynęły na bilans dorobku swojego życia represjonowanych oraz na nadawanie mu przez nich pozytywnej lub negatywnej oceny. Wysokie poczucie koherencji ułatwiało pełną afirmację życia, odnalezienie jego sensu. Niskie wiązało się z doznawaniem poczucia pustki, beznadziei oraz niezadowolenia z siebie i otoczenia.

## 8.4. Samopoczucie

### 8.4.1. Poziom samopoczucia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Wyniki przeprowadzonych analiz potwierdziły hipotezę o gorszym samopoczuciu osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 niż osób z grupy porównawczej. Wyniki dotyczące oceny problemów ze zdrowiem, aktywności, witalności i samopoczucia osób represjonowanych w Polsce korespondowały z danymi uzyskanymi przez van der Kolka i jego współpracowników (1996) dotyczącymi odległych następstw w sferze zdrowotnej i psychosomatycznej u osób narażonych na różne rodzaje ekstremalnie trudnych doświadczeń. Badacze ci uznali obniżenie samopoczucia i jakości życia oraz problemy zdrowotne za częsty objaw zespołu stresu pourazowego oraz podkreślali wpływ nabytych urazów na przyspieszenie procesu inwolucji. Podobne wyniki (istotnie więcej symptomów związanych z gorszym samopoczuciem i zdrowiem w grupie badanych) otrzymano w badaniach Eatona, Sigala i Weinfeldta (1982).

W polskich opracowaniach poświęconych więźniom obozów koncentracyjnych (por. rozdziały pierwszy i drugi) oraz w badaniach Heitzmana i Rutkowskiego (1997) dotyczących osób represjonowanych w latach stalinizmu zwrócono uwagę również na: wysoki wskaźnik umieralności represjonowanych, ich subiektywnie i obiektywnie gorsze zdrowie fizyczne, a także wcześniejsze starzenie się. Można więc z dużym prawdopodobieństwem określić, że narażenie badanych na represje fizyczne i tortury, nawet po okresie kilkudziesięciu lat pozostawało w związku przyczynowo-skutkowym z nasileniem się objawów somatycznych.

Charakter urazów doznanych w czasie przesłuchań i w więzieniu uwrażliwił represjonowanych z przyczyn politycznych na problematykę zdrowia, a niejednokrotnie bezpośrednio rzutował na subiektywne poczucie gorszej wydolności czy odporności fizycznej. Uwzględnienia wymaga fakt, iż to właśnie sfera zdrowia i samopoczucia badanych była głównym obszarem represji (Heitzman i Rutkowski, 1997). Brak możliwości poruszania się, fatalne warunki sanitarne i bytowe, głód i choroby rzutowały bezpośrednio na osłabienie zdrowia osób badanych. Pośrednio wiązały się z powstaniem specyficznej postawy związanej z lękliwością, zamartwianiem się (własnym zdrowiem, chorobą, zaburzeniami, bólem, wyglądem własnego ciała), przygnębieniem, brakiem energii, niewiarą w możliwość złagodzenia dolegliwości oraz obawą przed utratą samokontroli.

Na podstawie uzyskanych bardzo wysokich różnic pomiędzy grupą badawczą i porównawczą oraz doniesień z badań przytoczonych w części teoretycznej stwierdzono, że urazy fizyczne, praca ponad siły, brak swobody działania oraz możliwości decydowania o swoim życiu, niemożność dokonywania wyborów, wtórne emocje bezsilności u represjonowanych w Polsce wiązały się z obniżeniem ich aktualnego samopoczucia. Dotyczyło ono szczególnie poczucia wolności, pewności siebie i kontroli emocji, a także (co potwierdziły badania innymi miarami) nastroju depresyjnego i lęku.

Należy więc stwierdzić, że urazy doznane w młodości łączyły się u osób represjonowanych przez polskie służby bezpieczeństwa z wielowymiarowymi zmianami dotyczącymi subiektywnie ocenianego zdrowia i samopoczucia. Objawy te rzutowały często na niechęć do podejmowania wysiłku i powodowały apatię, brak energii czy witalności.

#### 8.4.2. Poczucie koherencji a poziom samopoczucia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Potwierdzony został związek pomiędzy nasileniem SOC a poziomem samopoczucia mierzonego za pomocą Psychologicznego Wskaźnika Dobrego Samopoczucia w grupie represjonowanych politycznie w Polsce w latach 1944–1956. Ujawnione w badaniach zależności pomiędzy poczuciem koherencji a samopoczuciem badanych potwierdziły hipotezy Antonovsky’ego (1995) dotyczące roli SOC we wspomaganiu procesu rekonwalescencji oraz w zapobieganiu i profilaktyce chorób. Antonovsky (1995, 1997) założył, że istnieje przyczynowo-skutkowy związek pomiędzy siłą poczucia koherencji a zachowaniami prozdrowotnymi i stanem zdrowia. Tłumaczył relacje pomiędzy zdrowiem i samopoczuciem a poczuciem koherencji na dwa sposoby. Po pierwsze, uważał, że: „im silniejsze jest poczucie koherencji, tym łatwiej jest ludziom unikać zagrożeń i niebezpieczeństw” (Antonovsky, 1997, s. 219), łatwiej angażować się w działania prozdrowotne, utrzymywać własną kondycję psychofizyczną. Po drugie, w chwili wystąpienia stresu lub niebezpiecznych, nieuchronnych sytuacji (choroby, kalectwa, tragicznych zdarzeń losowych) osoby o wysokim SOC miały według Antonovsky’ego większe możliwości reinterpretowania ich na własną korzyść dzięki uruchomieniu zgeneralizowanych zasobów odpornościowych. Tak ujmowana perspektywa analizy uzyskanych wyników nawiązywała do nowoczesnego nurtu w medycynie i psychologii zdrowia zwanego psychoneuroimmunologią. Badania eksponujące prawdopodobieństwo występowania związku między czynnikami psychologicznej odporności i zdrowia czy samopoczucia można było odnaleźć na przykład w artykułach Hankały (1993) czy Maiera, Watkinsa i Fleshnera (1997).

Osoby należące do grupy badawczej szczególnie często narażone były na tortury, polegające na różnych formach zadawania bólu fizycznego. Jednak represjonowani o wysokim SOC, pomimo doznanych urazów, dzięki mobilizacji swoich uogólnionych zasobów odpornościowych i pozytywnym stanom emocjonalnym przeciwdziałali dysregulacyjnym funkcjom stresorów (takich jak pobyt w więzieniu czy tortury podczas śledztwa). W czasie uwięzienia wiara w możliwość wyzdrowienia czy nadzieja na przetrwanie i zwolnienie utrzymywała badanych przy życiu oraz miała decydujący wpływ na ich kondycję psychofizyczną. Opisywane w literaturze przedmiotu między innymi przez Frankla (1962) i Kępińskiego (1994) przypadki tzw. mużułmaństwa, które były przyczyną śmierci bądź poważnego zagrożenia zdrowia wielu więźniów obozów hitlerowskich, wynikały właśnie z braku motywacji do życia, zaanga-

zowania, wiary w sens dalszej wytrwałości, co w teorii Antonovsky'ego charakteryzowało osoby o niskim SOC.

Potwierdzenie tych obserwacji stanowiły niniejsze badania osób represjonowanych w latach 1944–1956 przez polski Urząd Bezpieczeństwa. Szczególnie wyraźnie ujawnił się w nich związek pomiędzy poczuciem sensowności a skalami Psychologicznego Wskaźnika Dobrego Samopoczucia (lęku, depresji, samopoczucia, samokontroli, zdrowia ogólnego i witalności). Wymiar, który Antonovsky (1995) wiązał z umiejętnością odnajdywania sensu, chęcią działania oraz z motywacją do życia, można więc uznać za istotny czynnik odpowiedzialny za mobilizowanie zasobów immunologicznych organizmu, powodujący poprawę zdrowia, witalności, samopoczucia i samokontroli danej osoby.

Po odzyskaniu wolności większość badanych pozostawała w stanie wyczerpania fizycznego i psychicznego. Mimo to ocalali z represji cechujący się wysokim SOC (szczególnie w skali poczucia sensowności) potrafili także skuteczniej i bardziej wytrwale poddawać się zabiegom rehabilitacyjnym w czasie rekonwalescencji po zwolnieniu, dzięki temu, że widzieli sens swojego powrotu do zdrowia. W aktualnym funkcjonowaniu, dzięki wytyczaniu sobie planów i kierunków aktywności, zainteresowaniu otaczającym światem, zapałowi, pasji i zdolności odnajdywania znaczenia we własnej działalności represjonowani o wysokim poczuciu koherencji mniej koncentrowali się na swoich schorzeniach oraz rzadziej powracali myślami do doznanych urazów. Przejawiali większą energię życiową, byli bardziej optymistyczni i pogodnie nastawieni do problemów zbliżającej się lub przeżywanej już przez nich starości.

## 8.5. Ustosunkowania interpersonalne

### 8.5.1. Ustosunkowania interpersonalne u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Uzyskane wyniki potwierdziły założenia zawarte w hipotezie badawczej 1c i 1d, że osoby narażone na doświadczenia represji z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 różnią się od osób z grupy porównawczej stylami związanymi z ustosunkowaniami interpersonalnymi, szczególnie w zakresie zespołu skal prospołecznych i syndromu wrogości w SUI.

Analiza wykazanych w badaniach ustosunkowań ocalałych z represji powinna uwzględnić, po pierwsze, fakt, że podjęcie przez badanych aktywności politycznej związane było z walką przeciwko innym ludziom. Okoliczności te sprzyjały wzmocnieniu tendencji wrogich i agresywnych wobec przeciwnika. Po drugie, ważniejszym powodem tych nastawień mogły być urazy, jakich badani doznali podczas kilkudziesięciu lat poddawania ich szykanom i represjom.

Napady złości, gniewu i agresywne pobudzenie zostały wyróżnione przez Liftona (1993) jako najważniejsze przejawy syndromu pourazowego. Zarówno wspomniany autor, jak i Horowitz (1993) wskazywali na rolę utrzymywania się

natrętnych myśli związanych z traumą jako przyczyny chronicznego stanu napięcia i pobudzenia emocjonalnego, będącego podłożem zachowań agresywnych, dysforii, wybuchów gwałtownych emocji, nieraz bez zrozumiałego dla otoczenia powodu. Wysokie wyniki osiągnięte przez badanych w syndromie wrogości Skali Ustosunkowań Interpersonalnych, szczególnie wysoki poziom stylów buntowniczo-podejrzliwego i agresywno-sadystycznego, pozwoliły także na określenie wrogości, podejrzliwości i agresji jako istotnych cech ustosunkowań wobec innych ludzi, charakteryzujących osoby represjonowane z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956. Przy interpretacji tych danych należy podkreślić, że mogły one stanowić reakcję zarówno na bezpośredni uraz w czasie przesłuchań i w więzieniu (agresja i sadyzm jako następstwo doświadczenia lub bycia świadkiem agresji ze strony innych), jak i na tzw. stres przedłużony, po wyjściu na wolność (Ochinowski, 1997). W drugim wypadku doświadczające go osoby były objęte stałą obserwacją, kontrolą, pośrednio represjonowane i deprecjonowane w oczach opinii publicznej. Wysokie wyniki uzyskane przez represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w skalach syndromu wrogości korespondowały z danymi o wysokim poziomie agresji charakteryzującym tę grupę, zamieszczonymi w pracy Chochołowskiej (1997) i Kurowskiej (1994).

Represjonowani osiągnęli także niskie wyniki w zespole skal prospołecznych, określającym ustosunkowania wiążące się z akceptacją i zaufaniem wobec ludzi. U tych badanych relacje międzyludzkie ulegały destrukcji już od momentu aresztowania, charakterystyczne było dla nich poczucie bycia „zniszczonym przez innych”. Jak to ujęła Janoff-Bulman, narażenie na przemoc stawiało ofiarę w sytuacji, w której:

podstawowe, niekwestionowane założenia, które przez lata tworzyły ludzkie doświadczenie, zostały gwałtownie zmienione. W szczególności poważnie zagrożone (i podważone) zostały założenia dotyczące życzliwości świata, sensowności wydarzeń w świecie i poczucia własnej wartości (Janoff-Bulman, 1995, s. 82).

Tworzenie nowego obrazu świata musiało uwzględnić wymiar krzywdy doznanej od drugiego człowieka, dlatego w subiektywnym odczuciu ocalałego świat ten mógł się wydawać wrogi i nieprzychylny. Kształtowało to u niego ustosunkowania wobec innych ludzi oparte na nieufności i wrogości.

Organizacja pobytu w polskich aresztach i więzieniach okresu stalinizmu polegała w dużej mierze na psychicznym znęcaniu się nad uwięzionymi. Służyć temu miało między innymi osamotnienie ofiar – prześladowani przebywali w izolatkach, „karcerach”, czasem w celach śmierci, doświadczali deprivacji podstawowych potrzeb, czy nawet doznań sensorycznych. Odległą konsekwencją tych systemowych zabiegów było u byłych więźniów specyficzne koncentrowanie się na swoich problemach, chociaż nie znalazło ono potwierdzenia w większym egocentryzmie grupy badawczej (nie odnotowano różnic między grupą badawczą i porównawczą w zakresie wyników w skalach syndromu egocentryzmu). Mogło to być spowodowane faktem, że osoby z tej grupy ocalałych po 1989 roku uzyskały społeczną i państwową zgodę na zwerbalizowanie swo-

ich przeżyć, a także na tworzenie związków i stowarzyszeń z osobami o podobnych doświadczeniach.

Kolejną kwestią wyróżniającą represjonowanych było to, że prześladowca, sprawca ich cierpień i upokorzeń, był Polakiem, a nie przedstawicielem obcej władzy czy narodowości. Możliwość wskazania konkretnego, zewnętrznego wroga, pozwalała zapewnić na przykład więźniom obozów hitlerowskich czy osobom wywiezionym na Syberię swoisty komfort emocjonalny. Mogli bowiem w sposób jednoznaczny ocenić niesprawiedliwość czy krzywdę, która ich spotkała. Warunki te sprzyjały też wzmacnianiu wiary w słuszność własnych przekonań, zwiększaniu siły oporu, stwarzały oparcie w kręgu podobnie doświadczonych, konsolidowały grupę, ułatwiały przetrwanie. Więźniowie okresu stalinowskiego w Polsce pozbawieni byli najczęściej takiej możliwości, gdyż pomimo ścisłej współpracy rządzących ze służbami sowieckimi, rodzime służby bezpieczeństwa składały się w przeważającej mierze z Polaków. Konfrontacja z „Polakiem-wrogiem”, a czasem złudna nadzieja na kompromis i związany z nią konflikt lojalności stawały się w sytuacji samotnie przeżywanego śledztwa i tortur dodatkowym źródłem cierpienia. Dysonans poznawczy spowodowany trudnością w zaakceptowaniu wiedzy o nadużywaniu władzy przez Polaków wpływał na szukanie winnych w obrębie mniejszości narodowych czy religijnych (Żydów, Rosjan, Ukraińców). Mechanizm permanentnego przenoszenia odpowiedzialności i winy na „obcych” funkcjonuje do dzisiaj w psychice wielu poszkodowanych i wyraża się przede wszystkim antysemityzmem, ksenofobią, łatwym uleganiem wpływom spiskowej teorii dziejów czy radykalnemu nacjonalizmowi.

Dodatkowych problemów przysparzało ocalałym przystosowanie się do życia na wolności w nieakceptowanym systemie i życie obok swoich prześladowców w klimacie „powtórnego uwięzienia” – wśród ograniczeń natury etycznej i psychicznej. Dlatego u większości badanych dominowało poczucie rozżalenia z powodu gwałtownej i nieodwracalnej zmiany ich drogi życiowej, niezrealizowania marzeń, celów i aspiracji oraz przekonanie o zajściu niekorzystnych zmian w społeczeństwie w stosunku do stanu sprzed uwięzienia. W interpersonalnej adaptacji posttraumatycznej mogła też przeszkodzić negatywna ocena osób represjonowanych propagowana przez środki masowego przekazu, oficjalne urzędy władzy, a niekiedy także przez krąg rodzinny i znajomych. Ta sytuacja zmuszała badanych do skrytości, hamowała ich otwartość i szczerłość w relacjach z innymi. Trudności w funkcjonowaniu społecznym, izolacja i wyobcowanie predysponowały ocalałych do wrogiego ustosunkowania nawet wobec osób niezwiązanych z aparatem represji. Problemy te wywoływały złość, gniew i agresję w kontaktach międzyludzkich. W świetle badań ankietowych na temat postaw byłych więźniów okresu stalinowskiego przeprowadzonych przez Kurowską (1994), wzmocnienie agresji następowało nie tylko w wyniku silnej nienawiści do osób represjonujących, ale przede wszystkim z powodu niezaspokojenia potrzeby uzyskania zadośćuczynienia za doznane krzywdy. Wynikało to z niepełnej lustracji, przedawnienia wielu spraw sądowych, których celem było prawne rozliczenie, osądzenie i ukaranie byłych



funkcjonariuszy UB. Dodatkowy czynnik powodujący kumulację negatywnych uczuć i postaw wobec otoczenia stanowił także fakt braku moralno-prawnego rozliczenia tamtego okresu.

Wyniki w teście SUI potwierdziły też zauważoną przez Catheralla (1989), Herman (1999), Liftona (1993) oraz op den Veldego i współpracowników (1993) ambiwalencję postaw osób doświadczających stresu pourazowego wobec otoczenia. Jak wynikało z wcześniejszych rozważań, badani charakteryzowali się stylami o silnie zaznaczonym składniku wrogości. Równocześnie prezentowali istotnie częściej zachowania uległo-zależne, cechujące się podporządkowaniem, biernością, oraz uzyskali wysokie wyniki w skali „pesymizmu, bezradności, wołania o pomoc”. Można założyć, że zachowania te były zbieżne z postawami represjonowanych w czasie uwięzienia, na przykład poddawanie się obowiązującej dyscyplinie, niereagowanie na okaleczenia i śmierć innych, znoszenie kontaktów z osobami nastawionymi wrogo i agresywnymi (służby UB) lub ogarniętymi paniką, zrozpaczonymi i zdezorientowanymi (współwięźniowie). Utrwalona bezradność powodowała niechęć do działania na rzecz siebie i innych oraz tendencje roszczeniowe, a w przypadku niespełnienia ich – poczucie krzywdy. Izolacja społeczna wtórnie wzmagiała także niski poziom akceptacji własnej osoby. Dane świadczące o niskiej samoocenie zgodne były z wynikami uzyskanymi w Inwentarzu Depresji Becka i w skali nastroju depresyjnego PGWB.

