

## Rozdział 2

# STRES I RADZENIE SOBIE A ZDROWIE

Pojęcie *stres* stało się w ostatnich latach bardzo popularne. Jest to termin powszechnie stosowany, lecz wciąż niejednoznaczny. Używa się go, mówiąc o niezwykłych, traumatycznych wydarzeniach, ale także w odniesieniu do sytuacji codziennego życia i związanych z nią doświadczeń, stosując określenia w rodzaju: „*jestem zestresowany*”, „*mam stresową sytuację*”, „*nie potrafię się obronić przed stresem*”.

Słowo *stres* dla większości ludzi oznacza zjawisko negatywne, nieprzyjemne, coś czego chcieliby uniknąć. Także dotychczasowe badania nad stresem w większości koncentrują się na jego negatywnych aspektach. Podkreśla się rolę stresu jako czynnika wpływającego na pogorszenie sprawności i efektywności funkcjonowania w różnych sferach życia człowieka. Stres traktuje się także jako jeden z ważniejszych czynników prowadzących do zaburzeń w stanie zdrowia.

Nie ulega wątpliwości, iż silny i długotrwały stres jest zjawiskiem negatywnym. Zarazem jednak należy sobie uświadomić, że stres jest zjawiskiem nieuchronnym i nie da się go wyeliminować z naszego życia. Ta nadmierna koncentracja na negatywnych skutkach stresu powoduje, że praktycznie nie dostrzega się tego, iż stres może być człowiekowi potrzebny, a czasem nawet pożądanym i może służyć jako czynnik wzrostu i rozwoju. Warto więc nauczyć się z nim żyć i wykorzystywać jego siłę w sposób konstruktywny. Poniżej zostanie przedstawiony najpierw krótki przegląd głównych koncepcji stresu i radzenia sobie, następnie – znacznie szerzej – związek stresu ze zdrowiem.

## 2.1. Koncepcje stresu

### 2.1.1. Stres jako reakcja

**Pojęcie stresu** wywodzi się z prac fizjologa Waltera Cannona i endokrynologa Hansa Selye'go i dotyczy przede wszystkim stresu biologicznego, rozpatrywanego w kategoriach reakcji na działające bodźce. Wszelkie objawy nieprzystosowania

czy braku adaptacji są traktowane jako wskaźniki stresu. W. Cannon użył pojęcia „stres” do opisanego reakcji „walki lub ucieczki”, uruchamianej celem przywrócenia naruszonej równowagi organizmu w wyniku działania zaburzających bodźców.

W reakcję na stres zaangażowane są dwa układy: nerwowy i endokrynologiczny, które przygotowują człowieka do poradzenia sobie z zagrożeniami pochodzącymi ze środowiska zewnętrznego. Po odebraniu sygnału niebezpieczeństwa organizm uruchamia system alarmowy, pojawia się „stan pogotowia” przygotowujący organizm do wysiłku mającego na celu poradzenie sobie z niebezpieczeństwem. Rolę systemu alarmowego pełni układ sympatyczny, który reaguje pobudzeniem oraz wzmożonym wydzielaniem adrenaliny do krwi. Adrenalina powoduje wzrost akcji serca, hamuje ruchy jelit, wzmacnia wydzielanie cukru do krwi oraz zwiększa jej krzepliwość. Dochodzi do wzrostu napięcia mięśni szkieletowych z jednoczesnym zmniejszaniem dopływu krwi do skóry i narządów. Organizm, będący w stanie wzmożonego pobudzenia, może ratować się ucieczką lub walczyć z niebezpieczeństwem, dlatego też opisywany „stan pogotowia” pełni funkcję adaptacyjną.

Homeostatyczna reakcja „walcz albo uciekaj” może być wywołana u człowieka przez różnorodne oddziaływania, w tym przez bodźce psychospołeczne. Stres, według Cannon, ma więc właściwości przystosowawcze, traktowany jest jako reakcja na zagrożenie, której funkcją jest stworzenie warunków przetrwania organizmu. Przystosowawczy charakter mają też silne emocje, które – podwyższając aktywizację organizmu człowieka – mobilizują cały organizm do szybkiego i energicznego działania. Cannon (za: Bishop, 2000) opisuje także krytyczny poziom stresu, wskazujący na takie nasilenie zagrożenia, które zakłóca stan równowagi organizmu. W takiej sytuacji reakcja walki lub ucieczki może doprowadzić do jego wyniszczenia.

Ideę reakcji stresowej, zapoczątkowaną przez Cannon, rozwinął fizjolog Hans Selye. Stres, w ujęciu Selye’go (1974, 1977), to każda niespecyficzna reakcja organizmu pojawiająca się w odpowiedzi na działanie bodźców szkodliwych (stresorów). Odkryty wzorzec reakcji na stres, nazwany „ogólnym zespołem adaptacyjnym” (*General Adaptation Syndrome – GAS*), stanowi pierwszą linię obrony organizmu przed potencjalnie szkodliwymi czynnikami. Do jego powstania dochodzi, gdy organizm styka się z jakimkolwiek stresorem.

Ogólny zespół adaptacyjny przebiega w trzech stadiach:

- W pierwszym stadium – reakcji alarmowej, obejmującym fazę szoku i fazę przeciwdziałania szokowi, uruchamiane są zasoby organizmu do poradzenia sobie z zagrożeniem. Wiąże się to z aktywnością układu współczulnego oraz wzrostem czynności nadnerczy, co służy zmobilizowaniu sił obronnych do poradzenia sobie ze stresorem. Stadium to jest odpowiednikiem stanu pogotowia w koncepcji Cannon.
- Drugie stadium – odporności, ma na celu przystosowanie się do działania stresora. Organizm koncentruje się na zwalczaniu zagrożenia, jednakże proces ten

odbywa się kosztem pozostałych funkcji fizjologicznych i psychologicznych. Dochodzi tu do przesunięcia zasobów energetycznych z normalnych funkcji organizmu do funkcji obronnych, co może prowadzić do wyczerpywania się pokładów energii.

- Trzecie stadium – wyczerpania, następuje w sytuacji gdy zagrożenie nie ustępuje lub się powtarza. Zasoby obronne organizmu są na wyczerpaniu i staje się on podatny na zaburzenia i choroby. Na poziomie fizjologicznym fazę tę charakteryzuje wzrost uogólnionego pobudzenia organizmu, które jednak nie jest wykorzystywane do zwalczania stresora. Dochodzi w ten sposób do rozregulowania funkcji fizjologicznych i spadku zdolności obronnych organizmu. Pojawiające się choroby, zwane chorobami adaptacji, są więc wynikiem wyczerpania się sił obronnych organizmu na skutek walki ze stresem.

Cechą charakterystyczną ogólnego zespołu adaptacyjnego jest niespecyficzność reakcji. Oznacza to, że organizm reaguje w taki sam sposób na każde zagrożenie, niezależnie od jego źródła i rodzaju. Stresory nie muszą mieć natury fizycznej bądź biologicznej. Także przeżywane emocje i myśli o niepowodzeniach, czy doznanych krzywdach, mogą wywoływać zmiany charakterystyczne dla tego zespołu.

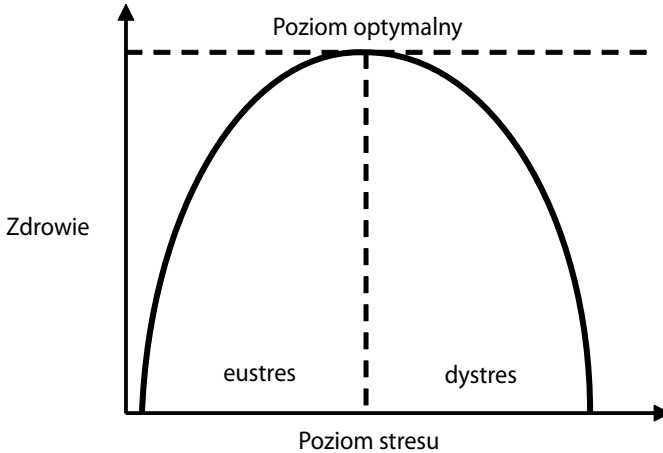
Selye porównuje opisane trzy stadia do trzech etapów życia człowieka: dzieciństwa – z jego niewielką odpornością i nadmiernie silnymi reakcjami na bodźce wszelkiego rodzaju; wieku dojrzałego – gdy nastąpiło przystosowanie do najczęstszych stresorów i zwiększyła się odporność oraz starości – charakteryzującej się utratą zdolności przystosowawczych i wyczerpaniem. Selye podkreśla znaczenie cykliczności stadiów GAS w życiu człowieka i zwraca uwagę na to, że długość okresu odporności zależy od wrodzonej zdolności przystosowawczej organizmu i od nasilenia stresora. Ten sam bodziec będzie rozmaicie działał w zależności od czynników wewnętrznych (wiek, płeć, predyspozycje genetyczne) i zewnętrznych (elementy środowiska), warunkujących przebieg reakcji na stres.

Selye (za: Terelak, 2001) postawił hipotezę o istnieniu dwóch poziomów mobilizacyjnych adaptacji związanych z energią przystosowania, tj. „powierzchniową”, uruchamianą na każde żądanie oraz „głęboką”, której kosztem uzupełniane są wydatki energii powierzchniowej. Wyczerpanie się energii głębokiej prowadzi do śmierci. Selye określa więc stres jako „stopień zużycia ustroju”, bowiem każde zetknięcie się ze stresem pozostawia trwałą bliznę, zużywając rezerwy przystosowania, których nie można niczym zastąpić.

