

Odporność psychiczna u osób z zaburzeniami afektywnymi i lękowymi a doświadczenia wczesnej traumy – badania pilotażowe

Resilience in persons with affective and anxiety disorders and the experience of early trauma – pilot studies

Małgorzata Teresa Tałaga¹, Iwona Marta Sikorska¹, Mirosława Jawor²

¹ Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński

² Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Summary

Aim. The primary goal of the study was to examine the role of ego resilience as a factor contributing to the relationship between early trauma and the incidence of psychopathology in adult life; and to make an attempt at identifying the relationship between resilience and personality traits and the early experience of trauma and the incidence of psychopathology in adult life in persons with affective and anxiety disorders.

Method. The study involved 30 patients of the Day Care Emotional and Mood Disorder Treatment Unit, University Hospital in Krakow, Poland, who were asked to complete the following inventories: the Early Trauma Inventory – Self Report, the NEO-PI-R, the Resilience Scale for Adults, and the Beck Depression Inventory.

Results. The vast majority of the participants (97%) experienced interpersonal trauma in childhood, mostly of physical (96.67%) and emotional (83.33%) type. The personality traits that would most frequently resurface in the participants were: Agreeableness (50%), Neuroticism (43.34%) and low Extraversion levels (36.67%). The highest score for resilience was obtained in Perception of Future (24.8 points) and the lowest in Personal Strength (9.73 points). The average level of the symptoms of depression in the sample was characteristic of mild depression ($M = 22.83$).

Conclusions. The outcomes fail to confirm the relationship between depressive tendencies and childhood trauma, and depressive tendencies and personality traits. The analysis allows the conclusion that the incidence of mental disorders is not dependent on childhood trauma, but rather on resilience levels. Resilience may be a predictor of a positive personality profile and a protective factor against the incidence of the symptoms of depression.

Słowa kluczowe: odporność psychiczna, zaburzenia afektywne, trauma

Key words: resilience, affective disorders, trauma

Wprowadzenie

Resilience jest pojęciem obecnym w obszarze tematycznym psychiatrii, psychologii zdrowia, interwencji kryzysowej, psychologii pozytywnej od ponad 50 lat [1]. Termin *resilience* pochodzi od łacińskiego *resilire* oznaczającego „odbicie, odskok, powrót do początku, odzyskanie równowagi” [2]. Pojawiło się wiele propozycji jego tłumaczenia, takich jak „prężność osobowa” [3], „prężność ego” [4], „prężność” [5], „sprężystość” [6, 7], „odporność psychiczna” [8–10] czy „rezyliencja” [11].

Zainteresowanie tematyką *resilience* wzrosło w ciągu ostatnich 20 lat ośmiokrotnie. W okresie pomiędzy rokiem 1990 a 2010 liczba publikacji naukowych dotyczących tej problematyki, ujętych w bazach danych ERIC, PsychArt, Medline, powiększyła się z 2000 do 40 000 [12].

Rezultaty badań podłużnych nad dziećmi wychowującymi się w niekorzystnych warunkach ujawniły, że duża ich grupa mimo niesprzyjających okoliczności cieszy się dobrym zdrowiem, posiada adekwatne do wieku umiejętności życiowe, poprawnie realizuje zadania rozwojowe, a w wieku dojrzałym – odnosi sukcesy i dobrze radzi sobie w życiu. Wyniki badań przyczyniły się do powstania koncepcji *resilience*, która wyjaśnia pozytywną adaptację dzieci i młodzieży pomimo dorastania w niekorzystnych warunkach lub w konfrontacji z chronicznym stresem i traumatycznymi wydarzeniami [1, 13, 14]. Badania longitudinalne obejmujące okres ponad 40 lat (*Kauai Longitudinal Study*) [15], okres 25 lat (*Michigan State University Longitudinal Study*) [16] czy też kilkunastu (*Die Mannheimer Risikokinderstudie* oraz *Swedish Longitudinal Study on Ego-control and Ego-resiliency*) [17] pozwoliły na zidentyfikowanie z jednej strony czynników ryzyka, z drugiej zaś czynników ochronnych zdrowia psychicznego człowieka [10].

Mimo iż zainteresowanie odpornością psychiczną dotyczy w dużej mierze dzieci, istnieją również badania obejmujące osoby dorosłe i ich zmagania z przeciwnościami życiowymi w świetle traumatycznych wydarzeń z okresu dzieciństwa.

Te wydarzenia związane z dzieciństwem, zwane również ze względu na czas występowania wczesną traumą, dotyczą dwóch typów traumy: typ I – prosty i jednorazowy oraz typ II – chroniczny i złożony. Typ prosty opisuje wpływ katastrof naturalnych i spowodowanych nieintencjonalnym działaniem człowieka, ale też wojen i terroru na funkcjonowanie poszkodowanej osoby. Typ złożony i chroniczny uwzględnia konsekwencje intencjonalnego i świadomego krzywdzenia danej jednostki przez drugiego człowieka. Ponieważ sprawcą traumatycznych doświadczeń jest najczęściej osoba znana ofierze, ten rodzaj traumy określa się mianem traumy interpersonalnej [18].

Projekty badawcze z obszaru psychiatrii katastrof oraz psychologii klinicznej koncentrują się na rozwoju zespołu stresu potraumatycznego oraz identyfikują czynniki chroniące przed jego powstaniem. Metaanaliza 15 projektów dotyczących wpływu katastrof żywiołowych (huragany, trzęsienia ziemi, powodzie) i katastrof wywołanych przez człowieka (wojny, terrorizm) oraz epidemii chorób ukazuje podstawowe zakresy badań oraz trudności w ich prowadzeniu [19]. Przykładami mogą być badania nad sytuacją młodych ludzi po huraganach, tsunami i trzęsieniach ziemi (np. [20–22]), nad sytuacją dzieci – żołnierzy w Afryce (np. [23, 24]), skutkami doświadczeń wojennych

dla młodych ludzi (np. [25]) czy wreszcie nad znaczeniem ataku na World Trade Center z 2001 roku (np. [26]).