Z powyższych rozważań wynika, że wymieniony profil SUI (świadczący o występowaniu u badanych ustosunkowań zarówno o charakterze autodeprecjacji, uległości, jak i związanych z podejrzliwością i wrogością) mógł być odległą konsekwencją typu doznanych represji.

### 8.5.2. Poczucie koherencji a ustosunkowania interpersonalne u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Otrzymane dane potwierdziły hipotezy 2b i 2c, w których założono, że badani o wysokim poczuciu koherencji uzyskają wyższe wyniki w skalach tzw. zespołu skal prospołecznych SUI, a osoby o niskim SOC – w skalach syndromu wrogości SUI. Analiza wariacji wykazała, że osoby represjonowane o niskim poziomie poczucia koherencji charakteryzowały się wyższymi wynikami w skalach syndromu wrogości. Na podstawie krokowej analizy regresji uznano, że mogło to być spowodowane brakiem emocjonalnego zaangażowania w sprawy innych osób oraz zaburzeniami w rozumieniu otoczenia i w skutecznym funkcjonowaniu osób z tej podgrupy. Wyższy poziom wrogości przejawianej w nastawieniu do innych ludzi przez represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce można interpretować przez pryzmat koncepcji Jannoff-Bulman (1995) tzw. załamania się obrazu sprawiedliwego świata. Doświadczenia skrajnych prześladowań, „upośledzając” pozytywny obraz otoczenia i drugiego człowieka, wymagały reinterpretacji przekonań dotyczących wizji świata i kondycji jednostki. U osób, dla których rzeczywistość pozostawała niezrozumiała i niespójna, dlatego nie

potrafiły dokonać takiej poznawczej i emocjonalnej reinterpretacji, a po traumatycznych zdarzeniach nie widziały sensu w działaniu na rzecz siebie i innych, doświadczenie represji wpłynęło na wytworzenie lub nasilenie negatywnych postaw wobec świata i społeczeństwa.

Ocalali o niskim poziomie SOC mieli także większe problemy z przystosowaniem się do sytuacji społeczno-politycznej trwającej w Polsce od ich zwolnienia do końca lat 80. XX wieku. Ponieważ postrzegali oni odgrywane się wtedy zdarzenia jako niezrozumiałe i niewarte zaangażowania, potęgowało to ich niechęć do włączenia się w życie publiczne i związane z nim negatywne emocje. Dodatkowymi czynnikami sprzyjającymi kształtowaniu się postaw wrogości były trudności w zwerbalizowaniu więziennych przeżyć i zachowań, a także niejednokrotnie niepotwierdzony i nierealistyczny strach przed konsekwencjami ujawniania swojej przeszłości. Powodowało to traktowanie innych w kategoriach potencjalnych wrogów czy nieprzyjaciół. Dodatkową okolicznością tworzącą bariery w relacjach osób o niskim poczuciu koherencji było uzyskanie potwierdzenia bycia nierozumianym, niepotrzebnym i nieskutecznym w realiach panujących w Polsce lat 1956–1989. Zaburzone zachowania represjonowanych utrwały bowiem w recepcji społecznej stereotyp niezrównoważonego emocjonalnie, niezaradnego, pozbawionego pragmatyzmu ideowca, który był więziony za zdewaluowane wartości i koncepcje ustrojowe, związane z ośmieszoną formacją świata i kultury dwudziestolecia międzywojennego. Publiczne kreowanie przez aparat władzy takiej wizji historii pogłębiało obawy badanych przed wejściem w głębszą formę relacji interpersonalnych z mniej znanymi osobami, a zaprzeczenie jej wymagało wysokiej odporności, zaradności i wiary w sens dokonanych kiedyś wyborów.

Ocalali cechujący się niskim poczuciem koherencji przejawiali mniejszą wiarę w możliwość wykorzystania dostępnych im zasobów społecznych (przyjaciół, rodziny), materialnych (pieniędzy, wyposażenia, oprzyrządowania) i losowych (przypadku, wiary). Szczególnie ważne mogło się to wydawać później w codziennych sytuacjach życiowych, w których często okazywali się bezsilni wobec zewnętrznych ograniczeń możliwości rozwoju (na przykład kontynuowania edukacji). Wyniki te są zgodne z ustaleniami McSherry'ego i Holma (1994), którzy w swoich badaniach dowiedli, że osoby o niskim SOC mniej wierzyły w siebie i w swoje możliwości poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi. W związku z tymi obiektywnymi (zewnętrzno pochodnymi) i subiektywnymi (niski poziom SOC) ograniczeniami ich sposobem odreagowania napięcia były zgeneralizowane wybuchy złości i gniewu.

Związane z niskim poziomem poczucia zaradności wycofanie się z szerszych i wielostronnych kontaktów społecznych utrwaliło u ocalałych o niskim poziomie SOC subiektywne przekonanie, że inni, którzy nie doświadczyli traumy, nie są w stanie zrozumieć ich zachowań i motywacji. Dlatego badani o niższym poziomie poczucia koherencji (a więc niższej umiejętności wykorzystywania zasobów, w tym również społecznych), nie umieli skorzystać z pomocy, nawet gdy oferowali ją bliscy. Prowadziło to bądź do ogólnego ograniczania liczby kontaktów, bądź do zawężania ich do grona kombatantów. U osób z wysokim

poziomem SOC swoista zaradność ujawniała się między innymi przez zmianę kwalifikacji, pracę zgodnie z uzyskanym w okresie uwięzienia zawodem, modyfikowanie zachowania w zależności od okoliczności. Po wyjściu na wolność badani ci nadal przejawiali zainteresowanie działalnością zawodową i społeczną, pomagali rodzinie – dzieciom i wnukom, angażowali się we własne zainteresowania i hobby, czynnie współuczestniczyli w historycznej, moralnej i prawnej rekonstrukcji swoich doświadczeń. Aktywne działanie badanych z wysokim SOC, ich poczucie własnej kompetencji, satysfakcja z dotychczasowych osiągnięć (opisywane właśnie przez wymiar poczucia zaradności w SOC) sprzyjała powstawaniu u osób z wysokim poczuciem koherencji pozytywnego obrazu otaczającego świata i przyjaznego stosunku do innych ludzi. Świadczą o tym wyższe wyniki osiągnięte przez te osoby w zespole skal prospołecznych. Zrozumienie rzeczywistości związane z wysokim poczuciem koherencji wspomagało elastyczne dostosowanie się tych badanych do istniejących warunków, osoby te umiały więc wykorzystać nadarzające się sytuacje awansu, zmieniać kierunki swojej aktywności (angażując się na przykład w działalność społecznikowską czy stowarzyszenia religijne). Charakteryzowały się mniejszą nieufnością, odczuwały mniejsze wyobcowanie towarzyskie. Otrzymywanie i dawanie pomocy emocjonalnej i rzeczowej wpływało na poczucie własnej godności, wartości, poczucie bycia zauważonym, potrzebnym i użytecznym. Rozwijało to lub odbudowywało pozytywne ustosunkowania emocjonalne wobec innych, z wyraźnie zaznaczonymi komponentami ufności i otwartości oraz afiliacji. Wzmacniało także zwrotnie indywidualne poczucie umiejętności poradzenia sobie z kryzysem czy traumą, co sugerował w swoim modelu Antonovsky (1979).

W podsumowaniu należy podkreślić, że w okolicznościach, które stwarzały raczej nieprzychylnie zewnętrzne warunki do rozwijania więzi społecznych, odreagowania negatywnych emocji, poczucia krzywdy i urazów oraz w sytuacji napięcia wynikającego z funkcjonowania w stanie frustracji potrzeb ważną rolę w kształtowaniu się nastawień interpersonalnych musiały odgrywać czynniki osobowościowe, podmiotowe, takie jak siła poczucia koherencji. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że siła koherencji wiązała się więc nie tylko z optymistycznym ustosunkowaniem względem siebie, ale także z bardziej otwartym, przyjaznym, bezkonfliktowym funkcjonowaniem w relacjach międzyludzkich.

## 8.6. Natężenie PTSD u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Otrzymane wyniki potwierdziły przyjętą hipotezę, że niski poziom poczucia koherencji łączy się z występowaniem u badanych większego natężenia PTSD. Na podstawie licznych doniesień zawartych w części teoretycznej niniejszej pracy (rozdziały pierwszy–trzeci) można było przypuszczać, że przyczyną rozpoznanego u badanych zespołu stresu pourazowego były represje oraz stres wynikający z traumatycznych przeżyć w czasie śledztwa, uwięzienia, a także sytuacja ich

politycznej i społecznej izolacji do roku 1989. Zauważone w badaniach różnice międzygrupowe w zakresie natężenia PTSD łączyły się z przejawianym przez badanych poziomem SOC. Wyniki te były zgodne z doniesieniami Antonovsky'ego (1979, 1995) na temat gorszego funkcjonowania osób o niskim poczuciu koherencji oraz przejawiania przez nie większej liczby zaburzeń psychicznych. Wysoki poziom SOC mógł także ułatwić osobom represjonowanym z przyczyn politycznych w Polsce przystosowanie się do warunków więziennych. Osoby te umiały sprawniej zaadaptować się do otaczającej rzeczywistości, cechowały się większą odpornością nawet na ekstremalnie trudne sytuacje. Postrzeganie przez nie własnych doświadczeń jako wartych zaangażowania, nadanie im sensu i wartości wiązało się ze zmniejszeniem subiektywnego cierpienia, prowadzącego do pojawiania się zaburzeń o charakterze PTSD. Mogło się to wiązać z ich zdolnością do wykorzystania zasobów odpornościowych (wewnętrznych, takich jak: zdrowie fizyczne, poczucie własnej wartości, wiara, umiejętność nawiązywania kontaktów z innymi, i zewnętrznych, np.: wsparcie współtowarzyszy czy rodziny), dzięki czemu osoby te mogły stosować najbardziej optymalne sposoby radzenia sobie z trudnościami, co w konsekwencji minimalizowało wpływ stresogennych doświadczeń na zdrowie psychiczne i fizyczne, a także łagodziło natężenie PTSD.

W świetle teorii Antonovsky'ego (1995) czynnik siły poczucia koherencji pozwalał także na bardziej skuteczną rekonwalescencję ocalałych, sprzyjając ich szybszemu powrotowi do zdrowia somatycznego i psychicznego. Odnosząc to stwierdzenie do koncepcji Liftona (1980, 1988, 1993), można sądzić, że siła poczucia koherencji (a szczególnie zdolność do emocjonalnej reinterpretacji stresogennej sytuacji opisywana przez wymiar poczucia sensowności) łączyła się z możliwością dokonania i pomyślnego zakończenia „procesu psychoformatywnego”. Umiejętność poznawczego określenia wszystkich wymiarów urazu i wykorzystanie dostępnych zgeneralizowanych zasobów odpornościowych pozwalały represjonowanym z badanej grupy skupić się na bardziej pozytywnych konsekwencjach traumy (na przykład na podkreśleniu faktu „przeżycia”, ocalenia, satysfakcji ze spotkania z najbliższymi, przyjęcia roli bohatera). Wysoki poziom SOC sprzyjał podejmowaniu prozdrowotnych działań adaptacyjnych (zaangażowanie się w odbudowę własnego życia rodzinnego i kariery zawodowej, leczenie się u specjalistów, w celu łagodzenia dolegliwości fizycznych) oraz traktowaniu represji jako trudnego, ale pouczającego, a przede wszystkim zamkniętego okresu młodości. To zamknięcie, podkreślane w modelu Horowitz (1993), umożliwiało powrót do pełnego zdrowia psychicznego i zapobiegało powstaniu lub nasilaniu się zespołu stresu pourazowego.

Osoby represjonowane cechujące się niskim poziomem SOC ze względu na niezdolność do rekonstrukcji własnych schematów poznawczych i behawioralnych, nieumiejętność nadania sensu swojemu ocaleniu, jak również z powodu utrzymywania się oraz narastania poczucia krzywdy i straty (lat młodości, zdrowia, wydolności) miały małe możliwości do obrony przed pojawiającymi się, charakterystycznymi dla PTSD wspomnieniami z przeszłości. Nie potrafiąc wykorzystać adekwatnych środków zaradczych i nie widząc pozytywnych aspek-

tów swojego uwolnienia, osoby te samopotwierdzały się w roli ofiary. Skoncentrowanie na problemach zdrowotnych i emocjonalnych będących skutkami represji mogło powodować odtwarzanie się tych zdarzeń w postaci intruzywnych obrazów, w tematyce snów oraz natrętnych, powracających myśli lub uprzedmiotowienie (wiążące się z intensywnym cierpieniem) unikanie miejsc, ludzi i symboli przypominających traumę.

Dane uzyskane podczas badań korespondowały więc z informacjami na temat roli SOC w zapobieganiu lub łagodzeniu skutków emocjonalnego wyczerpania, długotrwałego stresu i z podatnością na zaburzenia psychiczne (Mroziak, Czabała i Wójtowicz, 1997). Ujawnione związki pomiędzy natężeniem PTSD a poziomem SOC korespondują także z zamieszczonymi w tej pracy danymi na temat relacji pomiędzy poczuciem koherencji a współtowarzyszącymi PTSD objawami (dotyczącymi sfery przeżywania psychicznego i interpersonalnego represjonowanych), diagnozowanymi za pomocą odrębnych narzędzi badawczych.

## 8.7. Poczucie koherencji

### 8.7.1. Poczucie koherencji u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Nie uzyskała potwierdzenia hipoteza 1b, że osoby represjonowane z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 charakteryzują się niższym poziomem poczucia koherencji niż osoby z grupy porównawczej. Hipoteza ta opierała się na stwierdzeniach Antonovsky'ego (1979, 1995, 1997), który uznał przeżycie ekstremalnie trudnych, kryzysowych i traumatycznych doświadczeń za czynnik zaburzający prawidłowe kształtowanie się poczucia koherencji (zaburzony układ przeciążenia/niedociążenia bodźcami, niewielki udział osoby w podejmowaniu decyzji). Dodatkową motywację tych założeń stanowiła okoliczność, że narażenie na represje nastąpiło w bardzo młodym wieku, w okresie gdy według teorii Antonovsky'ego możliwe były zmiany w poziomie SOC. Dzięki tak postawionej hipotezie starano się brać pod uwagę także dwustronne zależności pomiędzy SOC a stresem w momencie urazu.

Badania wykazały jednak brak istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w zakresie tej zmiennej. W świetle otrzymanych wyników należy się więc zastanowić, dlaczego długotrwały stres nie wpłynął na obniżenie się SOC u represjonowanych (traktowanych jako jednorodna grupa badawcza). Zgodnie z sugestiami Korotkova i Hannah (1994) można przypuszczać, że poczucie koherencji modyfikowało zachowania badanych już w trakcie narażenia na uraz oraz że było kategorią podstawową, związaną z ogólną organizacją percepcji, emocji i zachowania, która determinowała nie tylko szczegółowe sposoby radzenia sobie ze stresem, lecz przede wszystkim ocenę pierwotną zagrożenia. Z rezultatów badań w grupie represjonowanych z przyczyn politycznych w Pol-

sce wynikało też, że różnice w zakresie poziomu poczucia koherencji nie mogą być traktowane jako przejaw odległych następstw stresu pourazowego. Poziom SOC nie różnił się bowiem u badanych narażonych na traumatyczne doświadczenia w stosunku do osób, które nie doznały urazów tego typu. Na podstawie wyników można wnioskować, że trudności związane z uwięzieniem oraz z życiem w tzw. stresie przedłużonym także nie wiązały się ze zmianami poziomu SOC. Ukształtowanie się aktualnego poziomu SOC u ocalałych prawdopodobnie determinowały więc inne zmienne – przyjmując wyjaśnienie Antonovsky’ego (1979, 1995), związane z wczesnymi doświadczeniami dziecięcymi oraz zmiennymi kulturowo-socjologicznymi.

Przy analizie poziomu poczucia koherencji osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 należy zauważyć również, że większość z nich była świadomymi przeciwnikami ustroju w Polsce, podejmującymi działania zmierzające do ograniczenia jego wpływu, zdemaskowania lub obalenia. Działalność ta wymagała odwagi, odporności psychicznej, zaangażowania, świadomości celów oraz (w ówczesnych warunkach politycznych) dużej zaradności i zahartowania, czyli cech, które wiązały się z wysokim poziomem poczucia koherencji. Zazwyczaj osadzenie w więzieniu nie było dziełem przypadku, a konsekwencją świadomie podjętej decyzji o kontynuowaniu walki z nowym, obcym i narzuconym systemem politycznym. Często podejmujący akcje przeciwko aparatowi władzy, organom państwowym lub panującej ideologii byli nastawieni na konsekwencje w postaci pozbawienia wolności. Można więc spekulatywnie założyć, że osoby podejmujące takie wyzwania dojrzewały psychicznie wcześniej, na co mogły mieć wpływ poprzedzające okres stalinizmu wojna i okupacja hitlerowska. Wyjaśnienie to koresponduje z danymi przedstawionymi przez Wolff i Ratner (1999), które określiły, że stresogenne doświadczenia wczesnodziecięce były lepszym predyktorem kształtującym poziom SOC niż stres wojenny przeżywany w dorosłości.

### 8.7.2. Poczucie koherencji a odległe następstwa stresu pourazowego u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

Rezultaty badań potwierdziły doniesienia Antonovsky’ego i współpracowników (Antonovsky, 1979; Antonovsky i in., 1971), że poczucie koherencji może być modyfikatorem reakcji w adaptacji posttraumatycznej.