Warto przypomnieć, że Selye (1977) nie każdy stres uważał za szkodliwy dla człowieka. Aktywacja pod jego wpływem może być pozytywną siłą motywującą, poprawiającą zdrowie i jakość życia. Mamy wtedy do czynienia ze stresem konstruktywnym, pozytywnym, tzw. eustresem (przedrostek *eu* = dobry, zdrowy). Jego przeciwieństwem jest stres destruktywny, określanej pojęciem „dystresu” (przedrostek *dis* = zły, negatywny). Wpływ stresu na zdrowie, zilustrowany na ryc. 2.1 pokazuje, że wraz ze wzrostem poziomu stresu poprawia się samopoczucie i zdro-

wie człowieka, jednakże tylko do pewnego poziomu. Poziom ten jest wyznaczony przez punkt maksymalnej tolerancji stresu ze względu na osiągnięte korzyści. Po jego przekroczeniu stres staje się szkodliwy i zagraża zdrowiu.

Rycina 2.1. **Wpływ stresu na zdrowie**



Wielu współczesnych badaczy, reprezentujących orientację pozytywną, nawiązuje do pojęcia eustresu i podkreśla jego znaczenie jako czynnika stymulującego do działania, wzrostu i rozwoju. Zwraca się również uwagę na to, że pomyślnie rozwiązanie sytuacji stresowej wyzwala emocje pozytywne, a te z kolei sprzyjają zdrowiu (Folkman, Moskowitz, 2004; Somerfield, McCrae, 2000). Warto zauważyć, iż Selye, który zajmował się stresem biologicznym, zwracał także uwagę na istotną rolę procesów poznawczych w reakcji stresowej, podkreślając, że istotne jest nie to, co się z nami dzieje, ale to, jak to odbieramy.

Koncepcja stresu Selye'go mimo dużej popularności została poddana krytyce. Przede wszystkim podważano niespecyficzność reakcji stresowej, jako cechę charakterystyczną ogólnego zespołu adaptacyjnego. M.in. Mason (1975a,b) podkreślał, że reakcje organizmu różnią się w zależności od zagrożenia. I tak, dla przykładu, układ hormonalny inaczej reaguje na niepewność lub niejasność niż w przypadku sytuacji wzbudzającej złość. Ta pierwsza jest kojarzona ze wzrostem katecholamin (noradrenaliny i adrenaliny) oraz kortyzolu, podczas gdy w przypadku złości lub gniewu występuje jedynie wzrost noradrenaliny i kortyzolu. Mason wskazuje także, że konfrontacja ze stresorem nie powoduje automatycznie uruchomienia reakcji składających się na uogólniony zespół adaptacyjny. Na ogół reakcje te są wynikiem działania wielu czynników. Można tu mówić jedynie o możliwości wywołania danej reakcji w wyniku zadziałania określonego stresora.

Koncepcji Selye'go zarzucano także brak jednoznacznego określenia definicji stresu, co prowadzi do pewnej dowolności interpretacji tego pojęcia, ponadto – zbyt małą liczbę danych empirycznych, na podstawie których sformułowana została ta teoria

oraz niedostateczne uwzględnianie czynników psychologicznych i różnic indywidualnych. Bishop (2000) wskazuje, że biologiczny charakter modelu Selye'go jest prawdopodobnie wynikiem eksperymentów prowadzonych głównie na zwierzętach.

Wymieniając wady teorii stresu Selye'go, nie można pominąć jej niewątpliwych zalet. Należy do nich zaliczyć zwrócenie uwagi na rolę układu hormonalnego w funkcjonowaniu organizmu podczas stresu, a także spojrzenie na stres jako na proces adaptacyjny jednostki do środowiska. Zaletą koncepcji jest także odróżnienie stresu destruktywnego od pozytywnego. Takie rozróżnienie wskazuje, że aktywacja pod wpływem stresu nie musi być szkodliwa, lecz może być czynnikiem motywującym do działania, służyć rozwojowi i poprawie jakości życia. Jednakże, co warto wyraźnie zaznaczyć, kluczem do zachowania zdrowia nie jest ani poszukiwanie stresu, ani też jego unikanie, lecz utrzymanie go na odpowiednim poziomie.

### 2.1.2. Stres jako bodziec

Innym ujęciem jest koncepcja stresu opisywanego w kategoriach bodźca czy sytuacji, które wywołują w organizmie stan napięcia i wymagają adaptacji czy przystosowania. Stresory, którymi mogą być bodźce zewnętrzne, fizyczne (np. ciepło, zimno) lub trudności interpersonalne oraz wewnętrzne (np. interoceptorowe bodźce bólowe), wywołują względnie typowy wzorzec reakcji. Między stresorem a reakcją występuje sprzężenie zwrotne. Zgodnie z tym ujęciem zakładano, że ludzie podobnie reagują na wydarzenia stresowe, zaś nasilenie doświadczanego stresu można określić poprzez ocenę wydarzeń. Co prawda, stresory posiadają właściwości specyficzne dla każdej jednostki, lecz w badaniach zidentyfikowano szereg ogólnych stresorów.

Pierwszą i jednocześnie najbardziej popularną skalą do pomiaru tak rozumianego stresu była *Skala Społecznego Ponownego Przystosowania się (Social Readjustment Rating Scale – SRRS)* T. Holmesa i R. Rahe'a (1967), zwana także *Listą Stresujących Zdarzeń Życiowych*. Obejmuje ona 43 sytuacje, zarówno negatywne (np. śmierć współmałżonka, rozwód, zwolnienie z pracy), jak i pozytywne (np. ślub, narodziny dziecka w rodzinie czy osiągnięcia osobiste). Każde ze zdarzeń ma przypisaną wartość, a poziom stresu stanowi ich sumę. Stres jest więc traktowany jako odzwierciedlenie doświadczanych zmian w życiu jednostki.

Czy i w jakim stopniu opracowana przez Holmesa i Rahe'a skala pozwalała na prognozowanie chorób? W pierwszych badaniach, prowadzonych na żołnierzach marynarki wojennej, wykazano istotną zależność między zachorowaniem a wynikami skali. Podobne zależności potwierdzono także w innych badaniach (Rabkin, Struening, 1976). Wykazano m.in., że zmiany życiowe mierzoną SRRS znacząco korelowały z częstością urazów w grupie sportowców (Bramwell i in., 1975).

Zarówno samą koncepcję stresu, jak i opracowane przez Holmesa i Rahe'a narzędzie poddano krytyce. M.in. podważano ograniczenie się tylko do 43 wydarzeń, co z pewnością nie wyczerpuje bogatego repertuaru doświadczanych przez człowieka

sytuacji życiowych. Podkreślano także nieuwzględnienie możliwości kontroli doświadczanych sytuacji oraz brak jasności niektórych twierdzeń, z których część można było traktować raczej jako odzwierciedlenie zaburzeń fizycznych i psychicznych, a nie ich przyczyny. Niektórzy badacze, np. Stern i in. (1982), zwracali uwagę na to, że trudności w przystosowaniu się i zwiększone ryzyko zachorowania wiążą się przede wszystkim z wydarzeniami, których nie można kontrolować. Natomiast zdarzenia podlegające kontroli nie pociągają za sobą wyraźnych konsekwencji zdrowotnych.

Prowadzone badania wykazały, że nie tylko poważne wydarzenia życiowe, jak śmierć bliskiej osoby, rozwód czy utrata pracy wywołują stan napięcia i sprzyjają zachorowaniu. Także drobne wydarzenia, codzienne troski i utrapienia, takie jak nadmierny hałas, wymagania zwierzchników, prowadzenie domu czy rosnące ceny, mogą zagrażać zdrowiu jednostki (Lazarus i in., 1980). Negatywny wpływ na zdrowie jest wynikiem powtarzalności, kumulowania się tych doświadczeń. Jednocześnie zauważono, że doświadczanie sytuacji pozytywnych, małych radości (zdrowy sen, spotkania z przyjaciółmi czy rodziną, ukończenie zadania) może chronić jednostkę przed wpływem negatywnych wydarzeń.

Badania przeprowadzone za pomocą opracowanej przez Lazarusa i wsp. (1980) *Skali Utrapienia* (Hassles Scale), zawierającej opis 117 różnych codziennych wydarzeń uznawanych za irytujące lub przykre i *Skali Radości* (Uplifts Scale), obejmującej 135 wydarzeń ocenianych na ogół jako pozytywne, potwierdziły wpływ codziennych wydarzeń na stan zdrowia fizycznego i psychicznego. Co ciekawe, związek między codziennymi troskami i utrapieniami a zgłaszanymi objawami był silniejszy niż związek wydarzeń życiowych z doświadczanymi dolegliwościami (Kanner i in., 1981; DeLongis i in., 1982). Jednakże badania z wykorzystaniem *Skali Radości* wskazywały na znacznie słabszą zależność między pozytywnymi wydarzeniami a zdrowiem. Badania Andersona i in. (za: Bishop, 2000) dowiodły, że o ile wydarzenia negatywne sprzyjają rozwojowi chorób, to zdarzenia pozytywne raczej nie mają większego wpływu na zdrowie. Może to dowodzić, że ochronna rola tych wydarzeń nie jest tak istotna, jak można było przypuszczać.

Ocenę stresu za pomocą pomiaru codziennych trosk i utrapień, podobnie jak poprzednio wymienione ujęcia, również poddano krytyce. Zwrócono uwagę, że niektóre pozycje zawarte w skali są zbliżone do opisu objawów zdrowotnych, które próbuje się prognozować. Ponadto, pomiar stresu za pomocą *Listy Wydarzeń Stresujących* nie uwzględnia subiektywnej oceny doświadczanych wydarzeń i w efekcie – okazuje się słabym predyktorem zdrowia człowieka.

### 2.1.3. Transakcyjne ujęcie stresu

Niezadowolenie z wymienionych powyżej ujęć stresu, rozumianego jako automatycznej reakcji organizmu na działanie szkodliwych bodźców biologicznych

oraz w kategoriach bodźca lub sytuacji, doprowadziło do sformułowania koncepcji interakcyjnej, uwzględniającej obydwie klasy czynników (Heszen, Sęk, 2007). Największą popularność w psychologii zdobyła sobie poznawczo-transakcyjna koncepcja stresu Richarda Lazarusa i Suzan Folkman (1984). Zgodnie z tym ujęciem stresem jest „określona relacja między osobą a otoczeniem, oceniana jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (s. 19). Relacja ta uwzględnia więc zarówno wymagania (oczekiwania) otoczenia, jak i indywidualne możliwości jednostki poradzenia sobie z tym wydarzeniem. Dla podkreślenia znaczenia wzajemnych oddziaływań w tym układzie Lazarus wprowadził termin „transakcja”, który wyraża nie tylko sam proces interakcji, lecz i jego efekty.