Wielu badaczy podejmowało próbę weryfikacji hipotezy, że osoby, które doświadczyły traumy w dzieciństwie, mogą przejawiać psychologiczne lub funkcjonalne zaburzenia w okresie dorosłości [18, 27]. Wykazano, że doznanie wczesnej traumy wiąże się z różnymi krótko- i długoterminowymi zaburzeniami psychicznymi w okresie dorosłości (National Research Council, 1993; Wekerle i Wolfe, 1996; za: [28]), a czasem z najbardziej poważnymi objawami i problemami psychologicznymi i/lub psychiatrycznymi [28–30].

Weber i wsp. [31] badali relację między stresującymi doświadczeniami w wieku rozwojowym a symptomatologią zaburzeń w życiu dorosłym u 96 hospitalizowanych pacjentów (epizod depresyjny ciężki, schizofrenia, narkomania, zaburzenia osobowości), analizując całą historię obciążenia stresem w życiu jednostki. Grupę porównano z 31 osobami zdrowymi niewykazującymi problemów zdrowia psychicznego. Ponadto zwrócono uwagę na związek między ilością traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie (przed osiągnięciem wieku sześciu lat), przed rozpoczęciem dojrzewania i dorosłości a nasileniem psychopatologii. Dowiedziono, że duże obciążenie stresem w dzieciństwie i przed okresem dojrzewania wpływa negatywnie na wszystkich uczestników badania. U pacjentów hospitalizowanych wysoki poziom stresu był związany z występowaniem objawów PTSD oraz depresyjnych, jak również z zaburzeniami osobowości. Wyniki potwierdzają hipotezę, wedle której jednostka w pewnych okresach swego rozwoju jest szczególnie wrażliwa na stres, co może wchodzić w interakcje z innymi czynnikami genetycznymi i czynnikami podatności, wpływając tym samym na występowanie zaburzeń psychicznych [31].

Natomiast badania Chu i wsp. [32] miały na celu określenie roli wczesnego urazu w przewidywaniu poziomu objawów depresyjnych i lękowych w nieklinicznej grupie osób dorosłych. Przebadano 1209 osób między 18. a 70. rokiem życia, 45% grupy stanowili mężczyźni. Analiza udowodniła, że wczesne narażenie na stresujące wydarzenia życiowe jest istotnym czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia symptomów zaburzeń depresyjnych i lękowych w porównaniu z osobami, które nie relacjonowały traumatycznych wydarzeń z dzieciństwa. Wielokrotna analiza regresji, dotycząca pięciu typów stresorów (trauma interpersonalna, rozpad rodzinny, katastrofy/wojna, problemy ze zdrowiem w rodzinie/ śmierć oraz osobiste problemy ze zdrowiem), wykazała, że trauma interpersonalna jest stresorem wywołującym zdecydowanie częściej niż pozostałe czynniki objawy depresyjne i lękowe zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn [32].

Badania Leenarts i wsp. [33] potwierdziły bezpośredni związek pomiędzy wystąpieniem interpersonalnej traumy a problemami zdrowia psychicznego w postaci PTSD i złożonego PTSD. Z kolei Janovic i wsp. [34] wskazali na istnienie wpływu długotrwałych skutków wczesnego urazu (nadużycie w okresie dzieciństwa) na wzrost ryzyka wystąpienia psychopatologii w życiu dorosłym [34]. W polskich badaniach ujawniono istotną dodatnią korelację nasilenia lęku i depresji z nadużyciem emocjonalnym u chorych leczonych psychiatrycznie. Dowiedziono, że zachodzi związek między symptomami depresyjnymi a przeżyтыми nadużyciami w dzieciństwie oraz zwrócono uwagę

na nałożenie się w życiu dorosłym kolejnych ciężkich lub przewlekłych czynników stresowych, które powodowały zaburzenia stanu psychicznego osób badanych [35].

Chociaż uraz z dzieciństwa ma wyraźny wpływ na zdrowie psychiczne jednostki, stwierdzono również, że znaczna liczba osób, które doświadczyły traumy w dzieciństwie, cieszy się dobrym zdrowiem psychicznym w wieku dorosłym. Osoby te zostały zdefiniowane jako odporne [18]. Badania, które stały się inspiracją artykułu, wykazały, że *resilience* jako cecha była znaczącym czynnikiem pośredniczącym pomiędzy traumą i trzema rodzajami dolegliwości – zaburzeniami lękowymi, afektywnymi i zachowaniami autodestrukcyjnymi [20].

Podstawowym celem naszego badania było poznanie roli odporności ego jako czynnika pośredniczącego w relacji pomiędzy traumą a symptomami psychopatologicznymi w życiu dorosłym. Kolejnym kierunkiem poszukiwań była próba identyfikacji związków między odpornością psychiczną i cechami osobowości a wczesnymi doświadczeniami traumatycznymi i psychopatologicznymi objawami w życiu dorosłym u osób cierpiących na zaburzenia afektywne i lękowe.

Metoda

Osoby badane

W badaniu brali udział pacjenci Oddziału Dziennego Leczenia Zaburzeń Emocji i Nastroju Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie ($N = 30$), którzy ukończyli cały 12-tygodniowy cykl leczenia terapeutycznego w okresie od sierpnia 2013 roku do marca 2014 roku. Kryterium doboru osób badanych było więc zakwalifikowanie do leczenia, podjęcie oraz ukończenie 12-tygodniowej terapii w Oddziale Dziennym Leczenia Zaburzeń Emocji i Nastroju. Grupę badaną scharakteryzowano za pomocą następujących danych: płeć, wiek, wykształcenie, rozpoznanie medyczne (diagnoza według *Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*). Badani mieli od 22 do 56 lat, średnia wieku grupy wynosiła 42,4 roku. Pozostałe charakterystyki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Charakterystyka		Grupa badana	
		N	%
Płeć	Kobiety	21	70
	Mężczyźni	9	30
Wykształcenie	Zawodowe	2	6,67
	Średnie	12	40
	Wyższe	16	53,33
Rozpoznanie medyczne	Zaburzenia nerwicowe	6	16,67
	Zaburzenia osobowości	3	10
	Zaburzenia nastroju (afektywne)	21	73,33