Wysoki poziom poczucia koherencji predysponował część badanych do skutecznego rozwiązywania problemów związanych z traumą na płaszczyźnie poznawczej, behawioralnej i emocjonalnej. Zgodnie z założeniami teoretycznymi salutogenezy dla osoby represjonowanej o wysokim poziomie SOC mogły one stanowić wyzwanie, szansę na odniesienie moralnego zwycięstwa (poprzez konceptualizację sylwetki wroga, wierność ideałom, brak kompromisu z władzą, wzmocnienie etycznego i światopoglądowego nonkonformizmu), potwierdzenie słuszności własnej drogi życiowej. Korespondowało to także z wynikami badań

ofiar obozów hitlerowskich przeprowadzonych w latach 60. XX wieku w krakowskiej klinice psychiatrycznej (Leśniak, 1965), które ujawniły istnienie grupy osób deklarujących pozytywny wpływ obozu na ich psychikę. Wśród korzyści badani ci wymieniali: pogłębienie znajomości siebie i innych, zahartowanie, możliwość nawiązania głębokich związków i kontaktów z innymi, wyzbycie się neurotyczności, nieśmiałości i lęklivosti. Z wywiadów i rozmów z tą grupą ocalałych wynikało, że w ich przypadku pomocne było ujmowanie swojej walki jako przegranej, ale nie bezsensownej, oraz traktowanie prześladowań jako kary za działalność polityczną, za walkę jednej opcji politycznej przeciwko innej (w sferze poznawczej ważne było odnalezienie lub nadanie sensu historiozoficznego swoim działaniom bądź szukanie ideału w historycznych bohaterach, porównywanie się z uczestnikami powstań i walk narodowowyzwoleńczych).

Wyniki dotychczasowych badań w Polsce sugerowały, że spośród składowych SOC najbardziej diagnostyczną skalą był wymiar sensowności (Dudek i Makowska, 1993; Mroziak, Pohorecka i Zwoliński, 1993, za: Mroziak, 1994). Doniesienia te potwierdziły dane uzyskane w badaniach grupy osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956. Można więc sądzić, że również w tej grupie badawczej motywacyjny składnik zaangażowania i podejmowania wysiłku (opisywany przez wyniki w podskali sensowności) wiąże się z redukcją lęku, pozytywną oceną własnego zdrowia i samopoczucia oraz przekonaniem, że ludzka egzystencja ma sens. W relacjach z innymi ludźmi wymiar ten łączy się z zapobieganiem wrogiemu nastawieniu i skłania do prospołecznych ustosunkowań. Rezultaty te potwierdzają także ważność kategorii poczucia koherencji w opisie odległych następstw stresu pourazowego oraz ujawniają kierunki możliwych interpretacji dotychczasowych niezgodności w wynikach badań prowadzonych w grupie represjonowanych. Chodzi o osoby, które po przeżyciu traumy zachowały względnie dobre zdrowie i samopoczucie, umiały przystosować się do otoczenia, nawiązać satysfakcjonujące relacje z innymi, prezentowały optymizm i wiarę we własne siły, oraz o osoby, u których uraz spowodował trwałe, negatywne zmiany w sferze funkcjonowania wewnętrznego i interpersonalnego.

Dla ocalałych z represji politycznych zadanie przepracowania traumatycznych doświadczeń i adaptacji do życia na wolności ze względu na nieprzychylnie lub wrogie okoliczności zewnętrzne stawało się obiektywnie trudniejsze i wymagało większego osobistego wysiłku niż w przypadku osób należących do innych grup odniesienia. Przykładowo bowiem ocalałym z obozów hitlerowskich dostarczono wsparcia i zagwarantowano chociażby moralne zadośćuczynienie. Dlatego uznanie ważności kontekstu indywidualnego przeżywania oraz głębsza analiza jego korelatów może uzupełnić model odbierania, znoszenia i integrowania skutków traumy szczególnie w tej grupie badawczej. Można więc sądzić, że wysokie poczucie koherencji było jednym z czynników, który pozwolił represjonowanym na zminimalizowanie następstw ekstremalnych zdarzeń i umożliwił reinterpretację traumy (odszukanie możliwie najbardziej pozytywnych, czy też najmniej negatywnych jej konsekwencji).

Biorąc pod uwagę wszystkie przesłanki, a więc duże różnice między grupą badawczą i porównawczą w zakresie poziomu lęku, depresji, poczucia sensu życia, samopoczucia, przejawianych stylów ustosunkowań interpersonalnych oraz ujawnione związki pomiędzy SOC i powyższymi zmiennymi u osób ocalałych z represji okresu stalinowskiego, należy sądzić, że wysokie poczucie koherencji łączyło się ze złagodzeniem nasilenia symptomów PTSD oraz współtowarzyszących mu objawów.

## 8.8. Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań i dokonanych analiz materiału badawczego sformułowane zostały następujące wnioski:

1. Występowanie i utrzymywanie się odległych następstw stresu pourazowego u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 należy łączyć z przeżyciem przez nie traumatycznych zdarzeń. Doświadczenie ekstremalnego stresu wiąże się więc z manifestowaniem przez badanych zaburzeń psychicznych i trwałych zmian osobowości nawet kilkadziesiąt lat po zadziałaniu stresora.
2. W obrazie odległych następstw stresu pourazowego w zakresie funkcjonowania intrapersonalnego u osób ocalałych istotne znaczenie mają zaburzenia w postaci podwyższonego poziomu lęku, depresji, obniżenia się poczucia sensu życia oraz gorszego samopoczucia. W relacjach interpersonalnych najczęściej pojawiają się u nich ustosunkowania o charakterze wrogości, podejrzliwości i bezradności, rzadko występują natomiast ustosunkowania prospołeczne. Wykazane zależności powinny zostać wykorzystane w orzecznictwie psychologicznym i psychiatrycznym, w celu wzbogacenia szczegółowych charakterystyk osób represjonowanych w okresie stalinowskim.
3. Poziom poczucia koherencji nie różnicuje osób z grupy badawczej i porównawczej, co sugeruje względną niezależność SOC od wpływu stresu o wysokim natężeniu.
4. Na podstawie danych uzyskanych metodą ustrukturyzowanego wywiadu uznano, że inicjowanie procesów adaptacji po doświadczeniach ekstremalnego stresu było związane z siłą poczucia koherencji. W dalszej perspektywie ważne wydaje się więc uwzględnianie tego czynnika w rehabilitacji posttraumatycznej.
5. Badania dowiodły, że w grupie osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 wysokie poczucie koherencji wiązało się ze złagodzeniem nasilenia PTSD oraz odległych następstw stresu pourazowego, a niskie ze zintensyfikowaniem ich występowania. Potwierdziło to hipotezy Antonovsky'ego i jego współpracowników (Antonovsky, 1979, 1995; Antonovsky i in., 1971) na temat roli SOC w opisie funkcjonowania jednostki narażonej na ekstremalny stres. Wysoki poziom poczucia koherencji wiąże się z bardziej pozytywnym, mniej lękowym postrzeganiem i odczuwaniem przez daną osobę zarówno aktualnej sytuacji, jak i trauma-



tycznych wydarzeń z przeszłości. Wysokie natężenie SOC łączy się z możliwością nadania przez daną osobę sensu swoim doświadczeniom, mniejszym skoncentrowaniem na dolegliwościach somatycznych będących skutkiem traumy oraz minimalizowaniem wrogich, agresywnych, podejrzliwych ustosunkowań, a występowaniem realistycznych, autonomicznych i prospołecznych nastawień wobec innych. Dlatego poczucie koherencji uznane zostało za ważny czynnik w interpretacji odległych następstw stresu pourazowego.

Praca niniejsza jest jedną z pierwszych prób odtworzenia i przedstawienia historii losów ocalałych z represji z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 oraz następstw ich doświadczeń w warstwie przeżywania psychicznego. W zakresie udowodnionych zależności w opisie intrapersonalnego i interpersonalnego funkcjonowania badanych ważne wydaje się uwzględnienie ich podmiotowych właściwości ujmowanych przez Antonovsky'ego: zdolności zrozumienia otaczającej rzeczywistości, nadania jej wartości i sensu, a także zaradności w działaniu z wykorzystaniem dostępnych zasobów. W świetle wyników tej pracy istotne znaczenie należy przypisać kategorii poczucia koherencji, której nasilenie może się wiązać z ilością i jakością subiektywnie odczuwanych dolegliwości natury fizycznej i psychicznej. Włączenie tego czynnika powinno doprowadzić do stworzenia spójnej sylwetki ocalałego, zrozumienia trudności represjonowanych, a także uwzględnienia elementów pozytywnej adaptacji części osób, charakteryzujących się wysokim poczuciem koherencji. Z perspektywy praktycznej kontynuacja tego kierunku może także umożliwić wzbogacenie wachlarza metod i sposobów terapii psychologicznej dla prześladowanych w okresie stalinowskim. Uwzględnienie siły poczucia koherencji, regulującej zdolność badanych do korzystania z dostępnych zgeneralizowanych zasobów odpornościowych może się przyczynić do zapewnienia adekwatnego wsparcia, pomocy i opieki tym, którzy gotowi są ją przyjąć. Podjęcie takich działań powinno stanowić element wszechstronnej rekompensaty, która z przyczyn historycznych, psychologicznych i medycznych jest potrzebna osobom ocalałym.

Problematyka odległych następstw stresu pourazowego u ofiar represji w latach 1944–1956 pozostaje nadal zagadnieniem otwartym. W odniesieniu do aktualnie podejmowanych tematów badawczych ważne wydaje się nakreślenie kilku kierunków możliwych badań i analiz. Niewątpliwie warte kontynuacji są zapoczątkowane w Zakładzie Patologii Społecznej w krakowskiej Katedrze Psychiatrii badania zmierzające do: adaptacji materiałów (metod, technik, testów) precyzyjnie określających poziom natężenia PTSD w opisywanej grupie badawczej; określenia relacji pomiędzy poczuciem koherencji a poziomem natężenia PTSD. Wyniki tych badań będą stanowić rozwinięcie i uzupełnienie danych uzyskanych w niniejszej pracy. Istotne wydaje się również porównanie odległych następstw stresu pourazowego u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 i u osób wywiezionych w tym okresie na Syberię oraz zbadanie relacji łączących wymiar umiejscowienia kontroli u byłych represjonowanych z przejawianym przez nich poziomem poczucia koherencji. Interesującą propozycją mogą być też badania mające na celu wykrycie między-

pokoleniowej transmisji postaw, tradycji i cech w tzw. drugim pokoleniu ocalałych oraz wypracowanie kompleksowego sposobu i szczegółowych metod terapii osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956.

Na zakończenie należy podkreślić, że populacja represjonowanych przez polskie służby bezpieczeństwa wymaga dalszych naukowych, psychologicznych, psychiatrycznych, a także socjologicznych opracowań, które prezentować będą specyfikę i szczegółową charakterystykę odległych następstw traumy w różnorodnych wymiarach i kontekstach.

## Literatura

- (ICD-10) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. J. Wciórka (tłum.). Kraków-Warszawa: IPN – Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Allen, S.N. (1994). Psychological assessment of post-traumatic stress disorder: Psychometrics, current trends, and future directions. W: D.A. Tomb (red.), *The psychiatric clinics of North America. Post-traumatic stress disorder*. Vol. 17, 2 (s. 327–349). Philadelphia: W.B. Saunders Company – A Division of Hartcourt Brace & Company.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition – revised*. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, D.C.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J. i Kotler, M. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual Differences*, 23, 3, s. 399–405.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36, 6, s. 725–733.
- Antonovsky, A. (1994). The Sense of Coherence: An historical and future perspective. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson i J.E. Fromer (red.), *Sense of coherence and resiliency. Stress, coping, and health* (s. 3–40). USA: The University of Wisconsin System – A Center for Excellence in Family Studies.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. H. Grzegółowska-Klarkowska (tłum.). Warszawa: Fundacja IPN.
- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W I. Heszen-Niejodek i H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 206–231). J. Łuczyński (tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Antonovsky, A. i Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126, s. 213–225.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N. i Wijsenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the Concentration Camp Experience. *Social Psychiatry*, 6 (4), s. 186–193.
- Banach, G. i Dominik, M. (1985). Psychiatryczne następstwa obozów hitlerowskich w drugim pokoleniu byłych więźniów. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 29–34.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 2, s. 191–215.
- Bandura, A. (1998). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barret, D.H., Green, M.L., Morris, R., Wayne, H.G. i Croft, J.B. (1996). Cognitive functioning and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, s. 1492–1494.
- Baum, A., Solomon, S.D., Ursano, R.J., Bickman, L., Blanchard, E., Green, B.L., Keane, T.M., Laufer, R., Norris, F., Reid, J., Smith, E.M. i Steinglass, P. (1993). Emergency/Disaster studies: Practical, conceptual, and methodological issues. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 125–133). New York: Plenum Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. i Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester – New York – Brisbane – Toronto: John Wiley & Sons.
- Becker, D. (1992). *The Deficiency of the PTSD-concept when dealing with victims of human rights violations*. Referat zaprezentowany na konferencji pt. „Trauma and Tragedy” w Amsterdamie.
- Bidzińska, E. (1984). Cechy osobowości przedchorobowej chorych z zaburzeniami afektywnymi. *Psychiatria Polska*, 18, 4, s. 313–318.
- Bilikiewicz, A., Barcikowska, M., Kądziaława, D., Kotapka-Minc, S., Leszek, J., Mosakowski, M., Opala, G., Parnowski, T., Pfeffer, A., Szczudlik, A. i Żakowska-Wachelko, B. (1999). *Wczesne rozpoznanie i leczenie otępienia typu Alzheimera. Stanowisko Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania (i leczenia) Otępień (IGERO)*. Gdańsk: Wydawnictwo Med-Media.
- Binnebesel, J. (2006). Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w kontekście salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovsky’ego. *Psychoonkologia*, 10, 2, s. 64–69.
- Boscarino, J.A. (2010). Wpływ stresu bojowego na umieralność po 30 latach od narażenia na jego działanie: implikacje dla zapobiegania, terapii i badań. W: C.R. Figley i W.P. Nash (red.), *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia* (s. 115–140). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN – Wojskowy Instytut Medyczny.
- Brende, J.O. (1995). Twelve themes and spiritual steps: A Recovery Program for Survivors of Traumatic Experiences. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 211–230). New York: Plenum Press.
- Brenner, P., Roskies, E. i Lazarus, R. (1980). Stress and coping under extreme conditions. W: J. Dimsdale (red.), *Survivors, victims, and perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust* (s. 219–257). Washington D.C.: Hemisphere.

- Brett, E.A. (1993). Psychoanalytic contributions to a theory of Traumatic Stress. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 61–68). New York: Plenum Press.
- Briere, J. i Scott, C. (2010). *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Brom, D. i Kleber, R.J. (1989). Prevention of post-traumatic stress disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), s. 335–351.
- Bromet, E.J. (1995). Methodological issues in designing research on community – wide disaster with special reference to Chernobyl. W: S.E. Hobfoll i M.W. de Vries (red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 267–282). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Bryant, R. i Harvey, A.G. (2011). *Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia*. J. Suchecki (tłum.). Warszawa: PWN.
- Brzeziński, J. (1997). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cairns, E. i Wilson, R. (1993). Stress, coping, and political violence in Northern Ireland. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 365–376). New York: Plenum Press.
- Catherall, D.R. (1989). Differentiating intervention strategies for primary and secondary trauma in post-traumatic stress disorder: The example of Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), s. 289–304.
- Charlton, P.F.C. i Thompson, J.A. (1996). Ways of coping with psychological distress after trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 4, s. 517–530.
- Chmielińska-Moszczak, J. (1997). *Depresja i poczucie sensu życia u osób z rozpoznaniem zespołu stresu pourazowego, prześladowanych politycznie w Polsce w latach 1944–56*. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem dr. hab. J.K. Gierowskiego. Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii.
- Chochołowska, E. (1997). *Agresja i style funkcjonowania interpersonalnego u osób z rozpoznaniem zespołu stresu pourazowego, prześladowanych politycznie w Polsce w latach 1944–56*. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem dr. hab. J.K. Gierowskiego. Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii.
- Coe, R.M., Romeis, J.C. i Hall, M.M. (1994). Sense of coherence and survival in the Chronically Ill Elderly: A five-year follow-up. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson i J.E. Fromer (red.), *Sense of coherence and resiliency. Stress, coping, and health* (s. 265–279). USA: The University of Wisconsin System Center for Excellence in Family Studies.
- Cohen, A.L. (1972). Uwagi o tzw. „KZ-syndromie”. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 21–23.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. i Deblinger, E. (2011). *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*. R. Andruszko (tłum.). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Crocq, M.-A., Macher, J.-P., Barros-Beck, J., Rosenberg, S.J. i Duval, F. (1993). Posttraumatic stress disorder in World War II prisoners of war from Alsace-Lorraine who survived captivity in The USSR. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 253–261). New York: Plenum Press.

- Cunningham, M. i Silove, D. (1993). Principles of treatment and service development for torture and trauma survivors. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 751–762). New York: Plenum Press.
- Czaja, I. (1998). Metodologia badań odległych następstw stresu pourazowego (PTSD) u osób prześladowanych politycznie w latach 1945–1956. *Sztuka Leczenia*, 3, s. 75–80.
- Czaja, I. i Gierowski, J.K. (1997). Specyfika badań oraz zarys psychopatologii odległych następstw stresu pourazowego u ofiar systemu stalinowskiego w Polsce. *Sztuka Leczenia*, 2, s. 97–102.
- Czaja, I. i Gierowski, J.K. (1999). Zaburzenia funkcjonowania interpersonalnego oraz poziom lęku, depresji i agresji u osób prześladowanych politycznie w Polsce w latach 1944–1956. *Psychiatria Polska*, 33, 3, s. 309–319.
- Danieli, Y. (1985). The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: A lesson from Holocaust survivors and their children. W: C.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. I. The study and treatment of Post Traumatic Stress Disorder* (s. 295–313). New York: Brunner/Mazel.
- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable: psychotherapists' reactions to victims of the Nazi Holocaust. W: J.P. Wilson, Z. Harel i B. Kahana (red.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam* (s. 219–237). New York: Plenum Press.
- Davis, R.C. i Friedman, L.N. (1985). The emotional aftermath of crime and violence. W: C.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. I. The study and treatment of Post Traumatic Stress Disorder* (s. 90–112). New York: Brunner/Mazel.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition DSM-5*. (2013). Arlington: American Psychiatric Association.
- Dimsdale, J. (red.). (1980). *Survivors, victims, and perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust*. Washington D.C.: Hemisphere.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Orientacja salutogeniczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 17–29). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dominik, M. (1979). Potomstwo w niektórych rodzinach byłych więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 25–38.
- Dudek, B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: GWP.
- Dudek, B., Gruszczyńska, E. i Koniarek, J. (2006). Teoria zachowania zasobów S. Hobfolla – zagadnienia teoretyczne i metodologiczne oraz adaptacja kwestionariusza COR-Evaluation. W: T. Pasikowski i H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria* (s. 51–60). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Dudek, B. i Koniarek, J. (1996). Poczucie koherencji a postrzeganie relacji między warunkami pracy, stresem i samooceną stanu zdrowia. *Alkoholizm i Narkomania*, 1, 22, s. 65–74.
- Dudek, B. i Makowska, Z. (1993). Psychometric characteristics of the orientation to life questionnaire for measuring the sense of coherence. *Polish Psychological Bulletin*, 24, 4, s. 309–318.