Konfrontacja wymagań otoczenia z własnymi możliwościami przebiega poprzez procesy oceny poznawczej, które są osądem osobistego znaczenia dla jednostki danego zdarzenia (jest to tzw. **ocena pierwotna**) oraz oceny jej własnej zdolności do wykorzystania zasobów, aby sprostać wymaganiom stawianym przez stresor (**ocena wtórna**). Transakcja jednostki z otoczeniem może mieć charakter stresujący, ale może być także sytuacją sprzyjająco-pozytywną bądź też sytuacją bez znaczenia. W tych ostatnich dwóch przypadkach oznacza to, że sytuacja nie narusza istotnych dla jednostki wartości i nie zagraża jej dobrostanowi. Jeżeli jednak jednostka ocenia transakcję jako przekraczającą możliwości poradzenia sobie, to jej rezultatem jest doświadczanie stresu.

Jednostka może oceniać sytuację w 3 różnych postaciach, a mianowicie:

- 1) jako krzywdę/stratę – co wiąże się z zaistniałą już szkodą w postaci utraty cennionych przez jednostkę obiektów i z reguły pociąga za sobą występowanie takich emocji, jak złość, żal czy smutek;
- 2) zagrożenie – dotyczy możliwej do wystąpienia krzywdy czy straty, co uruchamia strach, lęk czy zamartwianie się;
- 3) wyzwanie – gdy uwzględnia nie tylko możliwe do poniesienia szkody, ale także spodziewane korzyści, co wzbudza zarówno emocje negatywne, charakterystyczne dla zagrożenia, jak i pozytywne, związane z oczekiwanymi korzyściami.

Ocena wtórna jest punktem wyjścia dla aktywności ukierunkowanej na zmianę transakcji stresowej określanej mianem **radzenia sobie**, o której będzie mowa w dalszej części. W nowszych badaniach nad stresem Lazarus (1980) wyróżnia trzy poziomy stresu, a mianowicie:

- 1) społeczny – odnoszący się do relacji jednostki z innymi ludźmi;
- 2) psychologiczny – obejmujący jednostkową ocenę sytuacji, reakcje emocjonalne i organizację zachowania;
- 3) fizjologiczny (biologiczny), odnoszący się do zmian w organizmie.

Wymienione poziomy są w dużym stopniu niezależne, a więc, dla przykładu, obciążenie stresem biologicznym, spowodowanym chorobą somatyczną, nie musi

pociągać za sobą stresu społecznego, ale może zwiększać nasilenie stresu psychologicznego. Takie wielowymiarowe traktowanie stresu jest, jak zauważają Heszen i Sęk (2007), zgodne z biopsychospołecznym modelem zdrowia i choroby.

Koncepcja stresu Lazarusa i Folkman, pomimo swojej popularności budzi też pewne zastrzeżenia. Subiektywna ocena wydarzenia, dokonywana przez jednostkę, oznacza, że tak naprawdę trudno jest określić, co jest stresem. Takie rozumienie stresu utrudnia także dokonanie jego pomiaru.

W ostatnich latach coraz większego znaczenia nabiera koncepcja Stevana Hobfolla, określana jako **teoria zachowania zasobów** (*Conservation of Resources Theory* – COR)<sup>1</sup>, poszukująca ogólnych zasad kierujących celowym zachowaniem się człowieka. Sprowadzają się one do utrzymywania, ochrony i pomnażania własnych zasobów, rozumianych jako cenione przez jednostkę przedmioty, właściwości osobiste, okoliczności lub czynniki sprzyjające (Hobfoll, 2006).

Pojęcie zasobów wydaje się pełnić podobną rolę w definiowaniu stresu, co ocena poznawcza w koncepcji Lazarusa, chociaż Hobfoll krytykuje uznanie subiektywnej percepcji za kryterium wystąpienia zjawiska stresu. Według autora, człowiek usiłuje zdobyć zasoby, których jeszcze nie ma, utrzymać zasoby już posiadane, chronić zasoby w momencie zagrożenia i promować posiadane zasoby, przyjmując pozycję sprzyjającą ich optymalnemu wykorzystywaniu. Stres, który według Hobfolla ma podłoże biologiczne, choć jest także kształtowany przez czynniki społeczno-kulturowe, jest związany z koniecznością zdobywania i chronienia warunków zapewniających przetrwanie, a także unikania zagrożeń dla przetrwania. Stresem jest sytuacja utraty zasobów, zagrożenia utraty lub brak wzrostu zasobów po ich zainwestowaniu (Hobfoll, 2006).

Koncepcja Hobfolla nawiązuje w pewnym stopniu do nurtu relacyjnego, jednakże w przeciwieństwie do Lazarusa, który akcentował ocenę relacji jednostki z otoczeniem, ujęcie Hobfolla kładzie nacisk na zasoby i zakłada, że źródłem stresu są zakłócenia równowagi w wymianie zasobów między jednostką a otoczeniem (Heszen-Niejodek, 2000b). Również w inny sposób rozumiany jest proces radzenia sobie.

## 2.2. Radzenie sobie ze stresem

### 2.2.1. Definicje i funkcje radzenia sobie ze stresem

Zdecydowanie większe zainteresowanie badaczy budzi nie tyle problematyka stresu, co radzenie sobie z nim. Wynika to z faktu, że o skutkach transakcji stre-

<sup>1</sup> Koncepcja ta została opisana w książce S. Hobfolla, *Stres, kultura i społeczność* (2006).



sowej w większym stopniu decyduje aktywność jednostki niż właściwości stresora. W ujęciu poznawczo-transakcyjnym radzenie sobie ze stresem to „*stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby*” (Lazarus, Folkman, tłumaczenie Heszen, Sęk, 2007, s. 150). Jest to więc proces obejmujący całość wysiłków jednostki zmierzających do poradzenia sobie z daną sytuacją. Proces ten ma charakter dynamiczny, a to oznacza, że stanowi odpowiedź na określoną sytuację i że jedne sposoby czy formy zachowania mogą być zastępowane innymi. W tym procesie większą rolę przypisuje się jednostce i jej aktywności niż otoczeniu.

Lazarus i Folkman (1984) wyróżnili dwie zasadnicze funkcje radzenia sobie, tj. **instrumentalną**, związaną ze sposobami radzenia sobie *zorientowanymi na problemie (problem-focused)* oraz **regulacyjną**, powiązaną ze strategiami radzenia sobie *skoncentrowanymi na emocjach (emotion-focused)*. O ile ta pierwsza jest ukierunkowana na opanowanie stresora w celu zmniejszenia lub usunięcia jego stresujących właściwości, to druga pomaga w kontrolowaniu reakcji emocjonalnej związanej z danym stresem. Wprawdzie w procesie radzenia sobie większe znaczenie przypisuje się strategiom skoncentrowanym na zadaniu, to jednocześnie akcentuje się rolę emocji, wskazując, że niezależnie od znaku pełnią one funkcję adaptacyjną. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach może zmierzać do zwiększania pobudzenia, dzięki czemu możliwe jest zwiększenie mobilizacji jednostki do działania (Lazarus, Folkman, 1984). Na adaptacyjną funkcję emocji w procesie radzenia sobie zwracają także uwagę Folkman i Moskowitz (2004).

W najnowszym podejściu do radzenia sobie zwraca się uwagę na społeczny aspekt tego procesu, odróżniając go od aspektu indywidualistycznego, prezentowanego przez Lazarusa i Folkman. Radzenie sobie z problemem może mieć charakter zbiorowy i być podejmowane przez pary, grupy czy całe społeczności (Hobfoll, 2006). Podobne stanowisko prezentują Folkman i Moskowitz (2004), akcentując znaczenie wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie. Jednocześnie autorki zwracają uwagę na specyfikę takiego zbiorowego radzenia sobie, wskazując m.in. na to, że zachowania zaradcze korzystne dla jednego z uczestników interakcji stresowej mogą być niekorzystne dla innych.

### 2.2.2. Style i strategie radzenia sobie

O ile Lazarus i Folkman traktują radzenie sobie jako proces, to inni autorzy rozpatrują je raczej w kategoriach **ogólnej dyspozycji**, czyli **stylu radzenia**. W tym przypadku radzenie sobie jest rozumiane jako względnie stała, specyficzna dla jednostki tendencja, która wyznacza przebieg radzenia sobie ze stresem. Styl ma

status zmiennej osobowościowej i jest charakterystycznym dla jednostki repertuarem strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. W procesie radzenia sobie uczestniczy tylko część spośród strategii pozostających w repertuarze jednostki. Ich dobór jest wyznaczany zarówno sytuacją, z jaką jednostka ma do czynienia, jak i właściwościami osobowości jednostki.

Rozumienie radzenia sobie jako stylu jest prezentowane m.in. przez S. Miller (1987). Autorka, odwołując się do nurtu psychologii poznawczej, wyróżniła dwa niezależne wymiary radzenia sobie oparte na informacjach, tj. *tendencję do poszukiwania informacji* (monitoring) oraz *do unikania informacji* (blunting). Ten pierwszy wymiar wskazuje na **styl konfrontacyjny**, drugi – na **unikowy**. Podobne ujęcie prezentują Cronkite i Moos (1984), którzy z kolei wprowadzili rozróżnienie na radzenie sobie polegające na *zbliżaniu* i *unikaniu* (approach and avoidance).

