

POLSKA AKADEMIA NAUK
INSTYTUT PSYCHOLOGII

Mgr Olga Dussart

**Psychologiczne konsekwencje traumatycznych doświadczeń u
młodzieży z opieki zastępczej. Rola wsparcia społecznego,
zachowań prospołecznych i kreatywności**

Psychological consequences of traumatic experiences in youth in foster care. The role of social support, prosocial behavior, and creativity

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem:
Dr hab. Anny Bokszczanin, prof. UO

Spis treści

Wstęp	5
Rozdział 1.	9
1.1 Charakterystyka opieki zastępczej w Polsce	9
1.2 Zdarzenia traumatyczne	13
1.2.1 Definicje zdarzenia traumatycznego	13
1.2.2 Charakterystyka zdarzeń traumatycznych u dzieci i młodzieży	15
1.2.3 Negatywne skutki traumy złożonej u dzieci i młodzieży	22
1.2.4 Trauma złożona u dzieci i młodzieży w opiece zastępczej	29
1.2.5 Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych u dzieci i młodzieży	30
1.2.6. Czynniki nasilające negatywne skutki traumatycznych zdarzeń	37
1.2.7. Czynniki chroniące przed negatywnymi skutkami traumatycznych zdarzeń	41
1.3 Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze skutkami doświadczonej traumy	43
1.3.1. Definicje i mechanizmy działania wsparcia społecznego	43
1.3.2 Rola wsparcia społecznego w badaniach młodzieży przebywającej w opiece zastępczej	50
1.4 Zachowania prospołeczne a radzenie sobie ze skutkami doświadczonej traumy	54
1.4.1 Definicje i psychologiczne mechanizmy działania zachowań prospołecznych	54
1.4.2 Rola zachowań prospołecznych w badaniach dzieci i młodzieży przebywających w opiece zastępczej	59
1.5 Kreatywność a radzenie sobie ze skutkami doświadczonej traumy	62
1.5.1 Definicja i psychologiczne mechanizmy działania kreatywności	62
1.5.2. Kreatywność w badaniach dzieci i młodzieży przebywających w pieczy zastępczej	68
Rozdział 2. Metodologia badań własnych	71
2.1 Problem badawczy i jego uzasadnienie	71
2.2 Cel pracy i pytania	77
2.3 Hipotezy badawcze	78
2.4 Opis grupy badanej	82
2.5 Opis procedury badania	85
2.6 Narzędzia badawcze	88
2.7 Zmienne uwzględnione w badaniu oraz ich wskaźniki	93
2.8 Statystyczna analiza danych	95
2.9 Kwestie etyczne badania naukowego	96
Rozdział 3. Wyniki badań własnych	98

3.1 Statystyki opisowe	98
3.2 Analiza wyników korelacji pomiędzy zmiennymi uwzględnionymi w badaniu	103
3.3 Analiza związku płci oraz zmiennych związanych z opieką zdrowotną oraz zmiennymi uwzględnionymi w badaniu własnym.....	113
3.4 Analizy regresji hierarchicznej przewidujące nasilenie objawów psychopatologicznych w zależności od zmiennych związanych ze wsparciem społecznym	118
3.5 Analiza regresji hierarchicznej przewidujące nasilenie objawów psychopatologicznych w zależności od zmiennych związanych ze zachowaniami prospołecznymi	123
3.6 Analiza regresji hierarchicznej przewidujące nasilenie objawów psychopatologicznych w zależności od zmiennych związanych ze kreatywnością .	126
3.7 Analiza regresji hierarchicznej przewidujące nasilenie objawów psychopatologicznych w zależności od zmiennych związanych ze wsparciem społecznym, zachowaniami prospołecznymi i kreatywnością	130
3.8 Analizy mediacyjne dla zmiennych niezależnych w relacji między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi	137
3.8.1 Mediacyjna rola spostrzeganego wsparcia społecznego w relacji między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi.....	137
3.8.2 Analiza mediacyjna roli zachowań prospołecznych w relacji między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych.....	140
3.8.3 Analizy mediacyjne roli kreatywności w relacji między traumą złożoną i nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych	141
3.9 Analiza równań strukturalnych.....	142
3.10 Analizy dodatkowe	146
3.10.1 Analizy moderacyjne dla zmiennych niezależnych w relacji między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi	146
3.10.2 Analiza eksploracyjna mediacyjnej roli spostrzeganego wsparcia społecznego w relacji zachowania prospołeczne a nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych.....	148
3.11. Podsumowanie	149
Rozdział 4. Dyskusja	151
4.1. Trauma złożona i jej psychologiczne konsekwencje u młodzieży przebywających w pieczy instytucjonalnej.....	152
4.2. Rola spostrzeganego wsparcia społecznego	159
4.3. Rola zachowań prospołecznych.....	162
4.4. Rola kreatywności.....	165
4.5. Wyniki dodatkowe	169

4.6. Praktyczne implikacje wyników badania własnego	169
4.7. Ograniczenia projektu badawczego oraz kierunki dalszych badań	171
Zakończenie	175
Bibliographia	177
Spis tabel.....	198
Spis rysunków	200
Załączniki.....	202
Załącznik 1. Pismo skierowane do Dyrektorów Placówek Opiekuńczo- Wychowawczych	202
Załącznik 2. Informacja dla rodziców dotycząca przeprowadzenia badania naukowego	204
Załącznik 3. Skala „Historia traumy”	205
Załącznik 4. Ankieta osobowa wychowanka.....	206
Załącznik 5. Ankieta demograficzna dla wychowanka oraz zaproszenie do udziału w badaniu naukowym	207
Załącznik 6. Zrewidowana Skala wpływu zdarzeń (N. Ogińska-Bulik i M. Kobylarczyk, 2018)	208
Załącznik 7. Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” ((Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman, 2002; adaptacja polska Mazur J., Tabak I., Kołło H, 2007)	209
Załącznik 8. Wielowymiarowa skala spostrzeganego wsparcia społecznego (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, G. Zimet i współpracownicy, 1988; adaptacja polska Buszman i Przybyła-Basista, 2017)	211
Załącznik 9. Skala kreatywności (J. Kaufman, wersja polska Karwowski, 2016; adaptacja własna).....	212