- Dupuy, H.J. (1984). The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. W: N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.F. Furberg i J. Ellison (red.), *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies* (s. 170–183). New York: Le Jaxq Publishing Inc.
- Eaton, W.W., Sigal, J.J. i Weinfeld, M. (1982). Impairment in Holocaust survivors after 33 years: Data from an unbiased community sample. *American Journal of Psychiatry*, 139 (6), s. 773–777.
- Eberly, R.E., Harkness, A.R. i Engdahl, B.E. (1991). An adaptational view of trauma response as illustrated by the prisoner of war experience. *Journal of Traumatic Stress*, 4 (3), s. 363–380.
- Ehrlich, P. (1988). Treatment issues in the psychotherapy of Holocaust survivors. W: J.P. Wilson, Z. Harel i B. Kahana (red.), *Human adaptation to extreme stress: from the Holocaust to Vietnam* (s. 285–333). New York: Plenum Press.
- Eitinger, L. (1980). The concentration camp syndrome and its late sequelae. W: J. Dimsdale (red.), *Survivors, victims, and perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust* (s. 127–162). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Everly, G.S. Jr. (1993). Neurophysiological considerations in the treatment of posttraumatic stress disorder. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 795–801). New York: Plenum Press.
- Everly, G.S. Jr. (1995a). Psychotraumatology. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 3–8). New York: Plenum Press.
- Everly, G.S. Jr. (1995b). An Integrative Two-Factor Model of Post-Traumatic Stress. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 27–48). New York: Plenum Press.
- Everly, G.S. Jr. (1995c). The neurocognitive therapy of post-traumatic stress: A metatherapeutic approach. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 159–170). New York: Plenum Press.
- Everly, G.S. i Lating, J.M. (red.). (1995). *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press.
- Feinstein, A. (1989). Posttraumatic Stress Disorder: A descriptive study supporting DSM-III-R criteria. *American Journal of Psychiatry*, 146, s. 665–666.
- Figley, Ch.R. (1986). Traumatic stress: The role of the family and social support system. W: Ch.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. II. Post-traumatic stress disorder: Theory, research, and treatment* (s. 133–155). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, Ch., Giel, R., Borgo, S., Briggs, S. i Haritos-Fatouros, M. (1995). Prevention and treatment of community stress: How to be a mental health expert at the time of disaster. W: S.E. Hobfoll i M.W. de Vries (red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 489–497). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Figley, Ch.R. i Nash, W.P. (red.). (2010). *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*. M. Dragan-Polak, M. Höffner, J. Radzicki (tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN – Wojskowy Instytut Medyczny.
- Fiorentino, L.M. i Pomazal, R.J. (1994). Sense of coherence and the stress-illness relationship among employees: A prospective study. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson i J.E. Fromer (red.), *Sense of coherence and resiliency. Stress, coping,*

- and health* (s. 91–106). USA: The University of Wisconsin System Center for Excellence in Family Studies.
- Flach, F. (1990). The resilience hypothesis and posttraumatic stress disorder. W: M.E. Wolf (red.), *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology, and treatment* (s. 37–45). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Flannery, R.B. i Flannery, G.J. (1990). Sense of coherence, life stress, and psychological distress: A prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 4, s. 415–420.
- Flick, L.H. i Homan, S.M. (1994). Sense of coherence as a predictor of family functioning and child problems: Preliminary findings among homeless, substance-abusing women with children. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson i J.E. Fromer (red.), *Sense of coherence and resiliency. Stress, coping, and health* (s. 107–124). USA: The University of Wisconsin System Center for Excellence in Family Studies.
- Foa, E.B., Hembree, E.A. i Olasov Rothbaum, B. (2014). *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Emocjonalne przepracowanie traumy. Podręcznik terapeuty*. M.L. Kalinowski (tłum.). Sopot: GWP.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. i McHugh, P.R. (1975). „Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatry Research*, 12, s. 189–198.
- Frankl, V.E. (1962). *Psycholog w obozie koncentracyjnym*. S. Zgórska (tłum.). Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Frankl, V.E. (2000). *Homo patiens*. Z.J. Jaroszewski i R. Czarnecki (tłum.). Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Freud, S. (1975). *Poza zasadą przyjemności*. J. Prokopiuk (tłum.). Warszawa: PWN.
- Freud, S. (1982). *Wstęp do psychoanalizy*. S. Kemperówna i W. Zaniewicki (tłum.). Warszawa: PWN.
- Friedman, M.J. (1997). Posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 9, s. 33–36.
- Garlicki, A. (1994). *Bolesław Bierut*. Warszawa: WSiP.
- Gątarcki, J., Orwid, M., Dominik, M. (1969). Wyniki badania psychiatrycznego i elektroencefalograficznego 130 byłych więźniów Oświęcimia–Brzezinki. *Przegląd Lekarski – Oświęcim*, 25(1), s. 25–28.
- Gibbs, M.S. (1989). Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (4), s. 489–514.
- Gierowski, J.K. (1996). Ferne Nachwirkungen einer Stressbelastung bei den Opfern des totalitären Systems in Polen – Versuch einer psychologischen und psychopathologischen Beurteilung. W: T. Payk (red), *Perspektiven psychiatrischer Ethik* (s. 41–49). Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag.
- Gierowski, J.K. i Heitzman, J. (1996). *The picture and dynamics of the anxiety in victims of persecution and torures of totalitarian system in Poland*. Referat wygłoszony na „Second World Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies” w Jerozolimie.



- Glover, H. (1988). Four syndromes of post-traumatic stress disorder: Stressors and conflicts of the traumatized with special focus on the Vietnam combat veteran. *Journal of Traumatic Stress*, 1 (1), s. 57–78.
- Goldstein, G., Kammen, W. van, Shelly, C., Miller, D.J. i Kammen, D.P. van (1987). Survivors of imprisonment in the Pacific Theater during World War II. *American Journal of Psychiatry*, 144, s. 1210–1213.
- Goldstein, K. (1939). *The organism: A holistic approach to biology*. New York: American Book Co.
- Gottlieb, A. (1994). Single mothers of children with disabilities: The role of sense of coherence in managing multiple challenges. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson i J.E. Fromer (red.), *Sense of coherence and resiliency. Stress, coping, and health* (s. 91–106). USA: The University of Wisconsin System Center for Excellence in Family Studies.
- Green, B.L. (1993). Identifying survivors at risk: Trauma and stressors across events. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 135–144). New York: Plenum Press.
- Green, B.L. (1995). Long-term consequences of disaster. W: S.E. Hobfoll i M.W. de Vries (red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 307–324). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Green, B.L., Lindy, J.D. i Grace, M.C. (1988). Long-term coping with combat stress. *Journal of Traumatic Stress*, 1 (4), s. 399–412.
- Green, B.L., Wilson, J.P. i Lindy J.D. (1985). Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. W: C.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. I. The study and treatment of post traumatic stress disorder* (s. 53–69). New York: Brunner/Mazel.
- Grinker, R.R. i Spiegel, J.P. (1945). *Men under stress*. New York: Mc Graw Hill.
- Gryglewski, H., Januszewska, E., Januszewski, A., Juros, A. i Oleś, P. (1984). Meaning of life and hopelessness: Interrelationships and intergroup differences. *Polish Psychological Bulletin*, 15 (4), s. 277–284.
- Hankała, A. (1993). Rola układu immunologicznego w przezwyciężaniu stresu. *Zdrowie Psychiczne*, 34, s. 64–68.
- Harel, Z., Kahana, B. i Kahana, E. (1993). Social resources and the mental health of aging Nazi Holocaust survivors and immigrants. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 141–152). New York: Plenum Press.
- Hart, O. van der, Brown, P. i Kolk, B.A. van der (1995). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 195–210). New York: Plenum Press.
- Heitzman, J. (1995). Zespół pourazowego stresu – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzecznicze. *Psychiatria Polska*, 29, 6, s. 751–766.
- Heitzman, J. (1998). PTSD jako następstwo klęski żywiołowej. *Psychiatria Polska*, 32, 1, s. 5–14.

- Heitzman, J. (2002). Psychiatryczna diagnoza zespołów pourazowych – klinika, orzecznictwo. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2(1), s. 21–38.
- Heitzman, J. i Rutkowski, K. (1997). Zaburzenia psychiczne u osób prześladowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956. *Psychiatria Polska*, 31, 2, s. 153–164.
- Herbert, C. (2004). *Zrozumieć traumę: poradnik dla osób, które doznały urazu i dla ich rodzin*. J. Błaszczuk-Wiślińska i P. Wiśliński (tłum.). Gdańsk: GWP.
- Herman, J.L. (1995). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 87–100). New York: Plenum Press.
- Herman, J.L. (1999). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. A. i M. Kacmają (tłum.). Gdańsk: GWP.
- Heszen-Niejodek, I. (1991). Radzenie sobie z konfrontacją stresową (wybrane zagadnienia). *Nowiny Psychologiczne*, 1–2, s. 13–26.
- Heszen-Niejodek, I. (red.). (1995). *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?* Katowice: Wydawnictwa Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Niejodek, I. (1996). Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 12–43). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Heszen-Niejodek, I. (1998). Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne*, 3, 1, s. 7–22.
- Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. (s. 465–492). Gdańsk: GWP.
- Heszen-Niejodek, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll, S.E. (1989). Zachowanie zasobów. Nowa próba konceptualizacji stresu. *Nowiny Psychologiczne*, 5–6, s. 24–48.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. M. Kacmają (tłum.). Gdańsk: GWP.
- Hobfoll, S.E. (2012). Teoria zachowania zasobów i jej implikacje dla problematyki stresu, zdrowia i odporności. W: E. Bielawska-Batorowicz i B. Dudek (red.), *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla. Polskie doświadczenia* (s. 15–50). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Hobfoll, S.E., Briggs, S. i Wells, J. (1995). Community stress and resources: Actions and reactions. W: S.E. Hobfoll i M.W. de Vries (red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 137–158). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Hobfoll, S.E. i Vries, M.W. de (red.). (1995). *Extreme stress and communities: impact and intervention*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Holmes, T.H. i Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, s. 213–218.
- Horowitz, M.J. (1993). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 49–60). New York: Plenum Press.

- Horowitz, M.J. i Kaltreider, N.B. (1995). Brief therapy of the stress response syndrome. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 231–244). New York: Plenum Press.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. i Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 3, s. 209–218.
- Hunter, E.J. (1993). The Vietnam prisoner of war experience. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 297–303). New York: Plenum Press.
- Irving, L.M., Telfer, L. i Blake, D.D. (1997). Hope, coping, and social support in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (3), s. 465–479.
- Jaffa, T. (1993). Therapy with families who have experienced torture. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 715–723). New York: Plenum Press.
- Jagoda, Z., Kłodziński, S. i Masłowski, J. (1976). Stereotypy zachowań u byłych więźniów obozu oświęcimskiego. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 46–71.
- Jakubik, A. (1981). Obraz własnej osoby a pobyt w hitlerowskich obozach koncentracyjnych. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 15–26.
- Jakubik, A. (1986). Badania empiryczne nad obrazem własnej osoby u byłych więźniów obozów koncentracyjnych. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 20–28.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. W: C.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. I. The study and treatment of post traumatic stress disorder* (s. 15–35). New York: Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, B. (1995). Victims of violence. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 73–86). New York: Plenum Press.
- Jelonkiewicz, I. (1996). Przegląd badań nad korelatami i regulującymi funkcjami poczucia koherencji. *Alkoholizm i Narkomania*, 22, 1, s. 19–26.
- Jelonkiewicz, I. (1994). Model Antonovsky'ego – odniesienia do wybranych koncepcji psychologicznych. *Nowiny Psychologiczne*, 3, s. 55–63.
- Jelonkiewicz, I. i Kosińska-Dec, K. (2007). Poczucie koherencji zasobem szczególnie ważnym w promocji zdrowia młodzieży. Promocja zdrowia w różnych okresach życia. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, LXII, suppl. XVIII, 3, s. 83–86.
- Jelonkiewicz, I. (2012). *Stres a zdrowie młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Joseph, J., Williams, R. i Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress. A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Juhler, M. (1993). Medical diagnosis and treatment of torture survivors. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 763–766). New York: Plenum Press.
- Kaczmarek, Ł. (2006). Związek między poczuciem koherencji a afektem pozytywnym i negatywnym w zależności od poziomu stresu. W: T. Pasikowski i H. Sęk, (red.), *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria* (s. 73–84). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

- Kahana, B., Harel, Z. i Kahana, E. (1988). Predictors of psychological well-being among survivors of the Holocaust. W: J.P. Wilson, Z. Harel i B. Kahana (red.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam* (s. 171–192). New York: Plenum Press.
- Kahana, E., Kahana, B., Harel, Z. i Rosner, T. (1988). Coping with extreme trauma. W: J.P. Wilson, Z. Harel i B. Kahana (red.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam* (s. 55–79). New York: Plenum Press.
- Kaniasty, K. (2003). *Kłęsa żywiołowa czy katastrofa społeczna? Psychospołeczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*. Gdańsk: GWP.
- Kaplan, H.J. i Sadock, B.J. (1995). *Psychiatria kliniczna*. G. Bagiński i in. (tłum.). Wrocław: Urban & Partner.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimering, R.T. i Bender, M.E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. W: Ch.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. I. The study and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder* (s. 257–294). New York: Brunner/Mazel.
- Kepiński, A. (1970). Tzw. „KZ-syndrom”: próba syntezy. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 18–23.
- Kepiński, A. (1994). *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kepiński, A. i Kłodziński, S. (1973). O dodatniej aktywności więźniów. *Przegląd Lekarski*, 30, 1, s. 81–84.
- Kluznik, J.C., Speed, N., Valkenburg, Ch. van i Magraw, R. (1986). Forty-year follow-up of united states prisoners of war. *American Journal of Psychiatry*, 143, s. 1443–1446.
- Kłodziński, S. (1972). Swoisty stan chorobowy po przebyciu obozów hitlerowskich. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 15–21.
- Kolk, B.A. van der (1988). The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress*, 1 (3), s. 273–290.
- Kolk, B.A. van der, Hart, O. van der i Burbridge, J. (1995). The treatment of Post Traumatic Stress Disorder. W: S.E. Hobfoll i M.W. de Vries (red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 421–443). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Kolk, B.A. van der, Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A. i Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 7, s. 83–93.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Personality and Social Psychology*, 37, 1, s. 1–11.
- Koniarek, J., Dudek, B. i Makowska, Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky’ego. *Przegląd Psychologiczny*, 36, 4, s. 491–502.
- Korotkov, D. i Hannah, T.E. (1994). Extraversion and emotionality as proposed superordinate stress moderators: A prospective analysis. *Personality and Individual Differences*, 16, s. 787–792.
- Korotkov, D.L. (1993). An assessment of the (short-form) sense of coherence personality measure issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences*, 14, 4, s. 575–583.

- Kosińska-Dec, K. (1996), Poczucie koherencji a style radzenia sobie i picie alkoholu (raport z badań). *Alkoholizm i Narkomania*, 22, 1, s. 49–64.
- Kosińska-Dec, K. i Jelonkiewicz, I. (1997). Poczucie koherencji a style radzenia sobie – zmiany w czasie. W: L. Szewczyk (red.), *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie* (s. 39–43). Lublin: Akademia Medyczna.
- Kosińska-Dec, K. i Jelonkiewicz, I. (2001). Wybrane właściwości dorastającego dziecka i rodziny a jego poczucie koherencji. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. (s. 138–150). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Kostewicz, T. (1996). Terror i represje. W: B. Otwinowska i J. Żaryn (red.), *Polacy wobec przemocy 1944–56* (s. 121–178). Warszawa: Editions Spotkania.
- Kowal, A., Szymona, K., Płotka, A. i Jabłoński, L. (2005). Środowisko rodzinne w kształtowaniu poczucia koherencji (SOC) uczniów szkół średnich. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, LX, Suppl. XVI, 243.
- Kryształ, H. (red.). (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Kucmin, T., Kucmin, A., Nogalski, A., Sojczuk, S. i Jojczuk, M. (2016). Historia traumy i zaburzeń potraumatycznych w literaturze. *Psychiatria Polska*, 50(1), s. 269–281.
- Kulka, R.A. i Schlenger, W.E. (1993). Survey research and field designs for the study of Posttraumatic Stress Disorder. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 145–155). New York: Plenum Press.
- Kurowska, M. (1994). *Psychologiczne problemy lustracji w opinii byłych więźniów politycznych okresu stalinowskiego w Polsce*. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. A. Bieli. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski, Wydział Nauk Społecznych, Sekcja Psychologii.
- Lating, J.M., Zeichner, A. i Keane, T. (1995). Psychological assessments of PTSD. W: G.S. Everly i J.M. Lating, (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 104–127). New York: Plenum Press.
- Laufer, R.S, Frey-Wouters E. i Gallops, M. (1985). Traumatic stressors in the Vietnam war and post-traumatic stress disorder. W: Ch.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. I. The study and treatment of post traumatic stress disorder* (s. 73–89). New York: Brunner/Mazel.
- Lazarus, R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 34, s. 2–40.
- Lazarus, R.S. i Averill, J.R. (1972). Emotion and cognition: With special reference to anxiety. W: Ch.D. Spielberger (red.), *Anxiety. Current trends in theory and research* (s. 242–283). New York: Academic Press.
- Lazarus, R.S. i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lemańczyk, W. i Kordacka, M. (1993). Proste metody rozpoznawanie otępienia. W: S. Krzyński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego* (s. 238–248). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Leśniak, R. (1964). Poobozowe zmiany osobowości byłych więźniów obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 13–20.