Costa i McCrae (1998) wyróżnili dwa główne czynniki reprezentujące style radzenia sobie, tj. *radzenie sobie dojrzałe* (mature) i *neurotyczne* (neurotic). Jeszcze inaczej klasyfikuje style Thaois (za: Semmer, 2006), który przyjmuje dwa główne wymiary radzenia sobie. Pierwszy to *radzenie sobie skoncentrowane na problemie i na emocjach*, traktowane jako jeden wymiar, natomiast drugi wymiar obejmuje *behawioralne i poznawcze radzenie sobie*. Do tego ujęcia nawiązuje Steptoe (1991), który do wyżej wymienionych dodaje *strategie oparte na zbliżaniu się i unikaniu*. Jeszcze inną klasyfikację strategii radzenia sobie, stosowaną przede wszystkim w odniesieniu do młodzieży, zaproponowali E. Band i J. Weisz (1988), którzy odwołali się do procesów pierwotnej i wtórnej kontroli. Procesy kontroli pierwotnej dotyczą prób zmiany warunków zewnętrznych i dostosowania ich do swoich potrzeb (np. poprzez koncentrację na problemie), a procesy kontroli wtórnej są związane ze zmianą samej jednostki i jej dopasowania do warunków zewnętrznych (np. poprzez akceptację zaistniałej sytuacji).

Rozumienie radzenia sobie jako stylu jest prezentowane także przez Endlera i Parkera (1990), którzy – nawiązując do teorii Lazarusa i Folkman – zaproponowali 3 style radzenia sobie. Dwa pierwsze odpowiadają wymienionym przez Folkman i Lazarusa funkcjom radzenia sobie, tj. *skoncentrowanym na zadaniu* (task-oriented) i *na emocjach* (emotion-oriented). Natomiast trzeci styl to *radzenie sobie ukierunkowane na unikanie* (avoidance-oriented), które służy zredukowaniu efektów działania stresora. Jak podkreślają Suls i Fletcher (1985), styl ten jest bardziej adaptacyjny w przypadku rozwiązywania problemów krótkotrwałych niż w sytuacji przewlekłego stresu, jakim jest, dla przykładu, długotrwała choroba.

Jednym z zarzutów, jaki można sformułować pod adresem koncepcji Lazarusa i Folkman, jest nieuwzględnianie kontekstu czasowego. Toteż nowsze koncepcje radzenia sobie uwzględniają czas wystąpienia stresującego wydarzenia. Przykła-

dem może być klasyfikacja zaproponowana przez Schwarzera i Tauberta (1999), którzy w przebiegu radzenia sobie wyróżniają jego 4 rodzaje, tj.:

- 1) reaktywne, mające na celu kompensację doznanej krzywdy lub straty;
- 2) antycypacyjne, ukierunkowane na wydarzenie, które ma wystąpić w niedalekiej przyszłości;
- 3) prewencyjne, związane z gromadzeniem zasobów pozwalających na zmniejszenie skutków przyszłych wydarzeń stresowych;
- 4) proaktywne, powiązane z przyszłymi wyzwaniem i polegające na gromadzeniu zasobów ułatwiających wykorzystanie przyszłych szans. Główną siłą napędową jest tu poszukiwanie wyzwania, które jest moderowane przez poczucie własnej skuteczności.

Szczególną rolę w procesie radzenia sobie przypisuje się radzeniu prewencyjnemu i proaktywnemu, które korespondują – przynajmniej w pewnym stopniu – z dążeniem do gromadzenia i powiększania zasobów zawartych w koncepcji Hobfolla. Prewencyjne radzenie sobie odnosi się do nieokreślonych zagrożeń, które mogą wystąpić w przyszłości i związane jest z gromadzeniem zasobów w celu poradzenia sobie z przyszłymi wydarzeniami. Owo gromadzenie zasobów może dotyczyć np. powiększania zasobów zdrowotnych w celu zmniejszenia ryzyka choroby, zdobywania nowych kwalifikacji w obliczu ryzyka bezrobocia, utrzymywania dobrych relacji z innymi, by mieć na kogo liczyć w sytuacji kryzysu. Proaktywne radzenie sobie, jako szczególnie ważne w kontekście zdrowia, wymaga szerszego omówienia.

### 2.2.3. Proaktywne radzenie sobie ze stresem

Ten rodzaj radzenia sobie obejmuje „*autonomiczne i samodzielne stawianie sobie celów będących wyzwaniem oraz ich konsekwentną realizację*” (Schwarzer, Taubert, 1999, s. 86). Tak rozumiane radzenie sobie jest nastawione na motywowanie ludzi do stawiania sobie ambitnych celów oraz dążenia do ich realizacji. Sprzyja także samodoskonaleniu się. Proaktywne radzenie sobie oznacza zdobywanie zasobów, ich gromadzenie oraz doskonalenie umiejętności. Ten rodzaj działań występuje także w prewencyjnym radzeniu sobie, ale czynnikiem różnicującym jest źródło motywacji. Podejmowanie prewencyjnego radzenia sobie jest wynikiem zagrożenia, podczas gdy proaktywnego – wyzwania. Proaktywne radzenie sobie to stawianie sobie autonomicznych, wartościowych celów stanowiących osobiste wyzwania i służących rozwojowi człowieka. Osoby o nastawieniu proaktywnym dążą do osiągnięcia wysokich standardów oraz ulepszania własnego życia i jego otoczenia. Osiąganie tych standardów jest możliwe dzięki silnie rozwiniętemu poczuciu własnej skuteczności.

Nieco inne i szersze niż u Schwarzera i Tauberta podejście do proaktywnego radzenia sobie prezentują Aspinwall i Taylor (1997). Według autorek, obejmuje ono wysiłki, które są podejmowane zanim wystąpią stresujące wydarzenia. Istotną cechą tego procesu jest gromadzenie zasobów i nabywanie umiejętności, które nie są dostosowane do konkretnego stresora. Można powiedzieć, że nabywane zasoby i umiejętności przygotowują jednostkę do radzenia sobie z różnymi sytuacjami. W proaktywnym radzeniu sobie ważne jest rozpoznawanie potencjalnych stresorów, inicjowanie ich oceny, podejmowanie wstępnych wysiłków mających na celu radzenie sobie, a także znaczenie informacji zwrotnych dotyczących sukcesu w wyniku podejmowanych wysiłków.

W przebiegu procesu proaktywnego radzenia sobie Aspinwall i Taylor (1997) wyróżniają 5 stadiów. Są to:

- 1) akumulacja zasobów (*resource accumulation*), czyli gromadzenie zasobów zanim pojawi się stresor;
- 2) rozpoznawanie (*attention-recognition*), które wiąże się z umiejętnością identyfikowania stresora i kierowania uwagi na potencjalnie zagrażające aspekty środowiska;
- 3) ocena wstępna ostrzegawczych sygnałów (*initial appraisal*). W tej fazie jednostka ocenia, co dla niej jest problemem i w jakim kierunku może się on rozwinąć. Ważna jest tu regulacja emocjonalnego pobudzenia oraz zdolność wyobrażania sobie przebiegu wydarzeń i ich konsekwencji;
- 4) wstępne wysiłki poradzenia sobie ze stresem (*preliminary coping*), które są podejmowane po rozpoznaniu sygnałów i zainicjowaniu oceny sytuacji. Są to aktywne, ukierunkowane na rozwiązanie problemu działania, mające na celu ochronę przed potencjalnym stresem. Podkreśla się tu konieczność podejmowania wysiłków skoncentrowanych na problemie, a nie ucieczki czy unikania. Takie działania wymagają od jednostki posiadania określonych kompetencji i umiejętności, jak np. tworzenie planów działania, poszukiwanie informacji czy podejmowanie konkretnych zachowań. Posiadane kompetencje i podejmowane działania muszą się opierać na optymistycznych, ale jednocześnie racjonalnych ocenach własnej skuteczności;
- 5) wydobywanie i wykorzystywanie informacji zwrotnych (*elicit and use feedback*), co należy do ostatniego stadium proaktywnego radzenia sobie. Polega ono na kształtowaniu umiejętności zdobywania i wykorzystywania informacji dotyczących danego wydarzenia dla przyszłych działań i celów. Z kolei zdolność podejmowania trafnych decyzji w przyszłości pozwala na efektywne zapobieganie stresowi i oszczędzanie własnych zasobów.

Przedstawiona koncepcja proaktywnego radzenia sobie nawiązuje do koncepcji zachowania zasobów Hobfolla (2006), według której człowiek stara się nie tylko uzyskać, zachować, chronić ale także gromadzić i pomnażać swoje zasoby nie tylko po to, by osiągnąć jednorazowy wynik, ale również w celu utrzy-

mania i poprawienia swojego wyniku na przestrzeni czasu. Można by również szukać pewnego podobieństwa przedstawionego ujęcia do **elastyczności stylu radzenia sobie**, o którym pisze Heszen-Niejodek (2000c). Elastyczność rozumiana jest jako posiadanie przez jednostkę w swojej dyspozycji szerokiego repertuaru różnorodnych strategii radzenia sobie ze stresem, co pozwala jej na dopasowanie strategii adekwatnie do sytuacji, a tym samym na skuteczne poradzenie sobie z nią.

Uogólniając przedstawione wyżej stanowiska, proaktywność można rozpatrywać na dwa sposoby; pierwszy – specyficzny (węższy), związany jest z realizacją celów rozwojowych, stanowiących swoistego rodzaju wyzwanie, drugi – niespecyficzny (szerszy), obejmuje różne formy radzenia sobie, które mają na celu przygotowanie się do skutecznego radzenia sobie w przyszłości.

#### 2.2.4. Pomiar radzenia sobie

W badaniach polskich stosuje się kilka narzędzi pomiaru, odwołujących się do różnych ujęć przedstawionych wcześniej. Kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) Endlera i Parkera składa się z 48 pozycji i mierzy 3 style radzenia sobie, tj.: skoncentrowany na zadaniu, na emocjach i na unikaniu. Wersję polską przygotowali Strelau, Jaworowska, Wrześniewski i Szczepaniak (2005).