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Nasilenie objawów depresyjnych	Brak	4	13,33
	Epizod łagodny	16	53,33
	Epizod umiarkowany	9	30
	Epizod głęboki	1	3,33
Wczesna trauma	Ogólne przeżycia stresowe	1	
	Nadużycie fizyczne	29	96,67
	Nadużycie emocjonalne	25	83,33
	Nadużycie seksualne	13	43,33

N = całkowita liczebność grupy, % = udział procentowy

Narzędzia badawcze

W przeprowadzonym badaniu zastosowano następujące narzędzia: Inwentarz Wczesnej Traumatyzacji (IWT) [36] w polskiej adaptacji Bożeny Śpily, Marii Chuchry i Anny Grzywacz (2005) [37], Inwentarz Osobowości NEO-PI-R (Costa i McCrae, 2005) w polskiej adaptacji Jerzego Siuty (2009) [38], Skalę *Resilience* dla Dorosłych (RSA) [39] w polskiej adaptacji Ireny Jelonkiewicz, Katarzyny Kühn-Dymeckiej oraz Marka Zwolińskiego (2010) [40] oraz Skalę Depresji Becka (BDI) [41].

Inwentarz Wczesnej Traumatyzacji (IWT)

Inwentarz w polskiej adaptacji B. Śpily, M. Chuchry i A. Grzywacz [37] służy do retrospektywnego pomiaru różnych form przemocy doświadczanej w okresie dzieciństwa ze strony osób dorosłych. Odnosi się do czterech czynników, takich jak: Ogólne przeżycia stresowe, Nadużycie fizyczne, Nadużycie emocjonalne, Nadużycie seksualne. W badaniu zastosowano skalę samoopisową.

Inwentarz Osobowości NEO-PI-R

Inwentarz służy do diagnozy cech osobowości zawartych w modelu Wielkiej Piątki. Umożliwia szczegółowy opis struktury osobowości, pomagając odpowiedzieć na pytanie o charakterystyczne przystosowania osoby badanej. Na podstawie wyników inwentarza możemy przewidywać ogólny styl przystosowania badanego do otoczenia oraz jego zaangażowanie w świat społeczny, a także odczytać specyficzny, niezmienny wzorzec zachowań, ujawniany przez daną osobę w większości sytuacji, w których się znajduje [38].

Skala *Resilience* dla Dorosłych (RSA)

Skala *The Resilience Scale for Adults* (RSA) służy do oceny czynników chroniących przed zaburzeniami oraz do przewidywania pozytywnego przystosowania jednostki,

pomimo występowania różnorodnych czynników ryzyka i stresorów w jej życiu, na różnych poziomach – intrapersonalnym i interpersonalnym [39].

Skala składa się z sześciu czynników mierzących aspekty: (1) percepcji siebie (*perception of self*, $\alpha = 0,70$), (2) percepcji przyszłości (*perception of future*, $\alpha = 0,66$), (3) kompetencji społecznych (*social competence*, $\alpha = 0,76$), (4) stylu ustrukturuwanego (*structured style*, $\alpha = 0,69$), (5) koherencji rodzinnej (*family cohesion*, $\alpha = 0,78$) oraz zasobów społecznych (*social resources*, $\alpha = 0,69$) [39].

Percepcja siebie odnosi się do przekonania osoby badanej o własnych możliwościach, poczucia własnej skuteczności, jak również realistycznych oczekiwań. Natomiast percepcja przyszłości – do umiejętności i zdolności planowania przyszłości oraz posiadania optymistycznej perspektywy, gdzie jednostka jest zarazem zorientowana na cel. Kompetencje społeczne dotyczą życzliwości i elastyczności w stosunku do innych ludzi, umiejętności nawiązywania przyjaźni, a także oznak dobrego humoru w zachowaniu. Styl ustrukturuwany odnosi się do preferencji do utrzymywania rutyny i podążania za nią, preferencji do posiadania jasnych celów i planów przed podjęciem aktywności. Osobę o wysokim wyniku w podskali stylu ustrukturuwanego można określić jako „dobrze zorganizowaną”. Natomiast czynnik koherencji rodzinnej mierzy, czy rodzina posiada wspólne wartości, spędza wspólnie czas; określa lojalność w rodzinie, perspektywę przyszłości; sprawdza, czy członkowie rodziny darzą się wzajemnym uznaniem i wsparciem. Zasoby społeczne wskazują dostępność wsparcia społecznego. Wymienione powyżej czynniki należą do czynników chroniących związanych ze zjawiskiem *resilience* [39].

Polskiej adaptacji RSA dokonali badacze z Pracowni Psychologii Klinicznej, Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Tworząc kwestionariusz, oparto się na węższym rozumieniu zjawiska *resilience* jako sprężystości, właściwości Ja w relacji ze stresorami. Autorzy adaptacji polską wersję skali odporności psychicznej nazwali „Ty i Twoje Życie”. Polska adaptacja jest krótsza, przeznaczona do badania osób dorosłych oraz młodzieży [40]. Poszczególne itemy polskiej wersji RSA mierzą siłę osobistą (percepcję siebie i percepcję własnej przyszłości), styl ustrukturuwany, kompetencję społeczną oraz czynnik ogólny. Rzetelność całej skali wynosi $\alpha = 0,77$, natomiast poszczególnych podskal prezentuje się następująco: siła osobista $\alpha = 0,74$; percepcja siebie $\alpha = 0,64$; percepcja własnej przyszłości $\alpha = 0,69$; kompetencje społeczne $\alpha = 0,77$; styl ustrukturuwany $\alpha = 0,49$. Zgodność wewnętrzną polskiej adaptacji RSA jest bardzo zbliżona do wersji oryginalnej. Jediną wątpliwość budzi podskala stylu ustrukturuwanego, która jest wyraźnie gorsza od rzetelności oryginału [40].