- Lifton, R.J. (1980). The concept of the survivor. W: J. Dimsdale (red.), *Survivors, victims, and perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust* (s. 113–126). Washington D.C.: Hemisphere.
- Lifton, R.J. (1988). Understanding the traumatized self: imaginery, symbolization, and transformation. W: J.P. Wilson, Z. Harel i B. Kahana (red.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam* (s. 7–31). New York: Plenum Press.
- Lifton, R.J. (1993). From Hiroshima to the Nazi doctors: The evolution of psychoformative approaches to understanding traumatic stress syndromes. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 11–23). New York: Plenum Press.
- Lindy, J.D. (1993). Focal psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 803–809). New York: Plenum Press.
- Lis-Turlejska, M. (1992). Psychologiczne następstwa skrajnie stresowych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne*, 2, s. 65–76.
- Lis-Turlejska, M. (1993). Radzenie sobie ze skutkami psychologicznymi skrajnie traumatycznych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne*, 4, s. 77–86.
- Lis-Turlejska, M. (1997). Adaptacja ocalałych po skrajnie traumatycznych przeżyciach. Modele teoretyczne przezwyciężania skutków traumy. W: D. Kubacka-Jasiecka i A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 45–59). Kraków: Wydawnictwo All.
- Lis-Turlejska, M. (1998). *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Lis-Turlejska, M. (2002). *Stres traumatyczny. Występowanie – następstwa – terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Lis-Turlejska, M. (2005). *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Lizak, W. (1988). Apogeum. Aparat represji w Polsce w latach 1948–1952. *Res Publica*, 6, s. 2839.
- Lomranz, J. (1995). Endurance and living: Long-term effects of The Holocaust. W: S.E. Hobfoll i M.W. de Vries (red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 325–352). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Loos, W.S. de (1990). Psychosomatic manifestations of chronic posttraumatic stress disorder. W: M.E. Wolf (red.), *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology, and treatment* (s. 94–104). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Lotarski, P. (red.). (2016). *Polscy weterani i kombatanci. Wczoraj i dziś*. Warszawa: Akademia Obrony Narodowej.
- Łosiak, W. (1984). Lęk i jego uwarunkowania – przegląd współczesnych teorii. *Przegląd Psychologiczny*, 27, 4, s. 899–912.
- Łosiak, W. (1994). *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Łosiak, W. (1995). Podstawowe koncepcje stresu i radzenia sobie. *Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczne*, MCLXVIII, 2, s. 13–23

- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Łuszczzyńska, A. (2004). Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. W: H. Sęk i R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 190–205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Łuszczzyńska-Cieślak, A. (2001a). Czym jest dla psychologa poczucie koherencji? *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, VIII, 20, s. 56–68.
- Łuszczzyńska-Cieślak, A. (2001b). Trudności dotyczące badań nad poczuciem koherencji. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 56–68). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Maier, S.F., Watkins, L.R. i Fleshner, M. (1997). Psychoneuroimmunologia – współzależności pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością. *Nowiny Psychologiczne*, 1, s. 5–35.
- Makara-Studzińska, M., Partyka, I., i Ziemecki, P. (2012). Zespół stresu pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru. *Current Problems of Psychiatry*, 13(2), s. 109–114.
- Marmar, R.Ch. i Horowitz, M.J. (1988). Diagnosis and phase-oriented treatment of post-traumatic stress disorder. W: J.P. Wilson, Z. Harel i B. Kahana (red.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam* (s. 81–103). New York: Plenum Press.
- Mazor, A., Gampel, Y., Enright, R.D. i Orenstein, R. (1990). Holocaust survivors: Coping with post-traumatic memories in childhood and 40 years later. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), s. 1–14.
- McCaffrey, R.J. i Bellamy-Campbell, R. (1989). Psychometric detection of fabricated symptoms of combat-related post-traumatic stress disorder: A systematic replication. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (1), s. 76–79.
- McCubbin, H.I, Thompson, E.A., Thompson, A.I. i Fromer, J.E. (red.). (1995). *Sense of coherence and resiliency. Stress, coping, and health*. USA: The University of Wisconsin System Center for Excellence in Family Studies.
- McMackin, R.A., Newman, E., Fogler, J.M. i Keane, T. (red.). (2015). *Terapia traumy. Teoria i praktyka terapii opartej na dowodach*. S. Pikiel (tłum.). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- McSherry, W.C. i Holm, J.E. (1994). Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (4), s. 476–487.
- Monné-Dzikowska, B. i Wilczyńska, A. (1991). Badania byłych więźniów obozów na Syberii i deportowanych na Syberię. Referat wygłoszony na posiedzeniu Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (maszynopis).
- Mroziak, B. (1994). A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC). *Nowiny Psychologiczne*, 1, s. 6–16.
- Mroziak, B. (1996). Poczucie koherencji (SOC) a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież. Założenia, problematyka i zakres badań. *Alkoholizm i Narkomania*, 1, 22, s. 27–34.

- Mroziak, B., Czabała, J.C. i Wójtowicz, S. (1997). Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, 31,3, s. 257–268.
- Mroziak, B., Czabała, J.C. i Zwoliński, M. (1996). Poczucie koherencji jako determinant zdrowia psychicznego młodzieży – sprawozdanie z badań pilotażowych. W: H. Skłodowski (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata* (s. 101–105). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Mróz, B. (1993). Test Sensu Życia (PIL) – badania kliniczne. Poczucie sensu życia a świat wartości osób uzależnionych od narkotyków. W: E. Okręglicka-Forysiak (red.), *Wybrane metody diagnostyczne w psychologii. Materiały pomocnicze dla studentów psychologii* (s. 39–57). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Murphy, S.A. (1986). Health and recovery status of victims one and three years following a natural disaster. W: Ch.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. II. Post-traumatic stress disorder: Theory, research, and treatment* (s. 133–155). New York: Brunner/Mazel.
- Nash, W.P. (2010a). Stresory wojny. W: Ch.R. Figley i W.P. Nash (red.), *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia* (s. 15–38). M. Dragan-Polak, M. Höffner, J. Radzicki (tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN – Wojskowy Instytut Medyczny.
- Nash, W.P. (2010b). Przystosowania do stresu i urazy spowodowane przez stres bojowy i operacyjny. W: Ch.R. Figley i W.P. Nash (red.), *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia* (s. 39–75). M. Dragan-Polak, M. Höffner i J. Radzicki (tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN – Wojskowy Instytut Medyczny.
- Nash, W.P. i Baker, D.G. (2010). Konkurujące ze sobą i uzupełniające się modele stresowego urazu bojowego. W: C.R. Figley i W.P. Nash (red.), *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia* (s. 76–111). M. Dragan-Polak, M. Höffner i J. Radzicki (tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN – Wojskowy Instytut Medyczny.
- Niederland, W.G. (1968). The psychiatric evaluation of emotional disorders in survivors of Nazi persecution. W: H. Krystal (red.), *Massive psychic trauma* (s. 8–22). New York: International Universities Press, Inc.
- Nosal, A. (1986). Poczucie sensu życia u mężczyzn w wieku emerytalnym funkcjonujących poza grupą rodzinną i zawodową. W: B. Pilecka (red.), *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*. (s. 159–197). Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie.
- Nowakowska, H. (1999). Czy można odczuć bezradności? *Edukacja i Dialog*, 2, s. 51–54.
- Ochberg, F. (1993). Posttraumatic therapy. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 773–783). New York: Plenum Press.
- Ochberg, F.M. (1995). Post-traumatic therapy. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 245–264). New York: Plenum Press.
- Ochinowski, T. (1997). Doświadczenia więźniów politycznych lat stalinowskich w świetle analizy psychohistorycznej. Propozycja modelu badawczego. W: D. Kubacka-Jasiecka i A. Lipowska-Teutsch (red.), *Wobec przemocy* (s. 139–151). Kraków: Wydawnictwo All.



- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki wydarzeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin.
- Olasov Rothbaum, B., Foa, E.B. i Hembree, E.A. (2013). *Odzyskaj życie po traumie. Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Poradnik pacjenta*. M.L. Kalinowski (tłum.). Sopot: GWP.
- Orwid, M. (1964). Socjopsychiatryczne następstwa pobytu w obozie koncentracyjnym Oświęcim-Brzezinka. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 17–22.
- Orwid, M. (1997). Przemoc totalitarna. Refleksje psychiatry. W: D. Kubacka-Jasiecka i A. Lipowska-Teutsch (red.), *Wobec przemocy* (s. 165–168). Kraków: Wydawnictwo All.
- Orwid, M. (2009). *Trauma*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Orwid, M., Domagalska-Kurdziel, E. i Pietruszewski, K. (1994a). Psychospołeczne następstwa holocaustu w drugim pokoleniu ofiar holocaustu ocalonych w Polsce. *Psychiatria Polska*, 1, s. 113–130.
- Orwid, M., Domagalska-Kurdziel, E. i Pietruszewski, K. (1994b). Psychospołeczne następstwa holocaustu u osób ocalonych i żyjących w Polsce. *Psychiatria Polska*, 28, 1, s. 91–112.
- Parnawski, T. i Jernajczyk, W. (1977). Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa). *Psychiatria Polska*, 11, 4, s. 417–421.
- Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie. Podejście salutogenetyczne*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Pasikowski, T. (2001a). Kwestionariusz Poczucia Koherencji dla Dorosłych (SOC-29). W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 71–86). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Pasikowski, T. (2001b). Struktura i funkcje poczucia koherencji: analiza teoretyczna i empiryczna weryfikacja. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 43–56). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Pasikowski, T. i Sęk, H. (red.). (2006). *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Patterson, J.M. i Garwick, A.W. (1994). Theoretical linkages: Family meanings and sense of coherence. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson i J.E. Fromer (red.), *Sense of coherence and resiliency. Stress, coping, and health* (s. 71–89). USA: The University of Wisconsin System Center for Excellence in Family Studies.
- Petrie, K. i Brook, R. (1992). Sense of coherence, self-esteem, depression and helplessness as correlates of reattempting suicide. *British Journal of Psychology*, 31, s. 293–300.
- Pilecka, B. (red.). (1986). *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*. Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie.
- Popielski, K. (1975). *Człowiek – pytanie otwarte*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Popiołek, K. (red.). (2001). *Człowiek w sytuacji zagrożenia: kryzysy, katastrofy, kataklizmy*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

- Poprawa, R. (1996). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 101–137). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Post-White, J. (1994). The Role of sense of coherence in mediating the effects of mental imagery on immune function, cancer outcome, and quality of life. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson i J.E. Fromer (red.), *Sense of coherence and resiliency. Stress, coping, and health* (s. 279–291). USA: The University of Wisconsin System Center for Excellence in Family Studies.
- Potoczek, A. (1990). Małżonkowie – więźniowie polityczni stalinizmu. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 28–32.
- Pużyński, S. (red.). (1988). *Depresje*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Reykowski, J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. Warszawa: PWN.
- Rosenhan, D.L. i Seligman, M.E.P. (1994). *Psychopatologia*. T. 1–2. D. Golec, H. Grzegówska-Klarkowska, J. Kubicka-Daab, B. Mroziak i M. Zakrzewski (tłum.). Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Roszkowski, W. (1994). *Historia Polski 1914–1990*. Warszawa: PWN.
- Rutkowski, K. (1999). *Zaburzenia snu w zespole stresu pourazowego*. Niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. med. J. Bomby. Kraków: Wydział Lekarski Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rutkowski, K. (2001). *Zaburzenia snu w zespole stresu pourazowego*. Kraków: Wydawnictwo Pandit.
- Ryn, J.Z. (1978). Z psychologii i psychopatologii obozów koncentracyjnych i jenieckich. *Przegląd piśmiennictwa zachodniego. Przegląd Lekarski*, 1, s. 231–237.
- Ryn, J.Z. (1981). Uwagi o tzw. KC-syndromie. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 26–29.
- Ryn, J.Z. (2003). *Psychiatria obozów koncentracyjnych i prześladowań politycznych*. Kraków: Wydawnictwo Oddziału Polskiej Akademii Nauk w Krakowie.
- Sagy, S. i Antonovsky, A. (1994). The family sense of coherence and the retirement transition. W: H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson, i J.E. Fromer (red.), *Sense of coherence and resiliency. Stress, coping, and health* (s. 207–226). USA: The University of Wisconsin System Center for Excellence in Family Studies.
- Scheler, M. (1986). O sensie cierpienia. A. Węgrzecki (tłum.). *Znak*, 384/386, s. 3–44.
- Scurfield, R.M. (1985). Post-trauma stress assessment and treatment: Overview and formulations. W: Ch.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. I. The study and treatment of post traumatic stress disorder* (s. 219–256). New York: Brunner/Mazel.
- Scurfield, R.M. (1993). Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 285–295). New York: Plenum Press.
- Seligman, M.P. (1993). *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. A. Jankowski (tłum.). Poznań: Media Rodzina of Poznań.
- Selye, H. (1960). *Stres życia*. J.W. Guzek i R. Rembiesa (tłum.). Warszawa: PZWL.
- Selye, H. (1977). *Stres okiełznany*. T. Zalewski (tłum.). Warszawa: PIW.

- Sędek, G. (1991). Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady? W: M. Kofta i T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (red.). (1993). *Spółeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Sęk, H. (2001). Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 23–42). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk, H. i Pasikowski, T. (1998). The quality of life, health and sense of coherence in social context. *Polish Psychological Bulletin*, 29, 1, s. 69–77.
- Sęk, H. i Ścigała, I. (1996). Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 133–149). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Shmotkin, D. i Lomranz, J. (1998). Subjective well-being among Holocaust survivors: An examination of overlooked differentiations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1, s. 141–155.
- Siek, S. (1995). *Pranie mózgu*. Warszawa: Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej.
- Silver, R.L. i Wortmann, C.B. (1984). Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. *Nowiny Psychologiczne*, 4–5, s. 29–95.
- Smith, J.R. (1986). Sealing over and integration: Models of resolution in the post-traumatic stress recovery process. W: Ch.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. II. Post-traumatic stress disorder: Theory, research, and treatment* (s. 20–39). New York: Brunner/Mazel.
- Solomon, Z. (1993). Immediate and long-term effects of traumatic combat stress among Israeli veterans of the Lebanon war. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 321–331). New York: Plenum Press.
- Solomon, Z. (1995). The pathogenic effects of war stress: The Israeli experience. W: S.E. Hobfoll i M.W. de Vries (red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 229–246). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Solomon, S.D. i Davidson, J.R.T. (1997). Trauma: Prevalence, impairment, service use, and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 9, s. 5–11.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. i Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 2, s. 279–285.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. i Habershaim, N. (1990). Life-events, coping strategies, social resources, and somatic complaints among combat stress reaction casualties. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 2, s. 137–148.
- Sosnowski, T. (1977). Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu Charlesa D. Spilbergera. *Przeгляд Psychologiczny*, 20, 2, s. 349–360.
- Southwick, S.M., Yehuda, R i Giller, E.L. Jr. (1991). Characterization of depression war-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, s. 179–183.

- Sparr, L.F. (1990). Legal aspects of posttraumatic stress disorder: Uses and abuses. W: M.E. Wolf (red.), *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology, and treatment* (s. 239–264). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Spielberger, Ch.D. (1966). Theory and research on anxiety. W: Ch.D. Spielberger (red.), *Anxiety and behavior* (s. 3–20). New York: Academic Press.
- Spielberger, Ch.D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. W: Ch.D. Spielberger (red.), *Anxiety. Current trends in theory and research* (s. 481–493). New York: Academic Press.
- Sroka, D. (1997). *Lęk i mechanizmy obronne u osób z rozpoznaniem zespołu pourazowego stresu, prześladowanych politycznie w Polsce w latach 1944–56*. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem dr. hab. J.K. Gierowskiego. Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii.
- Stach, R. (1991). *Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Stanik, J.M. (1977). Problem interpersonalnego funkcjonowania osobowości. *Przegląd Psychologiczny*, 22, 2, s. 259–280.
- Stanik, J.M. (1994). *Skala Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI)*. Kielce: Wydawnictwo Szumacher.
- Strümpfer, D.J.W., Gouws, J.F. i Vivers, M.R. (1998). Antonovsky's Sense of Coherence Scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*, 12, s. 457–480.
- Szpakowski, Z. (1996). Zbrojne podziemie antykomunistyczne. W: B. Otwinowska i J. Żaryn (red.), *Polacy wobec przemocy 1944–56* (s. 34–79). Warszawa: Editions Spotkania.
- Szymona, K. (2008). *Zaburzenia nerwicowe a poczucie koherencji*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Szymusik, A. (1964). Astenia poobozowa u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 23–29.
- Szymusik, A. (1974). Inwalidztwo wojenne byłych więźniów obozów koncentracyjnych. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 110–112.
- Szymusik, A. (1991). Badania byłych więźniów obozów koncentracyjnych w krakowskiej Klinice Psychiatrycznej w latach 1959–1990. *Przegląd Lekarski*, 1, s. 22–28.
- Szymusik, A. i Gierowski, J.K. (1996). Posttraumatische Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder) bei den Opfern der Nazi- und sowjetischen Verfolgung. W: T. Payk (red.), *Perspektiven psychiatrischer Ethik* (s. 31–40). Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag.
- Świda-Ziemba, H. (1989). Stalinizm i społeczeństwo polskie. W: J. Kurczewski (red.), *Stalinizm* (s. 15–95). Warszawa: Uniwersytet Warszawski. Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji.
- Tedeschi, R.G. i Calhoun, L.G. (2007). Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: P.A. Linley i S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 230–248). A. Jaworska-Surma (tłum.). Warszawa: PWN.
- Terelak, J.F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.