Interesujące podejście do radzenia sobie ze stresem, stanowiące próbę połączenia radzenia sobie rozumianego jako styl i jako strategia, zaprezentowali Carver i wsp. (1989). Autorzy, odwołując się do teorii Lazarusa i do modelu samoregulacji zachowania, opracowali narzędzie mierzące 15 strategii radzenia sobie, które można stosować w wersji dyspozycyjnej, a więc odzwierciedlającej pewną stałą tendencję do radzenia sobie w określony sposób oraz sytuacyjnej, ujmującej strategię stosowane w konkretnej sytuacji stresowej. Kwestionariusz COPE (*Coping Orientations to Problems Experienced*) należy do najczęściej wykorzystywanych narzędzi pomiaru radzenia sobie ze stresem. Polska wersja tego narzędzia i jego skrócona wersja (mini-COPE) zostały przedstawione w podręczniku pt. *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*<sup>2</sup>.

W tym samym podręczniku przedstawiono również *Skalę Odczuwanego Stresu* (PSS-10) Cohena i wsp., zawierającą 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Pytania odnoszą się do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca, ale *de facto* do-

<sup>2</sup> Juczyński, Z. Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem – podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

tyczą skuteczności radzenia sobie. Odpowiedzi oceniane są w skali 5-stopniowej, od „nigdy” do „bardzo często”. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące parametry psychometryczne.

Hobfoll ze współpracownikami skonstruowali metodę do pomiaru gospodarowania zasobami *The Conservation of Resources Evaluation* – COR-Evaluation. Jej polska wersja zawiera 95 zasobów, których ważność oraz zmiany na gorsze (straty) i lepsze (zyski) ocenia się przy pomocy 5-punktowej skali. Narzędzie znajduje się w fazie opracowania (Dudek i in., 2006).

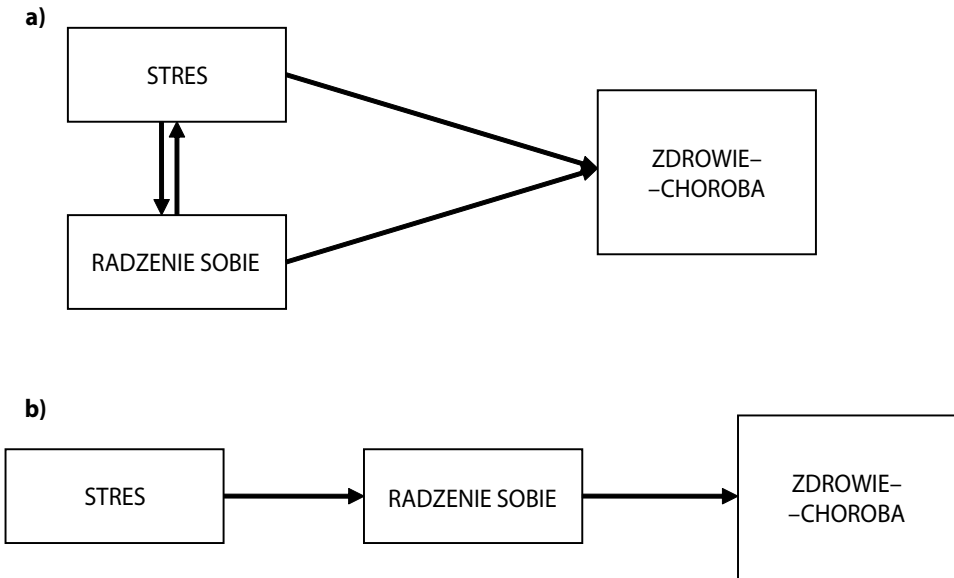
Do pomiaru proaktywnego radzenia sobie ze stresem zaadaptowano *The Proactive Coping Inventory*, skonstruowany przez Schwarzera i Tauberta. Narzędzie, w polskiej adaptacji Sęk, Pasikowskiego, Greenglass, Tauberta i Schwarzera (Pasikowski i in., 2002), nazwano *Kwestionariuszem Reakcji na Codzienne Wydarzenia*. W jego skład wchodzi 7 podskal, tj.: proaktywne radzenie sobie, refleksyjne radzenie sobie, strategiczne planowanie, prewencyjne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz radzenie sobie poprzez dystansowanie się.

### 2.3. Zdrowotne skutki stresu i radzenia sobie

Systemowe ujęcie stresu, rozumianego jako rozbieżność (brak równowagi) między wymaganiami otoczenia a możliwościami jednostki, odpowiada przedstawionemu w rozdziale 1 rozumieniu zdrowia jako procesu zachowania dynamicznej równowagi w systemie „człowiek–środowisko”. O ile jednak dla zdrowia równowaga jest stanem normalnym, to dla przebiegu stresu charakterystyczny jest brak równowagi.

Wyniki badań prezentowane w tym rozdziale skupiają się w większości na negatywnych skutkach stresu, który ujmowany jest zarówno jako bezpośrednia przyczyna zaburzeń i chorób lub jako mechanizm pośredniczący w etiopatogenezie chorób. Z kolei zdrowie ujmowane jest nie jako proces, lecz jako stan ujawniający negatywne konsekwencje oddziaływania stresu na człowieka. O stanie zdrowia człowieka mogą więc decydować wydarzenia mające charakter uniwersalnych stresorów, np. wydarzenia losowe (sytuacje traumatyczne), jak i różnego rodzaju sytuacje życia codziennego, oceniane subiektywnie przez jednostkę jako stresujące. Przede wszystkim jednak – jak wynika z preferowanego aktualnie ujęcia stresu – ważniejsza od doświadczanego stresu jest skuteczność radzenia sobie. Tym samym radzenie sobie można traktować jako mediator w relacji stres-zdrowie/choroba. Obydwa podejścia przedstawiono na ryc. 2.2.

Rycina 2.2. **Wpływ stresu i radzenia sobie na zdrowie: a) model interakcyjny; b) model pośredniczący**



### 2.3.1. Negatywne skutki działania stresorów

#### 2.3.1.1. Konsekwencje działania stresorów przewlekłych

Działanie różnego rodzaju stresorów może prowadzić do zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju chorób somatycznych. Skutki zdrowotne doświadczanych zdarzeń stresowych wiążą się niewątpliwie z ich siłą, częstością i czasem trwania. Do najłagodniejszych stresorów zalicza się codzienne utrapienia, czyli uciążliwości dnia codziennego, takie jak drobne nieporozumienia w rodzinie, wymagania zwierzchników, prowadzenie domu czy rosnące ceny. Ze względu na częstość występowania i powtarzalność mogą one jednak zagrażać zdrowiu jednostki (Lazarus, i in., 1980). Świadczą o tym m.in. wyniki badań wskazujące, że nasilenie codziennego stresu wiąże się z takimi dolegliwościami, jak bóle głowy, gardła czy kręgosłupa (DeLongis i in., 1988).

Stresory o średniej sile to różnego rodzaju wydarzenia życiowe. Przykładem mogą być wydarzenia zamieszczone w skali Holmesa i Rahe'a (1967), począwszy od śmierci współmałżonka, aż po drobne wykroczenia wobec prawa. Negatywne skutki zdrowotne wiążą się przede wszystkim z wydarzeniami doświadczanymi przez jednostkę w okresie ostatnich 2 lat. Najsilniejsze stresory to wydarzenia o charakterze traumatycznym, takie jak wojny, klęski żywiołowe, katastrofy, ataki terrorystyczne czy doświadczenia indywidualne, jak gwałt czy przemoc fizyczna. Doświadczanie tych wydarzeń może prowadzić do rozwoju zaburzeń po stresie urazowym (PTSD).

Szczególnie szkodliwy wpływ na zdrowie człowieka mogą wywierać stresory występujące w jego środowisku pracy, zarówno fizyczne, biologiczne czy chemiczne. Ze zdrowiem, zarówno fizycznym, jak i psychicznym wiążą się również czynniki psychospołeczne występujące w środowisku. Mogą one przybierać charakter codziennych utrapień, stresorów o średniej intensywności, aż po zdarzenia traumatyczne. Czynniki te, jak podkreśla Tobiasz-Adamczyk (1998), mogą wpływać nie tylko na rzeczywisty stan zdrowia pracownika, lecz także na jego subiektywne oceny i zachowania zdrowotne.

Stałe napięcie psychiczne, poczucie niepokoju, niepewności lub zagrożenia, życie pod presją czasu czy nadmiernej odpowiedzialności, to tylko niektóre z nieustannie działających stresorów, które występują w miejscu pracy i uruchamiają reakcje mobilizacyjne organizmu. W ten sposób może dochodzić do przewlekłego stresu, którego następstwem, obok różnych zaburzeń i chorób psychosomatycznych oraz objawów zespołu wypalenia zawodowego, mogą być także nerwice. Tego typu zaburzenia w stanie zdrowia traktowane są jako koszty zdrowotne funkcjonowania człowieka we współczesnym świecie.

Szczególnie niekorzystną dla zdrowia rolę przypisuje się takim czynnikom, jak przeciążenie, nadmierna odpowiedzialność, konflikt roli oraz psychiczne obciążenie pracą. Świadczą o tym liczne wyniki badań zaprezentowane m.in. przez Coopera i Marshall (1987), opisane także w książce Ogińskiej-Bulik (2006a). Poniżej zamieszczamy kilka przykładów ilustrujących wspomniane zależności.

Russek i Zohman wykazały, że wśród 100 młodych pacjentów z chorobą wieńcową aż 25% stanowili ci, którzy pracowali na dwóch etatach, a pozostałe 45% stanowili pracownicy pracujący co najmniej 60 godzin tygodniowo. Prace Breslowa i Buella pokazały, że u robotników poniżej 45 roku życia zatrudnionych w przemyśle lekkim, pracujących ponad 48 tygodniowo, ryzyko zgonu z powodu choroby wieńcowej było dwukrotnie wyższe niż u takich samych robotników, których czas pracy nie przekraczał 40 godz. tygodniowo. Z kolei French i Caplan podkreślają, że nadmierna odpowiedzialność wiąże się ze wzmożonym paleniem, podwyższonym poziomem ciśnienia rozkurczowego i cholesterolu.