Skala Depresji Becka (BDI)

Skala jest narzędziem trafnym, rzetelnie oceniającym stan kliniczny pacjentów depresyjnych. Stanowi cenne uzupełnienie badania psychiatrycznego, a ponadto umożliwia porównanie ocen pomiędzy różnymi ośrodkami psychiatrycznymi [41]. Zastosowanie tego narzędzia pozwoliło zbadać subiektywne poczucie nasilenia objawów afektywnych, motywacyjnych, behawioralnych, somatycznych i poznawczych depresji.

Procedura badania

Badani zostali poproszeni o wypełnienie wyżej opisanych kwestionariuszy. Każde badanie odbywało się w czasie pobytu pacjenta na Oddziale Dziennym Leczenia Zaburzeń Emocji i Nastroju Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, w pokoju terapii indywidualnej. Badanie jednej osoby trwało około dwóch godzin. Rozpocynało się zapewnieniem o anonimowości badań oraz o możliwości przerwania badania z powodu ewentualnych trudności emocjonalnych przy konfrontacji z zagadnieniami kwestionariusza, uzyskaniem zgody osoby badanej na wzięcie udziału w badaniu oraz na wykorzystanie wyników badania wyłącznie do celów naukowych, zgodnie z zasadami zgody poinformowanej.

Badacz był obecny przez cały czas wypełniania kwestionariuszy przez osobę badaną w celu rozwiania ewentualnych wątpliwości związanych z techniczną stroną badania, ale przede wszystkim, by służyć wsparciem w trudnych momentach związanych z traumatycznymi doświadczeniami. Po badaniu badany miał możliwość rozmowy z badaczem w celu obniżenia napięcia i wyciszenia emocji.

Wyniki

Przeżycie traumy

Wśród przebadanych 30 osób wszystkie doświadczyły traumatycznego wydarzenia w dzieciństwie. Tylko jeden badany doznał traumy nieinterpersonalnej (Ogólne przeżycia stresowe) i nie padł ofiarą żadnej z form przemocy. Najczęściej zgłaszaną traumą było nadużycie fizyczne, a ponad połowa pacjentów doświadczyła nadużycia emocjonalnego. Nadużycie seksualne zgłosiło 43,33% badanych (tab. 1).

Na podstawie uzyskanych danych można mówić o współwystępowaniu różnych form nadużycia. Większość osób, które doznały przemocy fizycznej, doznała również przemocy emocjonalnej (44,83%). Trzech pacjentów padło ofiarą wyłącznie przemocy fizycznej (10,34%), a dwunastu badanych zostało dotkniętych wszystkimi trzema formami nadużycia w okresie dzieciństwa (41,38%). Wyjątek stanowi tylko jedna osoba, która doświadczyła jednocześnie przemocy fizycznej i seksualnej, ale nie wspomina o żadnych sytuacjach nadużycia emocjonalnego (3,45%) (tab. 2).

Tabela 2. Współwystępowanie rodzajów traumatycznych wydarzeń

		Rodzaj doświadczenia			
		NF	NE	NS	Wszystkie
Rodzaj doświadczenia	NF	3*	13	1	
	NE	13	-	0	
	NS	1	0	-	
	Wszystkie				12

N = 30 osób; * – osoby, które doznały tylko nadużycia fizycznego; NF – nadużycie fizyczne; NE – nadużycie emocjonalne; NS – nadużycie seksualne

Sprawcami zarówno przemocy fizycznej, jak i emocjonalnej były najczęściej osoby najbliższe badanemu – rodzice/opiekunowie, brat oraz siostra. Matki/opiekunki zasadniczo częściej stosowały przemoc fizyczną i emocjonalną wobec dziecka niż pozostałe osoby. Najbardziej sprawcą nadużycia fizycznego była inna kobieta z rodziny i obca kobieta. Jako sprawców przemocy emocjonalnej wskazano wyłącznie osoby z rodziny osoby badanej.

Inaczej niż w powyższych dwóch przypadkach wygląda kwestia sprawcy nadużycia seksualnego. Główną osobą stosującą przemoc seksualną był obcy mężczyzna, natomiast siostrę oraz obcą kobietę badani wskazywali najrzadziej. Wśród sprawców nadużycia seksualnego nie pojawił się inny mężczyzna z rodziny.

Pierwsze doświadczenia przemocy w grupie badanej najczęściej występowały w wieku 6–12 lat, a najrzadziej w wieku 13–18 lat. W tym też okresie życia najczęściej spośród trzech rodzajów przemocy dochodziło do nadużycia seksualnego. Przedziałem wiekowym równomiernie obciążonym występowaniem po raz pierwszy różnych nadużyć jest wiek 0–5 lat.

Cechy osobowości

Pod względem cech osobowości najwięcej osób badanych charakteryzowało się wysokim poziomem Ugodości oraz bardzo niskim Ekstrawertyczności. Żadna z osób nie przejawiała bardzo niskiego poziomu Otwartości i Ugodości. W zakresie Neurotyczności najwięcej osób uzyskało wynik wysoki, najmniej zaś wynik niski i bardzo niski. Cechę Otwartości odnotowano u większości badanych na wysokim i średnim poziomie, natomiast najrzadziej na bardzo wysokim. Z kolei 30% osób uzyskało bardzo niski poziom Sumienności, a 10% bardzo wysoki (tab. 3).

Tabela 3. Poziom cech osobowości w grupie badanej

Poziom	Cecha									
	N		E		O		U		S	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Bardzo wysoki	9	30	4	13,33	3	10	2	6,67	3	10
Wysoki	13	43,34	5	16,67	10	33,33	15	50	5	16,67
Średni	6	20	4	13,33	10	33,33	8	26,66	7	23,33
Niski	1	3,33	6	20	7	23,34	5	16,67	6	20
Bardzo niski	1	3,33	11	36,67	0	0	0	0	9	30

Całkowita liczba badanych = 30; N – Neurotyczność, E – Ekstrawertyczność, O – Otwartość, U – Ugodość, S – Sumiennność; n = liczba osób badanych; % = procent osób badanych

Odporność psychiczna

Ze względu na brak polskich norm w analizie wyników dotyczących odporności psychicznej oparto się na wynikach surowych. Wyniki uzyskane przez badanych pacjentów zestawiono z danymi młodych dorosłych pochodzącymi z badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii [6] (tab. 4).