- Tomb, D.A. (red.). (1994). *The psychiatric clinics of North America. Post-traumatic stress disorder*. Vol. 17 (2). Philadelphia: W.B. Saunders Company. A division of Hartcourt Brace & Company.
- Trimble, M.R. (1985). Post-traumatic stress disorder: History of concept. W: Ch.R. Figley (red.), *Trauma and its wake, Vol. I. The study and treatment of post traumatic stress disorder* (s. 5–14). New York: Brunner/Mazel.
- Turlejska, M. (1989). *Te pokolenia żałobami czarne... Skazani na śmierć i ich sędziowie 1944–54*. Londyn: „Aneks”.
- Turner, S.W. i Gorst-Unsworth, C. (1993). Psychological sequelae of torture. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 703–713). New York: Plenum Press.
- Turner, S.W. i Hough, A. (1993). Hyperventilation as a reaction to torture. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 725–732). New York: Plenum Press.
- Tylor, S.E. (1984). Przystosowanie się do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne*, 6–7, s. 15–38.
- Velde, W. op den, Falger, P.R.J., Hovens, J.E., Groen, J.H.M. de, Lasschuit, L.J., Duijn, H. van i Schouten, E.G.W. (1993). Posttraumatic stress disorder in Dutch resistance veterans from world war II. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 219–230). New York: Plenum Press.
- Watson, Ch.G. (1990). Psychometric posttraumatic stress disorder measurement techniques: A review. *Psychological Assessment*, 2, s. 460–469.
- Watson, Ch.G., Juba, M.P., Manipold, V., Kucala, T. i Anderson, P.A. (1991). The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, s. 179–188.
- Weisath, L. (1993). Torture of a Norwegian ship's crew. Stress reactions, coping, and psychiatric aftereffects. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 743–750). New York: Plenum Press.
- Weisath, L. (1995). Preventive psychosocial intervention after disaster. W: S.E. Hobfoll i M.W. de Vries (red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 401–419). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Weisath, L. i Eitinger, L. (1993). Posttraumatic stress phenomena: Common themes across wars, disasters, and traumatic events. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 69–77). New York: Plenum Press.
- Weiss, D. (1993). Structured clinical interview techniques. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 179–187). New York: Plenum Press.
- Werblan, A. (1991). *Stalinizm w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo „Fakt”.
- Widera-Wysoczańska, A. (2010). *Mechanizmy przemocy w rodzinie. Z pokolenia na pokolenie*. Warszawa: Difin.
- Widera-Wysoczańska, A. i Kuczyńska, A. (red.). (2011). *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*. Warszawa: Difin.
- Widera-Wysoczańska, A. i Kuczyńska, A. (red.). (2012). *Interpersonalna trauma. Wsparcie, interwencja, psychoterapia*. Warszawa: Difin.

- Wilson, J.P. (1995). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. W: G.S. Everly i J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 9–26). New York: Plenum Press.
- Wilson, J.P., Harel, Z. i Kahana, B. (red.). (1988). *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum Press.
- Wilson, J.P. i Raphael, B. (red.). (1993a). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press.
- Wilson, J.P. i Raphael, B. (1993b). Theoretical and conceptual foundations of traumatic stress syndromes. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 1–9). New York: Plenum Press.
- Wilson, J.P. i Raphael, B. (1993c). Intervention, clinical treatment, and psychotherapy: Approaches to recovery and treatment. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 767–783). New York: Plenum Press.
- Wilson, J.P., Smith, W.K. i Johnson, S.K. (1985). A comparative analysis of PTSD among various survivor groups. W: Ch.R. Figley (red.), *Trauma and its wake. Vol. I. The study and treatment of post traumatic stress disorder* (s. 142–172). New York: Brunner/Mazel.
- Wolf, M.E. (red.). (1990). *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology, and treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Wolfe, J. i Keane, T.M. (1993). New perspectives in the assessment and diagnosis of combat-related posttraumatic stress disorder. W: J.P. Wilson i B. Raphael (red.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (s. 165–177). New York: Plenum Press.
- Wolff, A.C i Ratner, P.A. (1999). Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), s. 182–197.
- Worsztynowicz, A. (2001). Doświadczenie wsparcia społecznego a poczucie koherencji. W: H. Sęk i T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 151–164). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Wrześniewski, K. i Lepczyński, P. (1985). Wzory reagowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych i ich związek z chorobą somatyczną. *Polski Tygodnik Lekarski*, 40, 46–47, s. 1285–1290.
- Wrześniewski, K. i Sosnowski, T. (1987). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL): Polska adaptacja STAI: Podręcznik*. Warszawa: PTP – Wydział Psychologii UW – Laboratorium Technik Diagnostycznych im. B. Zawadzkiego.
- Yapko, M. (1996). *Kiedy życie boli. Dyrektywy w leczeniu depresji*. A. i M. Kacmajor (tłum.). Gdańsk: GWP.
- Yehuda, R., Kahana, B., Schmeidler, J., Southwick, S.M., Wilson, S. i Giller, E.L. (1995). Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 152, s. 1815–1818.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Giller, E.L. Jr, Siever, L.J. i Binder-Brynes, K. (1998). Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring. *American Journal of Psychiatry*, 155, s. 841–843.
- Zawadzki, B. i Popiel, A. (2014). Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11. *Nauka*, 4, s. 69–86.

- Zdankiewicz-Ścigała, E. i Przybylska, M. (2002). *Trauma: proces i diagnoza. Mechanizmy psychoneurofizjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu PAN.
- Zeidner, M. i Ben-Zur, H. (1993). Coping with a national crisis: The Israeli experience with the threat of missile attacks. *Personality and Individual Differences*, 14, 1, s. 209–224.
- Zeiss, R.A i Dickman, H. (1989). PTSD 40 years later: Incidence and person-situation correlates in former POWs. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 1, s. 80–87.
- Ziemia, Z.A. (1989). Prawo karne Polski Ludowej w latach 1944–1986. W: J. Kurczewski (red.), *Stalinizm* (s. 97–163). Warszawa: Uniwersytet Warszawski. Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji.
- Zilber, N.J., Weiss, D.S. i Horowitz, M.J. (1982). Impact of Event Scale: A Cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 3, s. 407–414.
- Zwoliński, M. (1997). Poczucie koherencji i styl radzenia sobie ze stresem a ocena własnego zdrowia przez dziewczęta i chłopców kończących szkołę średnią. W: L. Szewczyk (red.), *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i w chorobie* (s. 45–51). Lublin: Akademia Medyczna.





## Aneks

### 1. Studium przypadków: osoby o wysokim poczuciu koherencji i osoby o niskim poczuciu koherencji

#### **Osoba o wysokim poziomie koherencji**

SOC\* ogólny = 128 punktów

poczucie sensowności = 35 punktów

poczucie zrozumiałości = 46 punktów

poczucie zaradności = 47 punktów

Ojciec badanego był kupcem, matka gospodynią domową. Badany miał dwie starsze siostry i brata. Ojciec obchodził uroczyscie 3 Maja i 11 listopada. Atmosferę w domu wspomina jako bardzo dobrą. Gdy wybuchła wojna, miał ukończone dwie klasy szkoły podstawowej.

Przez całą okupację z transportów kolejowych przechodzących przez Skawinę kradł wraz z grupą chłopców żywność, amunicję, broń i węgiel. Starali się także podawać jeńcom i więźniom wodę i żywność. W 1943 roku w związku z akcją zdobywania i przetrzucania broni został aresztowany brat badanego. Badany i jego koledzy mieli od 12 do 15 lat, nie należeli do żadnej organizacji. Jako dzieci nie budzili podejrzeń, kręcąc się po dworcu. W czasie działań frontowych wraz z kolegą rozbijali ładunki wybuchowe, którymi Niemcy zamierzali wysadzić tabor kolejowy. Zdobytą przez siebie broń przekazywali AK.

W marcu 1945 roku został aresztowany przez NKWD w czasie rewizji w domach, w których mieszkały „podejrzane rodziny”. Postawiono mu zarzut, że ma magazyn broni i żądano jego oddania. Na taką okazję miał dwa karabiny bez zamków i oddał je. Aresztowano go. Przetrzymano go w areszcie około 12 godzin – nie był bity, tylko straszony. Miał wtedy niespełna 15 lat.

W kwietniu odwiedził kolegę, rozmawiał z nim między innymi o posiadanej broni. Rozmowę tę usłyszał ojciec chłopaka, stary działacz PPS. Zagroził, że sprowadzi milicję. Badany my-

**Środowisko  
rodzinne**

**Wojna  
i okupacja  
hitlerowska**

**I aresztowanie**

ślał, że to żarty, lecz ojciec kolegi rzeczywiście sprowadził funkcjonariusza UB, który wziął ich na przesłuchanie. Badany tłumaczył, że to nieporozumienie, rozmawiali o broni niemieckiej i po kilku godzinach został wypuszczony. Nie dał się zastraszyć, gdy funkcjonariusz UB żądał od niego umycia podłogi w pomieszczeniach MO.

W roku 1945 ukończył szkołę podstawową. W 1946 roku wstąpił do KSM (Katolickie Stowarzyszenie Młodzieży), a potem do NOW (Narodowej Organizacji Wojskowej). W 1946 roku podjął pracę jako praktykant w zakładzie elektrycznym. Sądził, że był obserwowany – „miano go na oku”.

Po raz kolejny został aresztowany 26 listopada 1946 roku – miał wtedy 16 lat. Zarzucono mu przynależność do podziemnej organizacji i posiadanie broni.

Śledztwo odbywało się w Krakowie, w budynku UB przy ul. Lea. Bito go pięściami oraz nogami od tzw. niemieckich stołków – najczęściej po mięśniach nóg. Nieraz był tak pobity, że musieli go: „wlec do celi i wrzucać tam po rozhuśtaniu”. W śledztwie niczego się od niego nie dowiedzieli. Przesłuchania, którym był poddawany, trwały czasami godzinę, dwie, czasami od rana do wieczora.

Bez rozprawy został zwolniony z więzienia w lutym lub w marcu 1947 roku. Był to okres amnestii i ujawniania się. On sam się nie ujawnił. Próbował kontaktować się z ludźmi z dawnej organizacji, ale nie mieli już do niego zaufania, ponieważ został zwolniony bez rozprawy. Nadal próbował organizować grupy konspiracyjne. Nie należał już do NOW.

Następne aresztowanie miało miejsce w 1949 roku. Przesłuchiwano go i jak się zorientował – „mieli dużo materiału, byliśmy rozpracowani, mieli listy ludzi, wiedzieli dużo, mieli też częściowe rozeznanie w ilości przechowywanej broni”. Był bity, odstawiano go do piwnicy, natychmiast budzono i prowadzono na śledztwo, gdy zasypiał. Śledztwo trwało od września do kwietnia następnego roku – „były śledztwa i były sposoby” – stał godzinami twarzą do ściany, a przesłuchujący wymieniali się. Z tego wszystkiego był „na wpół przytomny, roztrzęsiony z bezsenności i zmęczenia”, chwilami nie wiedział, co robi. W czasie śledztwa spał na gołych deskach w piwnicy w takim ubiorze, w jakim ich zabrano.

W marcu 1950 roku planował z kolegami ucieczkę. Byli bliscy osiągnięcia celu, kiedy: „do celi dano [...], który okazał się kapusiem...”. Badany został wezwany przez śledczego, zaczęto bić go „sztangłami” po nogach i plecach, starał się zasłaniać głowę. Po tym przeniesiono go do pojedynczej celi: „gdzie okienko małe, krata solidna, nie można było marzyć o ucieczce”. Roz-

## **II aresztowanie**

### **Śledztwo**

### **Zwolnienie**

## **III aresztowanie**

### **Śledztwo**

począł głodówkę, gdy zorientował się, że okradają jego paczki: „założyłem głodówkę, bo chciałem się przekonać, na co mnie stać, zobacze, czy ich przetrzymam, czy mnie wezmą do szpitala na dokarmianie”.

W czasie śledztwa najbardziej podtrzymywało go na duchu to, że był cały czas aktywny: „organizowałem głodówki, próby ucieczki, starania, żeby zapamiętać wszystkich śledczych, rozeznanie terenu i ludzi – żeby mieć zajęcie”. Jednak najczęstszym sposobem spędzania czasu były rozmowy ze współwięźniami na różne tematy. Nie bał się utraty życia, choć prokurator domagał się dla niego kary śmierci jako „jedynego sprawiedliwego wyroku”.

Było kilka rozpraw, na których był oskarżany – brak jakichś materiałów na ten temat. Dopiero za czwartym razem odbyła się właściwa rozprawa. Otrzymał wyrok 13 lat – za posiadanie broni i przynależność do nielegalnej organizacji.

Został wywieziony do Wroniek. Na wstępie czekały go upokarzające odzywki straży więziennej i tzw. ścieżka zdrowia. Więźniowie siedzieli w siedmiu w jednoosobowej celi, spali na betonie. Byli wielokrotnie przenoszeni z celi do celi, w których często osadzano podstawionego człowieka, donoszącego władzom więziennym. Badany siedział także w karcerze w czasie mrozu, w samej bieliźnie. We Wronkach był od 1951 roku do grudnia 1953 roku. Potem został przeniesiony do Rawicza, tam pracował jako elektryk. W Rawiczu znów trafił do karceru, gdyż pobił donosiciela. W maju 1955 roku wysłano go do kopalni „Dymitrow” – była to kopalnia gazowa, pracował na najbardziej niebezpiecznych odcinkach, w jego otoczeniu zdarzały się wypadki. W więzieniu spędził 5 lat. Nigdy nie przeżył w więzieniu okresu depresji ani lęku, zawsze chciał: „coś kombinować, walczyć, coś zrobić”.

Zwolniono go w związku z darowaniem reszty kary.

Moment wyjścia z więzienia opisuje w ten sposób: „wyszliśmy we dwójkę, poszliśmy do miasta kupić sobie marynarki, spodnie, zjedliśmy kanapkę z szynką, wypili po jednym piwie i poszliśmy do pociągu. Ciekawie się wszystkiemu przyglądałem, ale strachu nie miałem”. Fizycznie czuł się dobrze, cieszył się, że został zwolniony. Nie odczuwał obcości czy zmian świata zewnętrznego, od razu rozpoczął bujne życie towarzyskie, spotykali go koledzy, znajomi: „każdy chciał z nim rozmawiać”, on sam chętnie kontaktował się z ludźmi. W domu nie zastał większych zmian, poza tym, że jeszcze w więzieniu w 1952 roku dowiedział się o śmierci swojego ojca. Ani w więzieniu, ani potem nie śniły mu się koszmarne sny lub sny tematycznie związane z ciężkimi chwilami przesłuchań. Zaraz po wyroku był cały czas

**Sposoby radzenia sobie w sytuacji uwięzienia**

**Rozprawa sądowa i wyrok**

**Więzienie**

**Zwolnienie**

pewien, że wytrzyma, że wyjdzie, że da sobie z tym wszystkim radę. Po wyjściu z więzienia musiał przez miesiąc codziennie zgłaszać się na milicję, potem często dostawał wezwania na UB.

Miał trudności z uzyskaniem pracy, po trzech miesiącach bezskutecznych prób znalezienia pracy w zawodzie (elektryk) dostał pracę w Hucie Aluminium w Skawinie – najpierw w transporcie jako ładowacz, potem w produkcji przy obsłudze wanien elektrolitycznych. Był nagabywany przez UB: „przychodzili też do mnie do pracy i wdawali się w rozmowy na mój temat z personelem”. Pracował w ciężkich warunkach oddechowych przez 26 lat, do uzyskania renty. Innej pracy nie szukał, wciągnął się w działalność wśród robotników huty. W 1970 roku, w czasie wydarzeń na Wybrzeżu zorganizowano w hucie trybunę robotniczą, po tych wydarzeniach wywalczyli sobie podwyżkę płac.

Od początku brał udział w organizowaniu „Solidarności”, był w Komitecie Założycielskim, agitował, wybrano go przewodniczącym komisji oddziałowej. W kwietniu 1981 roku przeszedł na rentę. Ma 2. grupę inwalidzką. W 1982 roku robił tzw. zarzutki – zarzucanie płótna z napisem „Solidarność” na przewody elektryczne. Miał w domu rewizje. Prowadził działalność aż do ponownej rejestracji „Solidarności”, m.in. brał udział w głodówce w Bieżanowie w 1986 roku, oplakatowywał miasto, kolportował ulotki, brał udział w demonstracjach.

W 1959 roku ożenił się. Żona nie sprzeciwiała się jego działalności. Nie mieli też większych problemów rodzinnych. Ma jedną córkę, która uzyskała wykształcenie średnie – „pracuje w służbie zdrowia, jest taka bojowa, jak ja”. Ma wnuki (11 i 9 lat), stara się pomóc w ich wychowaniu i prawidłowo je ukierunkować.

Psychicznie czuł się i czuje się dobrze – „całe życie najbardziej mnie bawiła walka z komuną”.

Obecnie swoje zdrowie określa jako nie najlepsze – „teraz wszystko wychodzi – bóle kości, kręgosłupa, z nerkami mam kłopoty”. Rano nie może wstać, wszystko go boli, ma słabe krążenie, drętwieją mu ręce i nogi, w nocy miewa bardzo bolesne skurcze nóg. Jest pod stałą opieką lekarza zakładowego i laryngologa (przewlekły stan zapalny gardła).

Obecnie jest członkiem Związku Więźniów Politycznych Okresu Stalinowskiego. Uważa, że „wszystko jest w porządku, tylko mi się nazwa nie podoba – powinno to się nazywać Związek Więźniów Bezprawia Komunistycznego – [...], gdyż to bracia Polacy katowali”.

Jest zadowolony z tego, co obecnie udało się osiągnąć w Polsce, ale nie podoba mu się, że: „nie pociągnięto do odpowiedzialności tych, co gospodarkę zrujnowali i ludzi męczyli”.

**Adaptacja  
do życia  
na wolności**

**Rodzina**

**Stan obecny**

Sądzi, że pomimo prześladowań walka nie była daremna, że człowiek teraz może żyć spokojnie, nie boi się, że w każdej chwili mogą go zaaresztować. Negatywnych stron nie podaje: „no, przeszło mi to, nie mogę nic powiedzieć”. Stosunek do prześladowców określa następująco: „nie jesteśmy bandytami, nie chcemy ich mordować, lecz trzeba ich postawić przed sądem, żeby ich prawo osądziło”.

Jest także zaangażowany w działalność Związku Żołnierzy AK, należy do Związku Więźniów i klubu kolekcjonerów.