Również badania przeprowadzone wśród kadry kierowniczej, naukowej i inżynierskiej w ośrodku NASA wykazały, że większa odpowiedzialność w pracy wpływa na wzrost ciśnienia tętniczego i zwiększenie palenia papierosów (Caplan, 1971). Jak podkreśla Russek (1967), napięcie emocjonalne towarzyszące odpowiedzialności w pracy jest czynnikiem poprzedzającym atak choroby wieńcowej w 91 na 100 badanych młodych mężczyzn. Także niektóre badania prowadzone w Japonii wśród mężczyzn w średnim wieku wykazały, że zwiększone oczekiwania w pracy są ważnym czynnikiem ryzyka niedokrwiennej choroby serca. Istotną rolę odgrywał także brak wsparcia ze strony kierownictwa i współpracowników, a w życiu rodzinnym ze strony współmałżonka.



Wielu autorów (m.in. Karasek, 1988; Makowiec-Dąbrowska, 1993; Dudek i in., 1999) podkreśla, że istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia, a zwłaszcza niedokrwinną chorobę serca, jest duże obciążenie psychiczne pracą. W badaniach Makowiec-Dąbrowskiej i Bortkiewicz (1990), przeprowadzonych na przedstawicielach kadry kierowniczej dużych zakładów przemysłowych, wykazano, że obciążenie psychiczne w czasie pracy powoduje wzrost częstości skurczów serca zarówno w czasie pracy, jak i po jej zakończeniu, a także w czasie snu. Autorzy stwierdzili także, że przedłużona w czasie reakcja układu krążenia na obciążenie psychiczne w pracy zawodowej występuje głównie u mężczyzn. U kobiet reakcja ta, w postaci zwiększenia częstości skurczów serca, ograniczała się do godzin pracy.

Również badania przeprowadzone w USA (*Health Examination Survey* – HES i *Health and Nutrition Examination Survey* – HNES) potwierdziły związek zachodzący między zachorowalnością na zawał serca a pracą o dużym obciążeniu psychicznym. Co ciekawe, związek obciążenia psychicznego z ryzykiem zawału serca był znacznie silniejszy niż rola takich czynników, jak palenie tytoniu czy poziom cholesterolu (Karasek, 1988).

Obciążenie psychiczne pracą oraz brak kontroli są także istotnymi czynnikami prowadzącymi do zaburzeń w stanie zdrowia psychicznego pracowników. Karasek i Theorell (1990) wykazali, że osoby pracujące w warunkach dużego obciążenia psychicznego, posiadające niewielkie możliwości kontrolowania własnej aktywności w pracy oraz ograniczony zakres wykorzystywania swych umiejętności, charakteryzowały się wysokim wskaźnikiem występowania depresji. Także w polskich badaniach, w których uczestniczyły urzędniczki pracujące przy komputerach, wykazano, że niski zakres kontroli w pracy zwiększał dolegliwości zdrowotne (ból oczu, ramion, kręgosłupa) oraz negatywnie wpływał na poczucie zadowolenia z pracy (Widerszal-Bazył, 2000).

Stwierdzono także istotny związek takich czynników, jak praca zmianowa, niskie zróżnicowanie zadań czy wykonywanie monotonicznych czynności z gorszym stanem zdrowia i brakiem zadowolenia z pracy (Cooper, Marshall, 1987; Łoboda, 1990). W badaniach Pokorskiego i Costy (1998) zaobserwowano częstsze występowanie zaburzeń przewodu pokarmowego, a także obniżenie apetytu lub jego wyraźny wzrost u pracowników zatrudnionych w systemie zmianowym. Zagrożenie chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy u pracowników zmianowych było 2–5 razy większe niż u pracowników dziennych. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że zaburzenia występujące w postaci niepokoju, depresji wymagające leczenia przez okres dłuższy niż 3 miesiące, występowały u 22% pracowników zatrudnionych w systemie tryzmianowym, 9% – dwuzmianowym, 4% pracowników dziennych i aż u 64% pracowników pracujących wyłącznie w nocy. Konsekwencje pracy zmianowej obserwowane są przede wszystkim w pracy personelu medycznego.

Do innych czynników związanych z doświadczanym stresem i warunkujących stan zdrowia pracowników należy zaliczyć także oddziaływanie systemu podziału zadań, struktury organizacyjnej zakładu, a głównie układu grup formalnych i nieformalnych występujących w danym środowisku pracy, relacji między pracownikami, system wynagrodzeń, możliwości awansu. Innymi słowy, nieprawidłowo ukształtowane psychospołeczne środowisko pracy może wpływać na stan zdrowia jednostki i być współodpowiedzialne za tzw. zjawisko ucieczki w chorobę. Według Karaska (1988), najgroźniejszy dla zdrowia jest taki rodzaj pracy, która stawia pracownikowi wysokie wymagania i w której jednostka ma niski stopień swobody w jej wykonywaniu oraz nie może liczyć na wsparcie społeczne.

Z najnowszych badań dotyczących związku między występowaniem stresorów w miejscu pracy, a stanem zdrowia psychicznego, przeprowadzonych na grupie 1120 pracowników reprezentujących zawody usług społecznych wynika, że czynnikami, które najsilniej wiązały się z zaburzeniami w stanie zdrowia były: obciążenie psychiczne pracą, brak nagród, brak wsparcia i odpowiedzialność (Ogińska-Bulik, 2006a).

Stres doświadczany w miejscu pracy, zwłaszcza jeśli ma charakter chroniczny, może prowadzić do zespołu wypalenia zawodowego. Zespół ten, jak wskazuje Ch. Maslach (1998), przejawia się w postaci wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Z badań wynika, że czynniki psychospołeczne występujące w miejscu pracy, takie jak: obciążenie psychiczne pracą, brak nagród, wsparcia czy niepewność organizacyjna są najsilniej związane z występowaniem tego zespołu (Ogińska-Bulik, 2006a).

### 2.3.1.2. Zespół stresu pourazowego – PTSD

W następstwie doświadczenia lub bycia świadkiem zagrażających życiu zdarzeń, takich jak klęski żywiołowe, akty terrorystyczne, walka w czasie wojny, poważne wypadki lub akty przemocy, może pojawić się zespół objawów diagnozowany jako „zespół stresu pourazowego” lub „zespół stresu potraumatycznego” (*Post-Traumatic Stress Disorder* – PTSD). Jest to reakcja na doświadczanie sytuacji traumatycznych, z reguły krótkotrwałych ale wzbudzających silne emocje.

Wprowadzenie nowej jednostki chorobowej wynikało z nagromadzenia licznych obserwacji klinicznych i wyników badań. Doświadczenia obydwu wojen światowych dostarczyły wielu dowodów świadczących o tym, iż stres wojenny może się stać przyczyną różnych zaburzeń somatycznych i psychicznych, patologii zachowania, nadużywania alkoholu i narkotyków. Podobne zaburzenia rozpoznawano u weteranów wojny wietnamskiej, u ofiar holocaustu, ale również u ofiar innych zdarzeń traumatycznych, takich jak akty przemocy, czy naturalne kataklizmy. Na podstawie zebranych informacji opracowano kryteria diagnostyczne, stano-

wiące podstawę rozpoznania charakterystycznych objawów stresu potraumatycznego, czyli trwałych zaburzeń psychicznych, które mogą wystąpić u normalnych ludzi w wyniku ekstremalnie przykrych doświadczeń. Rozpoznanie PTSD po raz pierwszy wprowadzono w roku 1980 do trzeciego wydania klasyfikacji DSM-III, a następnie zmodyfikowano w obowiązującej od roku 1994 klasyfikacji DSM-IV. Podobny zespół został wyróżniony w roku 1992 w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – ICD-10.

## Traumatyczny stresor

W diagnozie PTSD kluczowe znaczenie ma pojęcie traumatycznego zdarzenia. Wskazuje się również na celowość stosowania pojęcia „zdarzenie potencjalnie traumatyczne”, gdyż ryzyko wystąpienia traumy zależy nie tylko od typu zdarzenia (Lis-Turlejska, 2009). W pierwszej klasyfikacji (w DSM-III, w DSM-III-R) stresorem o charakterze traumatycznym określano zdarzenie wykraczające poza zakres normalnych ludzkich doświadczeń, które wywoływałoby znaczące objawy stresu u prawie każdego człowieka. Chodziło więc o tak skrajne zdarzenia, jak wojna, klęski żywiołowe, katastrofy czy akty terrorystyczne, różniące się od bardziej powszechnych zdarzeń stresowych, występujących np. w postaci poważnej choroby czy rozwodu. Podobnie zdarzenie traumatyczne zdefiniowano w klasyfikacji ICD-10 podkreślając „katastroficzny” charakter stresora, który wywołałby poważne objawy stresu prawie u każdego.

W obowiązującej obecnie klasyfikacji zaburzeń (DSM-IV) traumatyczny stresor określono bardziej precyzyjnie wiążąc go z zagrożeniem życia lub poważnym uszkodzeniem ciała albo zagrożeniem fizycznej integralności, a osoba doświadczająca takiego zdarzenia przeżywa intensywny lęk, bezradność i zagrożę. Zrezygnowano więc z bardzo wieloznacznego określenia stresora wykraczającego „poza zakres ludzkich doświadczeń” i zwiększono nacisk na zagrożenie jednostki. Tak więc trzęsienie ziemi czy powódź byłyby traumą wtedy, gdyby wiązały się z zagrożeniem życia jednostki.

Ocena, iż dana osoba była narażona na zdarzenie traumatyczne, wymaga spełnienia dwóch kryteriów:

- Osoba doświadczyła, była świadkiem lub została skonfrontowana ze zdarzeniem lub zdarzeniami, w których ktoś poniósł śmierć, doznał poważnych obrażeń lub zaistniała groźba śmierci, poważnych obrażeń albo utraty fizycznej integralności (własnej lub innych).
- Reakcję osoby na to zdarzenie charakteryzuje intensywny strach, bezradność lub zgroza. Uwaga: u dzieci objawy te mogą zostać zastąpione dezorganizacją zachowania, niepokojem ujawniającym się z zachowaniu” (APA, 1994, za: Dudek, 2003).