Tabela 4. Porównanie wyników w zakresie czynników składowych odporności psychicznej w grupie badanej oraz osób zdrowych

Czynnik	Grupa badana		Grupa osób zdrowych		Możliwy maksymalny wynik
	M	SD	M	SD	
Percepcja Ja	15,07	5,47	19,67	4,67	30
Percepcja przyszłości	24,80	9,47	15,04	3,18	20
Siła osobista	9,73	4,58	34,71	6,94	50
Styl ustrukturuwany	13,20	3,20	13,40	3,42	20
Kompetencja społeczna	19,43	5,39	23,11	4,42	30
Sprężystość	57,43	15,03	71,15	11,27	100

$N = 30$, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Przeprowadzona analiza porównawcza w odniesieniu do odporności psychicznej wskazuje, że najwyższy średni wynik uzyskano dla czynnika Percepcja własnej przyszłości (24,80 pkt na 30 możliwych), a najniższy dla Siły osobistej (9,73 pkt). Średnie wyniki dla pozostałych czynników wahają się od 13,20 do 19,43 punktu. Czynnik ogólny RSA wynosi 57,43 punktu. Zarówno analiza poszczególnych zakresów, jak i całościowego wyniku wskazuje na znacznie niższe zasoby odporności psychicznej w grupie badanej.

Symptomy depresyjne

Spśród badanych 16 osób uzyskało wynik świadczący o epizodzie depresyjnym o łagodnym nasileniu, 9 – o nasileniu umiarkowanym. Tylko jedna osoba przejawiała objawy świadczące o głębokim nasileniu depresji, a wynik kwestionariusza czterech osób wykazał brak symptomów depresyjnych. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że Skala BDI odnosi się do subiektywnego nasilenia depresyjności (tab. 1).

Rola odporności ego jako czynnika pośredniczącego w relacji pomiędzy traumą a symptomami psychopatologicznymi w życiu dorosłym

Analiza regresji wykazała, że zależność między Wczesną traumą a Depresyjnością jest pozorna ($\beta = 0,16$) i statystycznie nieistotna ($p > 0,40$) oraz że zmienność Depresyjności może być wyjaśniona zmiennością Wczesnej traumy w 2% ($R^2 = 0,02$). Taki wynik oznacza, że wystąpienie wczesnej traumy nie wyjaśnia zmienności dolegliwości

depresyjnych pacjentów. Niska i statystycznie nieistotna ($\beta = -0,25; p > 0,10$) zależność występuje także między Wczesną traumą a Odpornością psychiczną, gdzie zmienność Odporności może być wyjaśniona zmiennością czynnika Wczesnej traumy w 6% ($R^2 = 0,06$). Niemniej zależność między Odpornością psychiczną a Depresyjnością jest umiarkowana ($\beta = -0,50$) i statystycznie istotna ($p < 0,05$), a więc zmienność Depresyjności może być wyjaśniona zmiennością Odporności psychicznej w 25% ($R^2 = 0,25$). Co więcej, siła zależności Wczesnej traumy i Depresyjności z uwzględnieniem Odporności psychicznej zmalała prawie do zera ($\beta = 0,04$), a wariancja wyjaśniona nie zmieniła się ($R^2 = 0,25$).

Związki pomiędzy odpornością psychiczną a cechami osobowości a wczesnymi doświadczeniami traumatycznymi i objawami psychopatologicznymi

Analiza statystyczna (współczynniki korelacji r Pearsona i ρ Spearmana) nie wykazała żadnych istotnych korelacji pomiędzy Depresyjnością a czterema czynnikami Wczesnej traumy, Depresyjnością a cechami Osobowości, Wczesną traumą a cechami osobowości oraz między Wczesną traumą a odpornością psychiczną. Natomiast zaobserwowano ujemne korelacje pomiędzy Depresyjnością a Odpornością psychiczną, co pozwala na przyjęcie hipotezy o związku pomiędzy tymi zmiennymi (tab. 5).

Tabela 5. Związki pomiędzy Depresyjnością a Odpornością psychiczną (r Pearsona)

Zmienne	r	p
Odporność psychiczna	-0,50	0,005
Percepcja Ja	-0,50	0,005
Percepcja przyszłości	-0,49	0,005
Siła osobista	-0,53	0,003
Styl ustrukturywany	-0,39	0,034
Kompetencje społeczne	-0,24	0,21

$N = 30$, **wytluszczeniem** oznaczono współczynniki istotne statystycznie

Analiza potwierdziła również istnienie korelacji ujemnej o średnim nasileniu pomiędzy 1/Neurotycznością a Odpornością psychiczną oraz między 2/ Neurotycznością a Percepcją siebie i Siłą osobistą. Zaobserwowano również istnienie pozytywnego związku między Percepcją siebie a Ekstrawertycznością, Sumiennnością i Otwartością na doświadczenie, między Stylem ustrukturywanym a Sumiennnością, Siłą osobistą a Otwartością na doświadczenie i Sumiennnością, Ekstrawertycznością, Otwartością, Kompetencjami społecznymi a Sumiennnością, Otwartością na doświadczenia, Ugodowością i Ekstrawertycznością. Dokładne wyniki przedstawia tabela 6.

Analiza wyników wykazała, iż Odporność psychiczna koreluje ujemnie z Neurotycznością, natomiast pozytywnie z Ekstrawersją, Otwartością na nowe doświadczenia i Sumiennnością. Z kolei Percepcja Ja koreluje również negatywnie z Neurotycznością i podobnie jak poprzedni czynnik, pozytywnie z Ekstrawersją, Otwartością na nowe

doświadczenia i Sumiennością. Siła osobista wykazała negatywny związek z Neurotycznością oraz pozytywny z Otwartością na nowe doświadczenia i Sumiennością. Styl ustrukturuwany korelował jedynie z Sumiennością, pozytywnie na poziomie umiarkowanym. Kompetencje społeczne korelowały pozytywnie z Ekstrawersją i Otwartością na nowe doświadczenia (tabela 6).