### **Osoba o niskim poziomie koherencji**

SOC\* ogólny = 101 punktów

poczucie sensowności = 28 punktów

poczucie zrozumiałości = 35 punktów

poczucie zaradności = 38 punktów

Badany urodził się w 1927 roku. Jego ojciec był zawodowym wojskowym. Matka nie pracowała. W domu panowała ciepła atmosfera, kultywowano tradycje związane z honorem i symboliką wojskową. W dzieciństwie nie doznał żadnych urazów fizycznych ani psychicznych. Okres wojny także przeżył bez traumatycznych doświadczeń.

W latach 1944–1948 badany działał na terenie Podhala w Ruchu Oporu AK, pomagał w akcjach zbrojnych. Nie brał pod uwagę możliwości aresztowania, nie zastanawiał się nad tym.

Został zatrzymany w Nowym Targu i aresztowany 2 marca 1948 roku. Zatrzymanie wywołało u badanego reakcję przerażenia, strachu oraz lęku o życie.

W wyżej wymienionym areszcie przetrzymywano go przez dwa tygodnie. Był codziennie bity i przesłuchiwany, w następstwie czego doszło u niego do uszkodzeń ciała (ran wewnętrznych i zewnętrznych, między innymi: uszkodzenia brzucha, zerwania nerwu twarzowego, uszkodzenia uszu i zębów). Po okresie śledztwa w Nowym Targu przewieziono badanego do Urzędu UB w Krakowie przy placu Inwalidów. Był załamany, zdenerwowany – „byłem całkowicie rozbity i roztrzęsiony”, odczuwał duży lęk. W areszcie przerażały go fatalne warunki sanitarne i bytowe, pobyt w zatłoczonych celach, głód (choć chwali sobie opiekę lekarzy opatrujących jego zraniony brzuch). W czasie wielogodzinnych przesłuchań stosowano wobec badanego tortury, kary fizyczne i psychiczne (48 godzin karceru bez jakiegokolwiek ubrania w okresie bardzo zimnej wiosny, całkowite odosobnienie, a potem cela ze współtowarzyszami-donosicielami: „trzeba było bardzo uważać, co i do kogo się mówiło, nie wdawać się w szczegóły swojego życiorysu, wszystko mogło być

**Środowisko  
rodzinne**

**Aresztowanie**

**Śledztwo**

wykorzystane na twoją niekorzyść”). Stał się nieufny i zamknął w sobie. Odmówił współpracy z UB, choć bał się utraty życia i wiedział, że: „dużo tym ryzykuje”.

W czasie śledztwa i późniejszego uwięzienia bardzo źle się czuł psychicznie i fizycznie. Uważa, że przed całkowitym załamaniem obroniła go życzliwość, rozmowy i dodawanie otuchy przez współwięźniów i opatrujących go lekarzy. Wiedział także, że rodzina stara się o dobrego adwokata i wspiera go „moralnie”. Dlatego nigdy nie myślał o: „skróceniu sobie cierpień”.

Został skazany na sześć lat więzienia podczas procesu pokazowego w Rabie Wyżnej. Uważa, że łagodność kary zawdzięcza bardzo dobrej obronie adwokata. Spodziewał się wyroku śmierci, ponieważ za udział w akcjach zbrojnych koledzy otrzymywali przeważnie wyższe wyroki.

Został przewieziony do więzienia we Wronkach. Wspomina bardzo złe warunki bytowe i sanitarne. Nie był tu jednak bity, chociaż nadal stosowano wobec niego zastraszanie, upokarzanie i liczne obelgi. Bardzo dokuczał mu brak prasy, książek czy jakiegokolwiek lektury. Możliwa jednak była współpraca i pomoc pomiędzy więźniami. Dużym wsparciem psychicznym była także dla badanego rodzina. W czasie trzech miesięcy karnego odosobnienia w celi bronił się przed nudą i załamaniem nerwowym, bawiąc się zapalkami.

W więzieniu przeszedł operację wyrostka robaczkowego, po operacji zachorował na gruźlicę. Na skutek starań ojca został czasowo zwolniony na leczenie do szpitala. Był leczony w poradni przeciwgruźliczej.

Po przeprowadzonej kuracji zastanawiał się, czy dobrowolnie wrócić do więzienia. Powrót do Wronek był dla niego bardzo negatywnym przeżyciem. Uznał jednak, że nie ma możliwości ukrycia się lub ucieczki na Zachód. Sam zgłosił się do prokuratora, kosztowało go to wiele upokorzeń, ale pogodził się z tą decyzją. Został odesłany do pracy przy kamieniołomach, zdecydowanie zbyt ciężkiej dla rekonwalescenta po tak ciężkiej chorobie jak gruźlica. Wspomina, że panowały tam lepsze warunki bytowe i nie znęcano się tam psychicznie nad więźniami, nie upokarzano ich. Pracę tę określa jednak jako przekraczającą jego możliwości fizyczne i wycieńczającą zdrowie.

Po wyjściu na wolność ważył 40 kg, był osłabiony fizycznie i psychicznie. Jak wspomina: „nie miałem nawet siły się cieszyć”. Miał trudności ze znalezieniem pracy (czterokrotnie odmawiano mu zatrudnienia ze względu na przeszłość). W liceum, gdzie wreszcie dostał pracę księgowego, utrudniano mu ją i szkano-  
wano go: „często przychodzili jacyś agenci i rozmawiali z moimi

**Sposoby  
radzenia sobie  
w sytuacji  
uwięzienia**

**Rozprawa  
sądowa  
i wyrok**

**Więzienie**

**Czasowe  
zwolnienie**

**Powtórne  
uwięzienie**

przełożonymi”. Po interwencji rodziny u I sekretarza PZPR dostał pracę w szkole skórzaney, w której pracował do emerytury.

Po wyjściu z więzienia cierpiał na stany obniżonego nastroju, nieokreślonego lęku: „bałem się bez powodu, bo bliscy się mną opiekowali” i osłabienia motoryki. Czasami miewał sny o swoim pobycie w więzieniu, po tym bolała go głowa, zażywał tabletki nasenne, ale czuł się po nich zmęczony, więc przerwał zażywanie. Był, jak stwierdza: „ogólnie mało odporny”, gdy widział dawnych prześladowców, dostawał, jak stwierdza: „trzęsawki”, bał się wychodzić na ulicę. Ograniczył swoje kontakty towarzyskie, uważał, że inni ludzie nie zrozumieją jego przeżyć.

Ożenił się w 1956 roku. Uprowadził żonę o swojej przeszłości. Także przed ślubem, z pomocą lekarza, poinformował przyszłą żonę, że urazy z więzienia spowodowały jego bezpłodność. Małżeństwo swoje uważa za dobre, pomimo że są rodziną bezdzietną.

Po przejściu na rentę w 1989 roku nasiliły się jego bóle głowy i to one były powodem pójścia do lekarza psychiatry i uzyskania szeregu porad i konsultacji psychiatrycznych. Potem pojawiły się u badanego okresy braku snu, obniżonego nastroju, zniechęcenia, trudności z koncentracją uwagi, trzy razy miał myśli samobójcze, miał poczucie beznadziei, niezrozumienia przez innych, braku zadośćuczynienia za lata spędzone w więzieniu. Od tego czasu zintensyfikowały się też jego przemyślenia o tamtym okresie.

Badany ma negatywne nastawienie do ludzi, sądzi, że: „nic od nikogo nie dostał dobrego”. Twierdzi, że: „gdyby inni nie dali przyzwolenia oprawcom, nie mogliby tego robić tak bezkarnie”. Uważa, że osoby winne powinny otrzymać zasłużoną karę – zostać osądzone i skazane, pozbawione praw obywatelskich i dóbr materialnych. Obciąża także siebie (swoje więzienne losy) winą za wczesną śmierć ojca. Uważa, że traumatyczne doświadczenia z przeszłości pozbawiły go młodości, doprowadziły do załamania zdrowia.

Jest członkiem Światowego Związku AK i Związku Kombatanów byłych ofiar terroru stalinowskiego. W czasie badania ma płaczący głos, smutny wyraz twarzy bądź występują u niego reakcje nerwowe (nieadekwatnego do treści przeżyć) chichotu lub śmiechu.

\*SOC – poczucie koherencji

**Adaptacja  
do życia  
na wolności**

**Rodzina**

**Stan obecny**

## 2. Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu do badania represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956

### CZĘŚĆ I

#### I. DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko: .....
2. Data urodzenia: .....
3. Wykształcenie:
  - 1) wyższe
  - 2) średnie
  - 3) zawodowe
  - 4) podstawowe
4. Stan cywilny: .....
5. Stan rodzinny (dzieci): .....
6. Zawód: .....
7. Zamieszkanie: .....

#### II. DZIECIŃSTWO/RODZINA/ NAUKA/ ZDROWIE SOMATYCZNE

8. Sytuacja materialna rodziny:
  - a) dobra
  - b) przeciętna
  - c) zła
9. Zawód rodziców: .....
10. Więzy uczuciowa między rodzicami a dziećmi w rodzinie:
  - a) silna
  - b) słaba
11. Rodzice opiekowali się Panem:
  - a) nadmiernie
  - b) przeciętnie
  - c) niewystarczająco
12. Strata w młodości jednego z rodziców:
  - a) tak
  - b) nie
13. Silne konflikty między Panem a rodzicami lub rodzeństwem zdarzały się:
  - a) często
  - b) rzadko
  - c) nigdy



14. Rodzice (rodzeństwo, bliscy krewni):
  - a) utrzymywali tradycje niepodległościowe
  - b) należeli do organizacji konspiracyjnej
  - c) nie zajmowali się czynnie sprawami politycznymi
15. Był Pan uczniem:
  - a) dobrym      b) słabym
16. Miał Pan konflikty z nauczycielami:
  - a) często      b) rzadko
17. Po ukończeniu nauki chciał Pan zostać:
18. Aresztowanie przeszkodziło Panu w realizacji planów:
  - a) tak      b) nie
19. Nawiązywał Pan kontakty z rówieśnikami:
  - a) łatwo      b) trudno      c) nie było mi to potrzebne
20. Ukończył Pan naukę:
  - a) przed wybuchem wojny
  - b) w czasie wojny
  - c) po wojnie
  - d) przed aresztowaniem przez władze PRL / radzieckie
21. W dzieciństwie doznał Pan urazów, leczył się Pan:
  - a) tak      b) nie

### III. WOJNA

22. W okresie wojny pełnił Pan funkcje:
  - a) w konspiracji      b) w wojsku (AK), w partyzantce      c) nie pełniłem
23. W czasie wojny doznał Pan urazów fizycznych:
  - a) tak      b) nie
24. W czasie wojny przeżył Pan załamanie psychiczne:
  - a) tak      b) nie

## CZĘŚĆ II

### IV. ARESZTOWANIE

25. Powód aresztowania:
  - a) faktyczny udział w działalności organizacji nielegalnej w PRL, wykonywanie zamachów, używanie broni
  - b) domniemany udział w działalności organizacji nielegalnej w PRL
  - c) udział bliskich w działalności nielegalnej organizacji
  - d) poglądy polityczne
  - e) udział w działalności organizacji nielegalnej w PRL o charakterze młodzieżowym, samokształceniowym, posiadanie broni, ulotek
26. Bezpośredni powód aresztowania:
 

<ol style="list-style-type: none"> <li>a) zdrada kolegów</li> <li>b) inwigilacja UB</li> <li>c) przypadek</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>d) ujawnienie się</li> <li>e) aresztowanie bliskich lub współpracowników</li> </ol>
--	--

27. Miejsce aresztowania:  
 a) dom    b) praca    c) ulica    d) inne
28. Urazy doznane w chwili aresztowania:  
 a) pobicie    f) rewizja, zniszczenie  
 b) złamanie kończyn    lub konfiskata mienia  
 c) rozstanie z rodziną    g) szantaż i zastraszenie  
 d) rozstanie z małżonkiem, dziećmi    h) utrata przytomności  
 e) zniewagi słowne    i) inne: .....
29. Pierwsze uczucie po aresztowaniu:  
 a) obezwładniający lęk    d) lęk o rodzinę lub kolegów  
 b) agresja i czynne    e) zdziwienie  
    przeciwstawienie się oprawcom    f) wesołość  
 c) panika i zdenerwowanie    g) bezsilność, zrezygnowanie
30. Brał Pan pod uwagę możliwość aresztowania:  
 a) tak    b) nie

## V. ŚLEDZTWO

31. Gdzie prowadzono śledztwo: .....
32. Urazy doznane w trakcie śledztwa:  
 a) pobicie    j) poczucie winy  
 b) tortury    k) pozbawienie snu  
 c) zniewagi słowne, obelgi    l) głód  
 d) rewizja, zniszczenie    m) niekorzystne warunki bytowe  
    lub konfiskata mienia    i sanitarne  
 e) szantaż i zastraszenie    n) izolacja od informacji z zewnątrz  
 f) utrata przytomności    o) wielogodzinne przesłuchania  
 g) choroby somatyczne    p) bycie świadkiem śmierci innych  
 h) konfrontacja z donosicielem    q) aresztowania w rodzinie  
 i) zmuszenie do zdekonspirowania  
    kolegów i organizacji
33. Oczekiwał Pan na pomoc z zewnątrz (organizacji, rodziny):  
 a) tak    b) nie
34. Warunki bytowe panujące w celi:  
 a) fatalne    b) znośne    c) dobre
35. Szukał Pan pomocy współwięźniów:  
 a) tak    b) nie
36. Ile tygodni przebywał Pan w izolatce (celi pojedynczej), karczerze: .....
37. Przebywał Pan w celi śmierci:  
 a) tak, ponieważ miałem zasądzoną karę śmierci    c) nie  
 b) tak, chociaż nie miałem kary śmierci  
 Jak długo (ile tygodni)?: .....

38. Najsilniejsze z uczuć i doznań w czasie śledztwa:
- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| a) obezwładniający lęk        | k) zmęczenie   |
| b) lęk o rodzinę lub kolegów  | l) nadzieja na uwolnienie                              |
| c) panika i zdenerwowanie     | m) agresja, gniew i chęć czynnego przeciwstawienia się |
| d) rezygnacja                 | n) nienawiść i chęć zemsty                             |
| e) bezsilność                 | o) upór i koncentracja                                 |
| f) chęć odebrania sobie życia | p) pogarda dla oprawców                                |
| g) upokorzenie                | q) ból   |
| h) zdziwienie, oszołomienie   | r) płacz   |
| i) poczucie nierealności      |  |
| j) otępienie                  |  |
- 39a. Otrzymał Pan wyrok w wysokości.....lat.
- 39b. Otrzymał Pan karę śmierci:  
a) tak    b) nie  
O zmianie kary śmierci na więzienie dowiedział się Pan po upływie... tygodni.
40. Wyrok przyjął Pan z:
- |   |                 |
|---|-----------------|
| a) ulgą, że kończy się śledztwo         | d) rezygnacją   |
| b) zadowoleniem, ponieważ był niewielki | e) przerażeniem |
| c) zaskoczeniem                         | f) biernością   |

## VI. WIĘZIENIE

41. Warunki w więzieniu:
- |                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| a) nie różniły się od okresu śledztwa | c) były gorsze od okresu śledztwa |
| b) były lepsze od okresu śledztwa     |                                   |
42. Postępowanie strażników, pracowników więzienia:
- |   |
|---|
| a) nie różniło się od postępowania strażników ze śledztwa |
| b) było lepsze od postępowania strażników ze śledztwa     |
| c) było gorsze od postępowania strażników ze śledztwa     |
43. W okresie uwięzienia pracował Pan:
- |        |        |                                      |
|--------|--------|--------------------------------------|
| a) tak | b) nie | c) zmuszono mnie do pracy ponad siły |
|--------|--------|--------------------------------------|
44. Przygotowywał Pan ucieczkę:
- |        |        |
|--------|--------|
| a) tak | b) nie |
|--------|--------|
45. W okresie uwięzienia:
- |  |  |
|--|--|
| a) organizował Pan konspiracyjną samopomoc | c) działał Pan w organizacji konspiracyjnej  |
| b) organizował Pan jawną samopomoc         | d) pełnił Pan funkcje pomocnicze w więzieniu |
46. Atmosfera w celi (celach):
- |                          |                 |   |
|--------------------------|-----------------|---|
| a) miła, dodawała otuchy | b) nieprzyjemna | c) więźniowie byli wobec siebie podejrzliwi |
|--------------------------|-----------------|---|

47. Czas w więzieniu spędzał Pan:

- a) rozmawiając
- b) rozmawiając z wykorzystaniem alfabetu Morse'a
- c) na samokształceniu (rozmowy, wykłady, dzielenie się wiedzą i doświadczeniem)
- d) opowiadając sobie ze współwięźniami śmieszne historie
- e) milcząc
- f) czytając
- g) pracując
- h) grając w gry
- i) śpiewając
- j) modląc się

48. Urazy doznane w więzieniu:

- a) pobicie
- b) złamanie kończyn, tortury
- c) konfrontacja z rodziną, małżonkiem, dziećmi
- d) zniewagi słowne, obelgi
- e) rewizja, zniszczenie lub konfiskata mienia
- f) szantaż i zastraszanie
- g) utrata przytomności
- h) choroby, urazy somatyczne
- i) załamanie psychiczne
- j) choroba psychiczna
- k) konfrontacja z donosicielem
- l) gwałt
- m) znieważenie godności i intymności osobistej
- n) zmuszanie do zdekonspirowania kolegów i organizacji
- o) poczucie winy z powodu donoszenia
- p) pozbawienie snu
- q) nocne przesłuchania
- r) głód
- s) skrajne wycieńczenie fizyczne
- t) inne: .....

49. W tym czasie miał Pan:

- a) okresy całkowitej bezsenności
- b) koszmary senne o tematyce więziennej

50. Najsilniejsze z uczuć w czasie uwięzienia:

- a) obezwładniający lęk
- b) lęk o rodzinę lub kolegów
- c) panika i zdenerwowanie
- d) rezygnacja
- e) bezsilność
- f) chęć odebrania sobie życia
- g) upokorzenie
- h) poczucie nierealności
- i) otępienie
- j) zmęczenie
- k) nadzieja na uwolnienie
- l) chęć ucieczki
- m) agresja i chęć czynnego przeciwstawienia się oprawcom
- n) gniew wobec współwięźniów
- o) nienawiść i chęć zemsty na oprawcach
- p) upór i koncentracja
- q) pogarda dla oprawców
- r) inne: .....