## Trzy kategorie symptomów PTSD

Poza wystąpieniem traumatycznego stresora diagnoza zaburzeń po stresie traumatycznym wymaga stwierdzenia występowania trzech grup objawów.

- Traumatyczne zdarzenie uporczywie powraca i jest przeżywane w postaci powtarzających się i stresogennych wspomnień, powracających snów dotyczących traumy, poczucia ponownego przeżywania zdarzenia traumatycznego.
- Występuje uporczywe unikanie bodźców związanych z traumą i zmniejszenie ogólnej reaktywności, takie jak unikanie myśli, uczuć lub rozmów związanych z traumą, unikanie działań, miejsc lub ludzi, którzy wywołują wspomnienia zdarzenia traumatycznego.
- Utrzymują się objawy wzmożonego pobudzenia psychofizjologicznego, takie jak trudności z zasypianiem, płytki sen, częste przebudzenia, gwałtowne wybuchy złości, trudności z koncentracją uwagi, wzmożona czujność.

Doświadczenie wskazuje, iż wiele z wymienionych objawów występuje prawie u każdej osoby po zdarzeniu traumatycznym, tym samym są to normalne, a nie patologiczne reakcje. Z kolei u innych ofiar drastycznych zdarzeń traumatycznych pełny zestaw objawów utrzymuje się krótko. Dlatego też jako kryterium rozpoznania należy również uwzględnić czas trwania symptomów. Spowodowało to wprowadzenie w DSM-IV nowej, specyficznej jednostki chorobowej, nazwanej „ostre zaburzenie potraumatyczne” (*Acute Stress Disorder – ASD*), na określenie występowania symptomów PTSD trwających krócej niż jeden miesiąc. Poza trzema kategoriami objawów charakterystycznych dla PTSD, tj.: natrętne nawracanie, unikanie i wzmożone pobudzenie, dołączono czwartą kategorię, mianowicie reakcje dysocjacyjne (Bryant, Harvey, 2003). Natomiast rozpoznanie PTSD wymaga, aby czas trwania wymienionych trzech kategorii objawów był dłuższy niż jeden miesiąc.

## Mechanizmy rozwoju zaburzenia po stresie traumatycznym

Wskazuje się na dwa mechanizmy, które mogą prowadzić do powstawania PTSD, tj. mechanizm neurologiczny i psychologiczny. W pierwszym zwraca się uwagę na zaburzenia mechanizmu aktywacji i wskazuje, że rozwój PTSD jest wynikiem neurologicznej nadwrażliwości oraz utrzymującej się aktywacji w podkorowych strukturach układu limbicznego (Gellhorn, za: Dudek, 2003). Z kolei psychologiczny mechanizm rozwoju PTSD odwołuje się do psychologii kognitywnej i pojęcia schematów poznawczych. Najbardziej znana teoria niedopasowania M. Horowitzza zakłada, iż jednostka doświadczająca PTSD charakteryzuje się pewnymi utrwalonymi schematami poznawczymi, dotyczącymi przekonań i oczekiwań związanych z przyszłością i wynikającymi z jej doświadczeń życiowych. Docierające nowe informacje osoba stara się przetworzyć i dopasować do już istniejących schematów, lecz ponie-

waż najczęściej są one niezgodne z istniejącymi strukturami, które zawierają treści przedstawiające świat jako bezpieczny, dlatego nie można ich zasymilować i włączyć w istniejące schematy poznawcze (Dudek, Koniarek, 2004).

Obydwa mechanizmy wyjaśniające rozwój PTSD raczej się uzupełniają niż wykluczają, stąd też trudno wyjaśnić proces powstawania i przebiegu PTSD odwołując się wyłącznie do jednego z nich. Według M. Horowitza (za: Lis-Turlejska, 1998) można wyodrębnić 5 faz reakcji potraumatycznej. Są to:

- faza krzyku, jako bezpośrednia reakcja na zdarzenie, w której mogą wystąpić emocje strachu, smutku, wściekłości;
- faza zaprzeczania, w której jednostka ignoruje zagrożenie lub stratę;
- faza intruzji, podczas której powracają myśli, emocje i obrazy związane z traumą;
- faza przepracowania, w której dochodzi do utworzenia nowych schematów lub zrewidowania istniejących, dzięki czemu następuje stopniowe odbudowywanie wewnętrznej równowagi;
- faza zakończenia, finalizująca proces przetwarzania zdarzenia traumatycznego, w której dochodzi do utrwalenia się nowych schematów związanych z doznaną traumą.

A. McFarlane i R. Yehuda (1995) podają, że PTSD nie tyle rozwija się jako bezpośrednie następstwo zdarzenia traumatycznego, co raczej powstaje na skutek silnej reakcji pourazowej uruchamianej przez to zdarzenie. Rozwój chronicznego PTSD jest więc wynikiem braku możliwości poradzenia sobie z bezpośrednią reakcją na traumę. Czynnikiem, które wpływają na obraz i nasilenie bezpośredniej reakcji na doświadczane wydarzenie są wsparcie społeczne, osobowość, inne zdarzenia życiowe, przeszłe doświadczenia oraz cechy biologiczne.

### **Pomiar stresu pourazowego**

Sposób definiowania traumatycznego stresora, przyjęty w klasyfikacji DSM-IV ma istotne znaczenie dla badań empirycznych i studiów klinicznych dotyczących PTSD (Lis-Turlejska, 2009). Mniejszy nacisk kładzie się na obiektywne cechy traumy, której można doświadczyć osobiście lub podlegać konfrontacji z zagrożeniem fizycznej integralności, wzrasta zaś subiektywne znaczenie przypisane reakcji jednostki w obliczu stresora.

Do pomiaru PTSD wykorzystuje się ustrukturyzowany wywiad i standaryzowane kwestionariusze samooceny. Wywiad jest z pewnością lepszą metodą pomiaru poziomu i nasilenia reakcji potraumatycznych, lecz posiada dwie wady, a mianowicie: 1. może być stosowany przez psychiatrów i psychologów klinicznych, a do tego po odpowiednim przeszkoleniu, 2. czas przeprowadzenia wywiadu wynosi od 1 do 2 godzin. Z tych też względów bardziej popularne stały się kwestionariusze, które – jak wynika z przeglądu literatury ostatnich 20 lat dokonanego przez E. Sundina i M. Horowitza (2003) – okazują się bardzo przydatne do badania stresu związanego z różnymi sytuacjami traumatycznymi, głównie u dorosłych, rzadziej

u dzieci. Prowadzone badania dotyczą traumatycznych doświadczeń związanych z klęskami żywiołowymi, jak trzęsienie ziemi, z wojną, aktami terrorystycznymi, w tym tragedią *World Trade Center*, reakcjami traumatycznymi u ofiar przestępstw seksualnych, osób okaleczonych, oparzonych, u osób z rozpoznaną chorobą nowotworową, pozbawionych wolności.

W literaturze opisano wiele narzędzi do pomiaru ekspozycji na różnego rodzaju zdarzenia traumatyczne. Ich użyteczność praktyczna jest zróżnicowana, biorąc pod uwagę poprawność metodologiczną i spełnianie standardów psychometrycznych. Do takich narzędzi można zaliczyć m. in.: *Traumatic Life Events Questionnaire* – TLEQ, Kubany i in., *Evaluation of Lifetime Stressors* – ELS, Krinsley i in., *Stressful Life Events Screening Questionnaire* – SLESQ, Goodman i in. (za: Lis-Turlejska, 2009).

W Polsce opracowano kilka narzędzi do pomiaru PTSD. Jednym z nich jest *Kwestionariusz Zespołu Stresu Pourazowego Mississippi*, którego treść pytań odnosi się do objawów PTSD wymienionych w DSM-III-R oraz depresyjności, tendencji samobójczych i poczucia winy (Lis-Turlejska, Łuszczynska-Cieślak, 2001). Badania prowadzono na grupach strażaków, osób uzależnionych od alkoholu, kobiet doznających przemocy ze strony partnera i u studentów. W Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, na podstawie ustrukturyzowanego wywiadu (PTSD-I) Ch. Watsona i wsp. skonstruowano *Kwestionariusz do Pomiaru Zaburzenia po Stresie Traumatycznym* (K-PTSD, Koniarek i in., 2000). Jego stosowanie jest uciążliwe ze względu na czas wymagany na ustosunkowanie się do wszystkich pytań. J. Strelau i in. (2002) opracowali *Kwestionariusz PTSD – wersja czynnikowa* (PTSD-C) do diagnozy głównych wymiarów zespołu stresu pourazowego, uwzględniający 3 kryteria PTSD.

Jednym z bardziej znanych narzędzi do pomiaru PTSD jest Skala Wpływu Zdarzeń (*The Impact of Event Scale* – IES). Pierwsza wersja tego narzędzia obejmowała dwa wymiary, tj.: intruzję i unikanie (Horowitz i in., 1979). W Polsce obszerne badania przy użyciu tej skali prowadziła Lis-Turlejska (1998) potwierdzając jej dużą użyteczność w różnych sytuacjach. Wersja zrewidowana – IES-R (Weiss, Marmar, 1997), uwzględniająca trzy wymiary składające się na PTSD, została zaadaptowana przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2009), zgodnie z przyjętymi zasadami adaptacji transkulturowej. IES-R składa się z 22 twierdzeń opisujących objawy odczuwanego stresu w ostatnich 7 dniach w związku z doświadczonym zdarzeniem traumatycznym. Oceny dokonuje się na 5-stopniowej skali typu Likerta (0–4). Skala służy do ustalenia aktualnego, subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałym specyficznym zdarzeniem, na który składają się:

- intruzja, wyrażająca powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą,
- pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi,

- unikanie, przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą.