Tabela 6. Związki pomiędzy cechami osobowości a Odpornością psychiczną (r Pearsona)

Zmienne	N	E	O	U	S
Odporność psychiczna	-0,47**	0,47**	0,55**	0,22	0,46**
Percepcja Ja	-0,52**	0,39*	0,48**	0,14	0,41*
Percepcja przyszłości	-0,35	0,13	0,35	0,18	0,26
Siła osobista	-0,47**	0,29	0,45*	0,17	0,36*
Styl ustrukturuwany	-0,23	0,21	0,19	0,18	0,56**
Kompetencje społeczne	-0,34	0,67***	0,63***	0,14	0,32

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; $N = 30$, N – Neurotyczność, E – Ekstrawertyczność, O – Otwartość, U – Ugodowość, S – Sumiennność

Dyskusja

Przeprowadzone badanie miało w założeniu charakter eksploracyjny, a jego celem było wyznaczenie kierunków dalszych pogłębionych poszukiwań. Uzyskane wyniki nie potwierdzają związku między depresyjnością i wczesną traumą oraz między depresyjnością i cechami osobowości. Wykonane analizy pozwalają natomiast na stwierdzenie, że wystąpienie zakłóceń zdrowia psychicznego zależy nie tyle od przeżytej w okresie dzieciństwa traumy, ile od poziomu odporności psychicznej. Uzyskany wynik nie jest rozstrzygający, co może wiązać się z małą liczebnością grupy badanej, jednak wskazuje niezwykle interesujący kierunek poszukiwań.

Uzyskane przez nas wyniki korespondują z rezultatami projektów Hjemdala i wsp. [42], prowadzących badania nad odpornością psychiczną. Badacze dowiedli, że *resilience* jest istotnym predyktorem zdrowia psychicznego w połączeniu z indywidualnymi różnicami tolerancji na stres. Wskazali również na istnienie ujemnej korelacji pomiędzy neurotycznością a odpornością psychiczną, dodatnie korelacje pomiędzy ekstrawertycznością a odpornością psychiczną i kompetencjami społecznymi, dodatnie korelacje pomiędzy otwartością a odpornością psychiczną oraz dodatnie korelacje pomiędzy ugodowością a odpornością psychiczną, siłą osobistą i stylem ustrukturuwanym [39, 42].

W przeprowadzonych analizach dotyczących cech osobowości uwzględniono tylko czynniki główne Wielkiej Piątki, nie włączając czynników składowych ze względu na zbyt małą liczebność grupy. Uwzględniono jednak analizę jakościową, która wykazała związki z czynnikami składowymi Ekstrawersji, takimi jak: – Serdeczność i Emocje pozytywne, Otwartość – Działania i Wartości oraz Ugodowość – Altruizm. Wynik ten jest wart dalszych rozważań oraz pogłębienia badań zorientowanych na

czynniki składowe osobowości i ich związki z odpornością psychiczną ze względu na już istniejące związki pomiędzy wymienionymi powyżej czynnikami głównymi osobowości a czynnikami odporności psychicznej. Wspomniane czynniki składowe wiążą się z posiadaniem przez jednostkę sieci wsparcia społecznego, utrzymywaniem kontaktów i bliskich relacji z innymi oraz życiowym optymizmem, umiejętnością wychodzenia poza utarte schematy poznawcze i działania [38].

Również Cooper i wsp. [43] podkreślają związek między odpornością psychiczną a pozytywnymi emocjami, a zwłaszcza podkreślają naturę tych związków. Odporność psychiczna może być traktowana jako wynik doświadczania pozytywnych emocji w radzeniu sobie z sytuacjami problemowymi, jak również posiadanie pewnego poziomu odporności psychicznej może odgrywać zasadniczą rolę w doświadczaniu pozytywnych emocji. Co więcej, autorzy ci podkreślają, że osoby przeżywające więcej pozytywnych emocji stosują częściej sposoby radzenia sobie ze stresem zorientowane na aktywne przezwyciężanie trudności oraz charakteryzują się większą elastycznością myślenia [43].

Wyniki badań własnych wskazują na ograniczenia przeprowadzonego projektu oraz na potrzebę kontynuowania badania, uwzględniając m.in. większą liczebność grupy oraz jej ujednoczenie pod względem wieku i płci. Przebadanie większej próby nastęrcza jednak pewne trudności, które są związane z faktem przerywania przez pacjentów terapii. Potwierdzają to także badania Herman [44], która wyraźnie zaznacza, że terapia przebiega w sposób fragmentaryczny i niekompletny, głównie z powodu dużej liczby i złożoności objawów oraz ze względu na charakterystyczne trudności w nawiązywaniu bliskich relacji.

Dalsze analizy wymaga również związek poszczególnych diagnoz i występowania problemów zdrowia psychicznego u pacjentów charakteryzujących się równocześnie wysokimi wynikami w zakresie odporności psychicznej. Jednym z wyjaśnień może być to, że zastosowane narzędzie do pomiaru *resilience* skupia się na pozytywnych aspektach i czynnikach chroniących. Taki stan rzeczy można tłumaczyć także założeniem, że poszukiwanie pomocy, a więc w wypadku pacjentów Oddziału Dziennego Zaburzeń Emocji i Nastroju podjęcie terapii grupowej, jest zawsze oznaką wewnętrznej siły i zdrowia. Ponadto w wielu pracach i artykułach naukowych można odnaleźć dyskusje na temat zagadnień dotyczących przede wszystkim trudności związanych z oszacowaniem realnej siły doświadczenia urazowego, odpowiedzi na uraz, czynników wpływających na relacjonowanie reakcji na traumę (zaprzeczanie wpływowi traumy na życie), wzorów kulturowych i społecznych oddziałujących na sposób radzenia sobie i kontekstów społecznych. Szwajca [45] podkreśla, że analiza powyższych zmiennych nie daje jednoznacznych wyników oraz że ważną, acz trudno mierzalną zmienną jest subiektywne znaczenie przypisywane zdarzeniu traumatycznemu.