51. Najtrudniejsze w więzieniu było:

- a) zmęczenie i przepracowanie
- b) nuda
- c) brak kontaktu z bliskimi
- d) odosobnienie
- e) brak prasy, informacji
- f) brak swobody poruszania się
- g) brak nadziei na wyjście
- h) poczucie zmarnowanej młodości lub czasu

- i) poczucie ciągłej inwigilacji ze strony współwięźniów
- j) poczucie ciągłej inwigilacji ze strony strażników
- k) bezsenność
- l) głód
- m) tortury
- n) nocne przesłuchania

52. Przetrvanie uwięzienia umożliwiły:

- a) upór, koncentracja, samodyscyplina
- b) odporność fizyczna
- c) odporność psychiczna
- d) wiara w Boga
- e) świadomość, że czekają na mnie bliscy
- f) poczucie sensu idei
- g) pomoc współwięźniów
- h) chęć życia i przetrwania
- i) wsparcie z zewnątrz
- j) chęć zemsty
- k) bierność
- l) praca fizyczna
- m) nienawiść i chęć zemsty na oprawcach
- n) rezygnacja
- o) pogarda dla oprawców
- p) nadzieja na uwolnienie
- q) marzenia o wolności
- r) zbudowanie własnego, nierzeczywistego świata fantazji
- s) chęć ucieczki
- t) konspiracja

53. W czasie śledztwa i uwięzienia zauważył Pan u siebie zubożenie na znie- wagi i okropności:

- a) tak
- b) nie

### CZĘŚĆ III

#### VII. ZWOLNIENIE

54. Spodziewał się Pan zwolnienia:

- a) tak
- b) nie

55. Pierwsze Pana uczucie po zwolnieniu:

- a) oszołomienie
- b) zdziwienie, niedowierzenie
- c) radość
- d) ulga
- e) poczucie winy
- f) chęć zemsty
- g) poczucie bezsensu
- h) smutek

56. W okresie bezpośrednio po zwolnieniu:

- a) często powracał Pan myślami do czasu uwięzienia
- b) unikał Pan myśli i wspomnień z tego okresu
- c) unikał Pan myśli i wspomnień z tego okresu, ale się to Panu nie udawało

57. W okresie bezpośrednio po zwolnieniu więzienne wspomnienia wywoływały u Pana:

- a) poczucie zagrożenia, nieufności
- b) poczucie wstydu
- c) poczucie wyobcowania
- d) dumę
- e) lęk
- f) poczucie winy
- g) nieuzasadnioną złość wobec bliskich
- h) poczucie bezsensu działania
- i) chęć zemsty
- j) koszmarny sny

- k) poczucie krzywdy
- l) rozdrażnienie, nerwowość
- m) depresję
- n) wycieńczenie
- o) obawy, że zostanie powtórnie aresztowany

58. W okresie po zwolnieniu:
- a) często przychodzili do Pana funkcjonariusze UB, milicja lub sam Pan musiał się stawiać w tych urzędach
  - b) nie widział Pan śledzących, ale bliscy informowali, że jest Pan inwigilowany
  - c) nie widział Pan śledzących, ale czuł się Pan inwigilowany

#### VIII. ADAPTACJA – PRACA

59. Miał Pan kłopoty ze znalezieniem odpowiedniej pracy, z kontynuacją nauki:
- a) zaraz po zwolnieniu
  - b) przez cały okres pracy
  - c) nie miałem, ponieważ pomógł mi spryt jeszcze z okresu uwięzienia
  - d) nie miałem, ponieważ interweniowałem (lub bliscy) w partii, w urzędzie wojewódzkim, związkach
60. Zrealizował Pan swoje plany dotyczące przyszłości sprzed aresztowania:
- a) tak
  - b) nie
61. Charakter wykonywanych przez Pana prac: .....
62. Zmiany pracy przez Pana spowodowane były:
- a) szykanami pracodawców z powodu życiorysu
  - b) niemiłą atmosferą wśród kolegów (wyśmiewanie, donosy, inwigilacja)
  - c) chęcią polepszenia warunków finansowych, awansu, doskonalenia się
  - d) innymi powodami
  - e) nie zmieniałem pracy
63. Pracował Pan zgodnie ze swoimi kwalifikacjami:
- a) tak
  - b) nie
64. Działał Pan w partii lub w rządzie:
- a) tak
  - b) nie
65. Działał Pan w ruchach niepodległościowych, w konspiracji, w „Solidarności”:
- a) tak
  - b) nie

#### IX. ADAPTACJA – RODZINA

66. Po wyjściu z więzienia:
- a) założył Pan rodzinę
  - b) powrócił Pan do małżonki
  - c) rozwiódł się Pan
67. Małżonka:
- a) wiedziała o Pana przeżyciach
  - b) wiedziała o Pana przeżyciach i akceptowała je
  - c) nie wiedziała o Pana przeżyciach
  - d) nie akceptowała Pana życiorysu
  - e) nie akceptowała Pana życiorysu i często dochodziło między Państwem do konfliktów i sprzeczek z tego powodu



- f) myśli samobójcze
- g) próby samobójcze
- h) nieistniejące wizje, halucynacje
- i) stany braku kontaktu z rzeczywistością, ośpienia
- j) stany całkowitego zamknięcia się, bez odzywania się do innych
- k) okresy bezsenności
- l) stany przewrażliwienia na odgłosy, symbole związane z traumą
- m) okresy wrażliwości i irytacji
- n) okresy niepohamowanego płaczu
- o) pragnienie zemsty na oprawcach
- p) uczucia ulgi, radości
- q) okresy nadużywania alkoholu
- r) częste stany chorobowe
- s) nieumiejętność wyrażania uczuć
- t) koszmary senne o tematyce więziennej
- u) poczucie ograniczonego awansu społecznego

78. Uczucia związane z uwięzieniem utrzymywały się u Pana:

- a) przez miesiąc po zwolnieniu
- b) przez pół roku po zwolnieniu
- c) przez rok po zwolnieniu
- d) przez kilka lat
- e) są silne do dzisiaj

79. W stosunku do ludzi odczuwał Pan:

- a) nieufność, podejrzliwość
- b) rozżalenie
- c) sympatię
- d) obojętność

80. W okresie po zwolnieniu był Pan:

- a) tak samo wierzący jak przed aresztowaniem
- b) słabiej wierzący
- c) silniej wierzący
- d) utracił wiarę

81. Często próbował Pan znaleźć wytłumaczenie lub sens cierpień z okresu stalinowskiego:

- a) tak
- b) nie

## XII. STAN OBECNY

82. Aktualne choroby, dolegliwości, które są skutkiem przeżyć więziennych: .....

83. Po 1989 roku uzyskał Pan rehabilitację i zadośćuczynienie:

- a) tak
- b) nie

84. Jeśli chodzi o zdarzenia więzienne:

- a) nie pamięta ich Pan
- b) pamięta je Pan tak wyraźnie, jakby zdarzyły się wczoraj
- c) nie może Pan przestać myśleć o uwięzieniu
- d) czasem wydaje się Panu, że obecnie uczestniczy w więziennych wydarzeniach
- e) unika Pan odgłosów, symboli i czynności, które przypominają przeżycia stamtąd

85. Wspominając okres uwięzienia, ma Pan:

- a) okresy drażliwości i/lub wybuchy gniewu
- b) trudności ze skupieniem uwagi
- c) stany podwyższonej czujności
- d) stany niepokoju, lęku
- e) okresy smutku, wycofania, depresji
- f) złe samopoczucie
- g) poczucie przegranej młodości
- h) okresy zupełnego wycofania się z kontaktów z ludźmi



- i) stany niezdolności do wysiłku
  - j) stany podniesionego ciśnienia, trudności z oddychaniem
  - k) drżenie ciała
  - l) stany niepomamowanego płaczu
  - m) uczucie dumy
  - n) nie mam żadnych zmian w zachowaniu i emocjach
  - o) inne (jakie): .....
- 86.** Obecnie rozmawia Pan z rodziną na temat przeżyć więziennych:  
a) często    b) rzadko    c) nigdy
- 87.** Łatwiej Panu rozmawiać i przyjaźnić się z osobami o podobnych przeżyciach:  
a) tak    b) nie
- 88.** Próbował Pan dochodzić sprawiedliwości na oprawcach:  
a) tak    b) nie  
W jaki sposób: .....
- 89.** Uważa Pan, że doświadczenia z więzienia:  
a) zahartowały Pana  
b) pozbawiły Pana młodości  
c) przeszkodziły Panu w realizacji planów zawodowych  
d) skomplikowały Panu życie rodzinne  
e) doprowadziły Pana do stanu wyczerpania fizycznego  
f) doprowadziły Pana do stanu wyczerpania psychicznego  
g) pozbawiły Pana spokoju  
h) zmieniły Pana negatywnie  
i) zmieniły Pana pozytywnie
- 90.** Czy jest Pan członkiem organizacji zrzeszającej osoby represjonowane w okresie stalinizmu lub kombatanckiej (jakiej?): .....



## Spis tabel, wykresów i schematów

### Tabele

1. Wyniki wybranych badań odległych następstw stresu pourazowego przeprowadzonych od 14 do 40 lat po wystąpieniu urazu 27
2. Elementy procesu radzenia sobie ze stresem w sytuacji pobytu w obozie koncentracyjnym określone przez Kahanę i jego współpracowników 40
3. Charakterystyka syndromu ocalałego według Niederlanda (1968) 51
4. Kryteria diagnostyczne PTSD przyjęte w klasyfikacji DSM-III-R 65
5. Kryteria diagnostyczne PTSD przyjęte w klasyfikacji DSM-5 66
6. Kryteria diagnostyczne zaburzenia stresowego pourazowego według klasyfikacji ICD-10 67
7. Korelacje pomiędzy poczuciem koherencji (SOC) a wybranymi zmiennymi psychologicznymi 95
8. Porównanie wieku, sytuacji rodzinnej, wykształcenia, miejsca pracy, miejsca zamieszkania oraz poziomu zaburzeń procesów poznawczych osób z grupy badawczej i porównawczej 110
9. Pochodzenie społeczne osób represjonowanych 112
10. Podstawy i przyczyny aresztowania osób represjonowanych w latach 1944–1956 (grupa badawcza, dane na podstawie wywiadu) 114
11. Wysokość otrzymanych wyroków w grupie badawczej 115
12. Charakterystyka badanej grupy ze względu na długość uwięzienia 116
13. Stresory natury psychologicznej i aksjologicznej w trakcie śledztwa i uwięzienia (dane na podstawie wywiadu) 117
14. Stresory fizyczne w trakcie śledztwa i uwięzienia (dane na podstawie wywiadu) 118
15. Uczucia i doznania dominujące u osób represjonowanych w czasie śledztwa i uwięzienia (dane na podstawie wywiadu) 119
16. Sposoby przetrwania śledztwa i uwięzienia u osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 (dane na podstawie wywiadu) 121
17. Reakcje osób represjonowanych bezpośrednio po zwolnieniu (dane na podstawie wywiadu) 123
18. Wartości średnie i odchylenia standardowe w zakresie poziomu lęku, depresji, poczucia sensu życia i samopoczucia uzyskane przez osoby z grupy badawczej oraz porównawczej 129
19. Wartości średnie i odchylenia standardowe wyników w skali poczucia koherencji uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej 129

20. Przedziały dla zmiennej stanu lęku 130
21. Przedziały dla zmiennej cechy lęku 131
22. Wyniki krokowej analizy regresji dla zmiennych stanu i cechy lęku w grupie badawczej 133
23. Przedziały dla zmiennej poziomu depresji 134
24. Wyniki krokowej analizy regresji dla poziomu depresji (ID) w grupie badawczej 135
25. Wartości średnie i odchylenia standardowe w zakresie podskal testu PLT uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej 136
26. Wyniki krokowej analizy regresji dla poziomu sensu życia (PLT) w grupie badawczej 137
27. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat poczucia własnej wartości i ambicji (osoby z grupy badawczej i porównawczej oraz osoby z grupy badawczej o wysokim i niskim poczuciu koherencji) 140
28. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat oceny życia osób z grupy badawczej i porównawczej 142
29. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat oceny życia osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji (grupa badawcza) 142
30. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat sytuacji przykrych i beznadziejnych osób z grupy badawczej i porównawczej 144
31. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat sytuacji przykrych i beznadziejnych osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji (grupa badawcza) 145
32. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat choroby i cierpienia (osoby z grupy badawczej i porównawczej oraz osoby z grupy badawczej o wysokim i niskim SOC) 147
33. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat pomocy (osoby z grupy badawczej i porównawczej oraz osoby z grupy badawczej o wysokim i niskim SOC) 148
34. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat postawy wobec śmierci osób z grupy badawczej i porównawczej oraz u osób wysokim i niskim SOC (grupa badawcza) 150
35. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat samobójstwa u osób z grupy badawczej i porównawczej oraz u osób o wysokim i niskim SOC (grupa badawcza) 151
36. Procentowe zestawienie wypowiedzi na temat alkoholizmu i narkomanii w grupie badawczej i porównawczej oraz w grupie badawczej u osób o wysokim i niskim poczuciu koherencji 153
37. Wartości średnie i odchylenia standardowe w zakresie podskal testu PGWB uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej 158
38. Wyniki krokowej analizy regresji dla poziomu samopoczucia (PGWB) u osób w grupie badawczej 160
39. Wartości średnie oraz odchylenia standardowe uzyskane przez osoby z grupy badawczej i porównawczej w skalach i syndromach testu SUI 161
40. Wartości współczynników korelacji cząstkowej ( $r$  Pearsona) pomiędzy wynikiem ogólnym uzyskanym w teście SOC a wynikami uzyskanymi przez badanych w podskalach testu SUI 163
41. Wyniki krokowej analizy regresji dla syndromu skal prospołecznych i syndromu wrogości w grupie badawczej 165
42. Wyniki krokowej analizy regresji dla zmiennej natężenia PTSD u osób represjonowanych 167

## Wykresy

1. Związek poczucia koherencji i poziomu stanu lęku w grupie represjonowanych 132
2. Związek poczucia koherencji i poziomu cechy lęku w grupie represjonowanych 132
3. Związek poczucia koherencji i poziomu depresji w grupie represjonowanych 135
4. Związek poczucia koherencji i poziomu sensu życia w grupie represjonowanych 137
5. Porównanie wypowiedzi na temat pragnień, celów i dążeń w życiu (osoby z grupy badawczej i porównawczej) 139
6. Porównanie wypowiedzi na temat pragnień, celów i dążeń w życiu (osoby represjonowane o wysokim i niskim poczuciu koherencji) 141
7. Rozkład częstości kategorii związanych z celami, ambicjami i dążeniami osób represjonowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1956 153
8. Rozkład częstości kategorii związanych z celami, ambicjami i dążeniami osób należących do grupy porównawczej 154
9. Dążenia i cele wyrażane przez osoby z wysokim i z niskim poczuciem koherencji 155
10. Związek poczucia koherencji i poziomu samopoczucia u osób w grupie represjonowanych 159
11. Profile wyników w skali ustosunkowań interpersonalnych (dla grupy osób represjonowanych i grupy porównawczej) 162
12. Związek poczucia koherencji i wyników w skalach prospołecznych SUI uzyskanych przez osoby represjonowane 164
13. Związek poczucia koherencji i wyników w skalach syndromu wrogości uzyskanych przez osoby represjonowane 164
14. Rozkład wyników poziomu natężenia PTSD w grupie osób represjonowanych 166
15. Związek poczucia koherencji i poziomu natężenia PTSD u osób represjonowanych 167

## Schematy

1. Model salutogenezy w ujęciu Antonovsky'ego 79





Problem badawczy, którego podjęła się Iwona Czaja-Chudyba, zasługuje na akceptację i jednoznacznie pozytywną ocenę. [...] w polskich warunkach jej badania są z jednej strony unikalne i pionierskie, z drugiej – bardzo ważne społecznie. [...] o ile osoby poszkodowane przez hitlerowski totalitaryzm doczekały się w Polsce wielu psychologicznych badań, o tyle liczba systematycznych studiów na temat ofiar systemu komunistycznego jest raczej skromna i nie zawsze spełniają one standardy naukowe. Autorka wypełniła tę lukę [...].

Praca jest próbą połączenia dwóch odmiennych perspektyw badawczych – patogenetycznej, określającej negatywne zmiany w funkcjonowaniu represjonowanych, oraz salutogenetycznej, związanej z poszukiwaniem indywidualnych i społecznych czynników, które pomogły jednostkom względnie sprawnie przystosować się do życia na wolności. [...] Monografia szeroko uwzględnia najnowszą literaturę przedmiotu, jest cenna zarówno pod względem poznawczym, jak i praktycznym.

*prof. dr hab. Józef K. Gierowski*

W ostatnich latach [...] wielu badaczy różnych dyscyplin i dziedzin nauki podjęło intensywny wysiłek związany z naukową analizą i oceną ukrywanych przez wiele lat wydarzeń łączących się z represjonowaniem Polaków. [...] Właśnie w ten nurt badań wpisuje się bardzo ciekawa, oryginalna i wysoce pożądana naukowa monografia Iwony Czai-Chudyby. Autorka [...] zajęła się problematyką odległych następstw stresu pourazowego w takich wymiarach, jak: reakcje posttraumatyczne, problemy adaptacyjne, kulturowe, historyczne i społeczne w relacjach osobistych i interpersonalnych. [...]

Książkę tę polecam specjalistom od psychologii klinicznej, psychologii zdrowia, psychologii emocji i stresu, ale także lekarzom, pielęgniarkom, specjalistom od zdrowia psychicznego, historykom, socjologom oraz specjalistom od andragogiki. Pozycja ta powinna być przydatna również dla rodzin osób represjonowanych oraz studentów różnych kierunków i specjalności.

*ks. dr hab. Marian Zdzisław Stepulak, prof. WSEI*

Uniwersytet Pedagogiczny  
im. Komisji Edukacji Narodowej  
w Krakowie

Prace Monograficzne 816

ISSN 0239-6025

ISBN 978-83-8084-100-0