IES-R służy do badania osób dorosłych, które uczestniczyły w określonym zdarzeniu traumatycznym, jak naturalne katastrofy, wypadki czy akty przemocy lub też należą do grup zawodowych narażonych na ryzyko wystąpienia traumy. Skalę można wykorzystywać do monitorowania zmian w nasileniu reakcji potraumatycznych. IES-R jest narzędziem samoopisu, którego wypełnienie zajmuje nie więcej niż 10 minut. Najpierw badany podaje o jakie zdarzenie chodzi, a następnie ocenia nasilenie występujących objawów w skali od 0 – wcale nie, 1 – w małym stopniu, 2 – umiarkowanie, 3 – w znacznym stopniu, 4 – zdecydowanie tak.

Polska adaptacja skali posiada dobre właściwości psychometryczne. Dwukrotne badanie 25 osobowej grupy strażaków w odstępie 14 dni dało zadowalające wyniki stałości, tj. 0,75 dla całej skali oraz 0,79; 0,76 i 0,68 dla 3 wymiarów. Przeprowadzona analiza potwierdziła trójczynnиковą strukturę ustaloną dla wersji oryginalnej. Wszystkie 3 czynniki wyjaśniają prawie 66% wariacji, w tym największy czynnik dotyczący *intruzji*. Trafność konwergencyjną IES-R ustalono porównując uzyskane wyniki z liczbą doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Liczba zdarzeń koreluje umiarkowanie z wynikiem ogólnym, wyżej z *podbudzeniem*, niżej z *unikaniem* (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

Można zakładać, że doświadczanie objawów stresu potraumatycznego zależy od tego, jak człowiek radzi sobie ze stresem. W przeprowadzonych badaniach własnych stwierdzono, iż *dyspozycyjne style* radzenia sobie korelują z nasileniem objawów stresu potraumatycznego, który jest niższy u osób akceptujących zdarzenie czy też dostrzegających w nim wartości dla swojego rozwoju. Większe nasilenie PTSD występuje u osób, które w trudnej sytuacji skłonne są do zaprzestania podejmowania działań, wyładowania swoich emocji, a więc ogólnie, stosujących mało przystosowawcze sposoby radzenia sobie ze stresem.

W ocenie wyniku skali wskazane jest przyjęcie wartości granicznej, od której wyniki osoby badanej uznać można za wskazujące na występowanie stresu po doświadczeniu traumy. W różnych badaniach wartość graniczna oscyluje w granicach od 1,4 (jeżeli obliczamy średni wynik) lub 30 punktów (gdy obliczamy sumę dla całej skali; Asukai i in., 2002), do 1,5 lub 33 punkty (analogicznie jak poprzednio; Creamer i in., 2003). Dla polskiej wersji IES-R za wartość graniczną przyjęto średni wynik 1,5 dla ogólnego wskaźnika skali. Wynik powyżej tego punktu można więc traktować jako wskaźnik PTSD. Przy bardziej restrykcyjnym podejściu, uzasadnionym obowiązującymi kryteriami rozpoznawania PTSD, diagnozę PTSD można by podejrzewać tylko u tych osób, którzy uzyskują wyniki powyżej punktu przecięcia (pow. 1,5) w każdym z trzech wymiarów. W opisanej powyżej grupach wyniki takie uzyskało 51% kobiet po mastektomii, 9% pacjentów po stomii, 6,2% strażaków oraz 5,9% więźniów i matek chorych dzieci. PTSD jest więc stosunkowo rzadkim skutkiem uczestnictwa w zdarzeniu traumatycznym.

W zależności od rodzaju zdarzenia diagnoza PTSD dotyczy od kilku do kilkunastu procent uczestników.

Wyniki badań IES-R osób narażonych na zdarzenia traumatyczne wymagają skonfrontowania z obiektywnymi wskaźnikami stresu. W badaniach niemieckich (Baumert i in., 2004), przeprowadzonych na grupie 129 pacjentów kardiologicznych z wszczepionym defibrylatorem, korelowano zmienne IES-R z parametrami psychofizjologicznymi, potwierdzając wysoką trafność wymiarów intruzji i unikania, zaś umiarkowaną wymiaru pobudzenia. W innych badaniach okazało się, że wymiar pobudzenia jest dobrym predyktorem traumy (Briere, 1997).

### Poziom narażenia i częstość rozwoju PTSD

Ocena rozpowszechnienia zaburzeń pourazowych zależy nie tylko od przyjętej definicji traumy, lecz również od stosowanych narzędzi pomiaru. Zagrożenie zdarzeniami traumatycznymi, jak wynika z badań R. Kesslera (2000), jest zróżnicowane w zależności od doświadczanego zdarzenia traumatycznego i wynosi: dla gwałtu 65% u mężczyzn i 46% u kobiet, dla walki na froncie – 39%, napaści seksualnej innej niż gwałt – 12% dla mężczyzn i 27% dla kobiet. W populacji ogólnej ryzyko nie przekracza kilku procent. Należy jednak pamiętać, iż w pewnych grupach zawodowych narażenie jest znacznie większe, gdyż udział w zdarzeniach traumatycznych należy niejako do obowiązków zawodowych. Źródła kanadyjskie i amerykańskie podają, że około 90% strażaków przynajmniej raz na przestrzeni roku doświadczyło zdarzenia o charakterze traumatycznym (Corneil i in., 1999). U części z tych osób rozwinęły się objawy PTSD.

Dotychczasowe, nieliczne badania polskie, dotyczą katastrof, jak np. pożaru w Stoczni Gdańskiej czy powodzi na Dolnym Śląsku (Bokszczanin, 2004, Kaniasty, 2003). Badano również reakcje traumatyczne pacjentów na okaleczające zabiegi chirurgiczne (Widera i in., 2003). Najczęściej prowadzi się badania grup zawodowych szczególnie narażonych na wystąpienie określonego rodzaju zdarzenia traumatycznego, które może prowadzić do rozwoju PTSD. Do grup tych zalicza się przede wszystkim służby ratownicze, tj. strażaków, zespoły pogotowia ratunkowego i policjantów (Dudek, 2003; Dudek, Koniarek, 2004; Koniarek, Dudek, 2001, Ogińska-Bulik, Langer, 2007). W badaniach przeprowadzonych na reprezentacyjnej próbie polskich strażaków, 86% spośród badanych potwierdzało doświadczenie traumatycznego zdarzenia przynajmniej raz w ciągu służby, niewiele mniej (72%) członków zespołów pogotowia ratunkowego i nieco ponad połowa (57%) policjantów (Dudek, 2003; Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg, 2006).

Lis-Turlejska (2005) zbadała 475 studentów siedmiu warszawskich uczelni wyższych, z których aż 3/4 podało przeżycie przynajmniej jednego traumatycznego zdarzenia, zaś ich średnia liczba wyniosła wśród mężczyzn 2,21



(SD=1,67), a wśród kobiet 1,68 (SD=1,69). U kobiet najczęściej chodziło o utratę kogoś bliskiego (23,1%), doznawanie przemocy fizycznej w dzieciństwie (22,5%), zagrażający życiu wypadek (21,2%) i obserwacja zabójstwa/napadu (19,4%). Wśród mężczyzn najczęstszym zdarzeniem traumatycznym były doznanie rozboju/napadu (40,6%), zagrażający życiu wypadek (28,7%), doznawanie przemocy fizycznej w dzieciństwie (24,5%), obserwowanie zabójstwa/napadu (23,9%), doznanie przemocy fizycznej w dorosłości (20,3%) i zagrożenia bronią (16,6%) (Lis-Turlejska, 2009, s. 29). Na podstawie pomiaru skalą IES (mierzącą dwa wymiary PTSD) wysoce prawdopodobna diagnoza dotyczyłaby 18,0% (przy mniej) lub 10,4% (przy bardziej restrykcyjnych kryteriach) osób z badanej próbki studentów.

Częstość rozpoznań PTSD zależy od rodzaju zdarzenia traumatycznego. Sytuacją związaną z wysokim ryzykiem rozwoju PTSD są działania wojenne. Wśród badanych weteranów wojny wietnamskiej rozpoznano PTSD w przeszłości u 31%, zaś trwające nadal u 15%. U weteranów wojny w Zatoce Perskiej, po 6 miesiącach od jej zakończenia, PTSD stwierdzono u 9% badanych. Gdyby siłę zdarzeń traumatycznych mierzyć częstością rozwoju PTSD u ofiar, to – jak zauważa Dudek (2003) – do najsilniejszych należałoby zaliczyć gwałt. natomiast stosunkowo niewielki procent ofiar naturalnych katastrof cierpi z powodu PTSD.

W badaniach cywilnych ofiar wojny w Kosowie w badanej próbce 214 osób aż 83% potwierdzało doświadczenie traumy, ujawniając zarazem wysoki poziom dyskomfortu psychicznego. Predyktorami PTSD okazały się poczucie własnej wartości i negatywny afekt, natomiast mało znaczące okazało się poczucie satysfakcji z życia (Morina, von Collani, 2006). Uważa się, że w badaniach stresu potraumatycznego należy uwzględniać takie cechy osobowości, jak np. odporność psychiczna, traktowana jako bufor chroniący przed ekstremalnym stresem, a równocześnie wpływający na przystosowanie się i samopoczucie (Bonano i in., 2002).

Interesujące wydają się doniesienia z badań dotyczących adaptacji do doświadczonej traumy, pokazujące pozytywne strony stresu w postaci rozwoju jednostki, ukształtowania się nowego sposobu myślenia i zachowania. Dla przykładu, w badaniach greckich chorych onkologicznie, a więc zagrożonych utratą życia, objawy PTSD wiązały się z chemioterapią. Im większe występowało poczucie zagrożenia, tym większy wzrost, przewartościowanie dotychczasowego życia, dostrzeganie dotychczas niedocenianych stron swojego życia (Mystakidou i in., 2007). Podobne wyniki w odniesieniu do świadków sytuacji traumatycznej związanej z atakiem terrorystycznym na World Trade Center w Nowym Yorku, w 2001 roku, uzyskano w badaniach Fredrickson i Tugade (2003).