Osobną kwestią pozostaje pytanie, czy osoby uznane za sprężyste powinny dobrze sobie radzić w wielu obszarach, czy wystarczy sprawne funkcjonowanie w jednym z nich i przeciętne w pozostałych. Dodatkowo osoba z doświadczeniem traumatycznym może odnosić sukcesy w momencie badania, ale z czasem jej funkcjonowanie może stawać się mniej adaptacyjne. Badania dowodzą także, że osoby, które doznały urazów, często nie przyznają się do nich w badaniach oraz można u nich zauważyć większy (niż

w populacjach kontrolnych) konformizm, większą potrzebę społecznej atrakcyjności i koncentrację na ocenie dokonywanej przez innych, jak też poszukiwanie u badacza potwierdzenia własnej normalności. W wypadku osób doznających traumy interpersonalnej pozytywne przeformułowania związane z zasobami i sprężystością mogą być rodzajem samooszukiwania się, zaprzeczania trudnościom, myślenia życzeniowego czy obrony samooceny w sytuacji kumulacji objawów psychopatologicznych [45]. Takie wnioski należy jednak wyciągać bardzo ostrożnie. Służą one raczej zaakcentowaniu potrzeby bardziej dogłębnej analizy sytuacji indywidualnej pacjenta, w tym także jego zwiększonej gotowości do relacjonowania swoich cech w głębszych wywiadach klinicznych czy pomiarach projekcyjnych. Warto w tym miejscu również przypomnieć, że narzędzia testowe nie są w stanie oddać złożonej rzeczywistości ludzkich przeżyć.

Ważnym zagadnieniem są również emocjonalne koszty dobrego przystosowania, na co zwraca uwagę Sikorska [46]. Niektórzy badacze zjawiska *resilience* skłonni są przypisywać dzieciom, wypełniającym zadania rozwojowe w obliczu zagrożeń jednak cierpienie wewnętrzne [46]. Stanowisko to akcentuje jednocześnie dobre radzenie sobie z zadaniami dnia codziennego, proces rozwojowy na poziomie behawioralnym, ale zarazem przeżywanie trudności w sferze emocji, co może powodować stany depresyjne lub inne zakłócenia zdrowia psychicznego. Trudne, nieprzyjemne emocje jako reakcja na konfrontację z przeciwnościami nie wykluczają dobrego radzenia sobie z codziennymi zadaniami i obowiązkami. Tyszkowa podkreśla, iż istotą odporności jest wykorzystanie funkcji informacyjnej bądź kompensacyjnej emocji, które pojawiają się w sytuacji trudnej. Umożliwia to osobie będącej w owej sytuacji kontynuowanie działania w kierunku założonego celu [47].

Wnioski

1. Osoby badane w większości (97%) doświadczyły traumy interpersonalnej w dzieciństwie, najczęściej była to trauma fizyczna i emocjonalna, co świadczy o częstym i jednoczesnym współwystępowaniu różnych rodzajów nadużyć. Sprawcami zarówno przemocy fizycznej, jak i emocjonalnej były najczęściej osoby najbliższe – zdecydowanie częściej przemoc wobec dzieci stosowały kobiety.
2. Osoby badane przejawiały na poziomie przeciętnym wiele cech charakterystycznych dla osoby odpornej psychicznie. Na podstawie uzyskanych wyników można również wnioskować, że odporność psychiczna może być predyktorem pozytywnego profilu osobowości i czynnikiem chroniącym przed dużym nasileniem objawów depresyjnych.
3. Uzyskane wyniki wymagają dalszych weryfikacji i bardziej wnikliwych analiz. Szczególnie istotne wydaje się kontynuowanie badań dotyczących związku pomiędzy wydarzeniami wczesnej traumy a zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza objawami depresyjnymi, który nie został potwierdzony w niniejszym projekcie, a który poświadczają inne badania.
4. W kolejnych badaniach należałoby zwiększyć grupę badanych osób oraz dokonać porównania w zakresie wybranych zmiennych z innymi grupami.

Piśmiennictwo

1. Kolar K. *Resilience: Revisiting the concept and its utility for social research*. Int. J. Ment. Health Addict. 2011; 9(4): 421–433.
2. De Florio V. *On resilient behaviors in Computational Systems and Environments*, <https://www.academia.edu/11736157/> (dostęp: 24.05.2015).
3. Uchnast Z. *Prężność osobowa a egzystencjalne wymiary wartościowania*. Roczniki Psychologiczne 1998; 1: 7–27.
4. Oleś P. *Psychologia przełomu połowy życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2006.
5. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
6. Jelonekiewicz I, Kuhn-Dymecka A, Zwoliński M. *Właściwości psychometryczne Skali Kwestionariusza „Ty i Twoje Życie” w próbie maturzystów i w części próby studentów z 2009 roku*. Załącznik do Raportu z tematu statutowego IPiN pt. *Proces adaptacji do doświadczeń życiowych a zdrowie u dorastających, młodych dorosłych i osób z problemami zdrowia psychicznego*; 2009.
7. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Prężność u dzieci i młodzieży – charakterystyka i pomiar*. Polska skala SPP-18. Polskie Forum Psychologiczne 2011; 16(1): 7–28.
8. Pilecka W, Fryt J. *Teoria dziecięcej odporności psychicznej*. W: Pilecka W red. *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011. S. 48–68.
9. Grzegorzewska I. *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2013.
10. Sikorska I. *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
11. Junik W. red. *Resilience. Teoria, badania, praktyka*. Warszawa: PARPA Media; 2011.
12. Ager A. *Annual Research Review: Resilience and child well-being – public policy implications*. J. Child Psychol. Psychiatry 2013; 54(4): 488–500.
13. Cichetti D, Cohen DJ. red. *Developmental psychopathology*. New York: Wiley; 2006.
14. Masten A, Obradović J. *Competence and Resilience in Development*. Ann. NY Acad. Sci. 2006; 1094: 13–27.
15. Werner EE, Smith RS. *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca: Cornell University Press; 2001.
16. Wustmann C. *Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim, Basel: Belt; 2004.
17. Chuang SS, Lamb ME, Hwang CPh. *Personality development from childhood to adolescence: A longitudinal study of ego-control and ego-resiliency in Sweden*. Int. J. Behav. Dev. 2006; 30(4): 338–343.
18. Widera-Wysoczańska A, Kuczyńska A. red. *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2011.
19. Masten AS, Osofsky JD. *Disasters and their impact on child development: Introduction to the special section*. Child Dev. 2010; 81(4): 1029–1103.
20. Catani C, Gewirtz AH, Wieling E, Schauer E, Elbert T, Neuner F. *Tsunami, war, and cumulative risk in the lives of Sri Lankan schoolchildren*. Child Dev. 2010; 81(4): 1176–1191.
21. Fernando GA, Miller KE, Berger DE. *Growing pains: The impact of disaster-related and daily stressors on the psychological and psychosocial functioning of youth in Sri Lanka*. Child Dev. 2010; 81(4): 1192–1210.

22. Celebi Oncu EC, Wise AM. *The effects of the 1999 Turkish earthquake on young children: Analyzing traumatized children's completion of short stories*. Child Dev. 2010; 81(4): 1161–1175.
23. Klasen F, Oettingen G, Daniels J, Post M, Hoyer C, Adam H. *Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers*. Child Dev. 2010; 81(4): 1096–1113.
24. Betancourt TS, Borisova II, Williams TP, Brennan RT, Whitfield TH, Soudiere de la M i wsp. *Sierra Leone's former child soldiers: A follow-up study of psychological adjustment and community reintegration*. Child Dev. 2010; 81(4): 1077–1095.
25. Layne CM, Beck CJ, Rimmasch H, Southwick JS, Moreno MA, Hobfoll SE. *Promoting "resilient" posttraumatic adjustment in childhood and beyond: "Unpacking" life events, adjustment trajectories, resources, and interventions*. W: Brom D, Pat-Horenczyk R, Ford J. red. *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery*. New York: Routledge; 2009. S. 13–34.
26. Gershoff E, Aber JL, Ware A, Kotler J. *Exposure to 9/11 among youth and their mothers in New York City: Enduring associations with mental health and sociopolitical attitudes*. Child Dev. 2010; 81(4): 1142–1160.
27. Briere J, Scott C. *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2010.
28. Philippe FL, Laventure S, Beaulieu-Pelletier G, Lecours S, Lokes N. *Ego-Resiliency as a mediator between childhood trauma and psychological symptoms*. J. Soc. Clin. Psychol. 2011; 30(6): 583–598.
29. Herman JL. *Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
30. Perry BD, Pollard RA, Blakely TL, Baker WL, Vigilante D. *Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits"*. Infant Ment. Health J. 1995; 16(4): 271–291.
31. Weber K, Rockstroh R, Borgelt J, Awiszus B, Popov T, Hoffmann K i wsp. *Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients*. BMC Psychiatry 2008; 8: 63.
32. Chu DA, Williams LM, Harris A, Bryant RA, Gatt JM. *Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: Relative contributions of early life stressor types and adult trauma exposure*. J. Psychiatr. Res. 2013; 47(1): 23–32.
33. Leenarts LE, Vermeiren RR, Ven van de PM, Lodewijks HP, Doreleijers TA, Lindauer RJ. *Relationships between interpersonal trauma, symptoms of posttraumatic stress disorder, and other mental health problems in girls in compulsory residential care*. J. Trauma. Stress 2013; 26(4): 526–529.
34. Jovanovic T, Blanding NQ, Norrholm SD, Duncan E, Bradley B, Ressler KJ. *Childhood abuse is associated with increased startle reactivity in adulthood*. Depress. Anxiety 2009; 26(11): 1018–1026.
35. Śpila B, Makara A, Chuchra M, Pawłowska B. *Związek stresujących wydarzeń życiowych z zaburzeniami stanu psychicznego*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(1): 115–123.
36. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. *Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The Early Trauma Inventory*. Depress. Anxiety 2000; 12(1): 1–12.
37. Śpila B, Makara A, Chuchra M, Grzywa A. *Polska adaptacja Inwentarza Wczesnej Traumy (ETI)*. Wiadomości Psychiatryczne 2005; 8(1): 19–24.
38. Siuta J. red. *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2009.
39. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. *Resilience in relation to personality and intelligence*. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2005; 14(1): 29–42.

40. Zwoliński M. Załącznik nr 17 do raportu z tematu IPiN, nr 26/2008.
41. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa)*. Psychiatr. Pol. 1977; 4: 417–421.
42. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. *Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events*. Clin. Psychol. Psychother. 2006; 13(3): 194–201.
43. Cooper C, Flint-Taylor J, Pearn M. *Building resilience for success: A resource for managers and organizations*. London: Palgrave Macmillan; 2013.
44. Herman JL. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
45. Szwajca K. *Sprężystość (resilience) i odpowiedzi na doświadczenia urazowe – fascynujący i trudny obszar badań*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 563–572.
46. Sikorska I. *Odporność psychiczna i poczucie jakości życia sportowców z niepełnosprawnościami*. W: Kubacka-Jasiecka D, Mudyń K red. *Kryzysy i zaburzenia posttraumatyczne. Problemy interwencji oraz pomocy psychologicznej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2014.
47. Tyszkowa M. *Problemy psychicznej odporności dzieci i młodzieży*. Warszawa: Nasza Księgarnia; 1972.

Adres: Małgorzata Teresa Talaga
Instytut Psychologii Stosowanej UJ
30-348 Kraków, ul. Łojasiewicza 4
e-mail: m.t.talaga@gmail.com

Otrzymano: 14.06.2016

Zrecenzowano: 25.09.2016

Otrzymano po poprawie: 18.10.2016

Przyjęto do druku: 20.10.2016