Wstęp

Liczba dzieci przebywających w pieczy zastępczej jest w Polsce wysoka (75,3 tys. w roku 2023). Są to dzieci i młodzież w wieku od 0 do 18 lat, pozbawione całkowicie lub częściowo opieki rodziny naturalnej. W tej grupie znajduje się 17,2 tys. osób, które przebywały w pieczy instytucjonalnej, najczęściej w „domach dziecka”. Do placówek opiekuńczo-wychowawczych kierowane są dzieci, których rodziny nie wywiązują się z obowiązku prawidłowej opieki. Dane statystyczne prezentowane przez Rzecznika Praw Dziecka w 2016 roku (Szymańczak, 2016) sugerują, że dzieci i młodzież przebywające w systemie opieki zastępczej niejednokrotnie spełniają kliniczne kryteria doświadczenia traumy złożonej, chociaż jak dotąd nie ma jednoznacznych badań prowadzonych w Polsce w tym zakresie.

Tematem proponowanego projektu badawczego są psychologiczne efekty traumy złożonej u młodzieży przebywającej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Trauma złożona jest tutaj rozumiana jako doświadczenie wielokrotnych, silnie stresujących wydarzeń, jak np. fizycznego znęcania, wykorzystywania seksualnego, wykorzystywania emocjonalnego, zaniedbywania czy przemocy w rodzinie. Problem ten jest ważny z uwagi na fakt, iż u dzieci i młodzieży z traumą złożoną częściej obserwuje się występowanie rozległych i różnego typu zaburzeń. W związku z tym uważa się, że dzieci i młodzież z opieki zastępczej powinny być objęte szczególną, specjalistyczną opieką i terapią. Doznanie traumy złożonej w okresie dzieciństwa i adolescencji może mieć negatywny wpływ na życie w okresie dorosłości, dlatego niezbędna jest prawidłowa ocena stanu psychicznego oraz całościowe podejście w pracy terapeutycznej jeszcze na wczesnych etapach rozwoju dziecka.

Celem prezentowanego projektu jest także ocena objawów psychopatologicznych oraz identyfikacja czynników blokujących i osłabiających negatywne efekty traumy złożonej, biorąc pod uwagę, że obecna literatura wskazuje na to, że nie zawsze po doświadczeniu traumatycznym występują objawy psychopatologiczne. Szczególna uwaga jest poświęcona pytaniu czy i w jakim zakresie ochronną rolę dla zdrowia psychicznego młodzieży z placówek opiekuńczo-wychowawczych pełni spostrzegane wsparcie społeczne (otrzymywane od rodziny, przyjaciół oraz osoby bliskiej), zachowania prospołeczne oraz kreatywność.

Wyniki badania pomogą w lepszej ocenie sytuacji zdrowotnej i społecznej adolescentów po doświadczeniach traumatycznych. Poznanie psychologicznych czynników ochronnych pomoże także w zorganizowaniu dostosowanej do potrzeb młodzieży pomocy profilaktycznej, aby zapobiec występowaniu nasilenia objawów potraumatycznych.

Rozprawa doktorska składa się z czterech rozdziałów, które obejmują wprowadzenie teoretyczne do badanego tematu, opisu metodologii badania, wyników oraz dyskusji wyników. Rozdział pierwszym zostanie podzielony na pięć podrozdziałów w celu analizy pieczy zastępczej w Polsce, pojęcia traumy oraz czynników warunkujących występowania objawów potraumatycznych. Pierwszy podrozdział będzie dotyczyć analizy pieczy zastępczej w Polsce, gdzie są opisane dane statystyczne dotyczące ilości placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz wychowanków przebywających w nich. Ponadto w danym podrozdziale będzie poruszony temat kontekstu rodzin biologicznych dzieci przebywających w opiece zastępczej oraz potencjalnych przyczyn umieszczenia dzieci i młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. W drugim podrozdziale będzie poruszana tematyka dotycząca zdarzeń traumatycznych u dzieci i młodzieży: definicja, ich klasyfikacja oraz występowanie konsekwencji związanych z doświadczeniem traumatycznym. Szczegółową uwagę zwróci się w tym podrozdziale na traumę złożoną i jej konsekwencje dla dzieci w wieku rozwojowym. Trzeci podrozdział zostanie poświęcony jednemu z najbardziej badanych czynników ochronnych w przypadku doświadczeń traumatycznych, czyli wsparciu społecznemu. Dany podrozdział dotyczy definicje pojęcia wsparcia społecznego, analiza podejść teoretycznych oraz badań dotyczących roli wsparcia społecznego w relacji między traumatycznym zdarzeniem a nasileniem objawów psychopatologicznych. W czwartym podrozdziale zostanie opisana definicja oraz podejścia teoretyczne dotyczące zachowań prospołecznych jako czynnika chroniącego przed natężeniem objawów potraumatycznych. Również zostanie przedstawiona analiza badań dotyczących roli zachowań prospołecznych w związku między traumą a występowaniem objawów psychopatologicznych. W ostatnim, piątym podrozdziale zostanie poruszony temat związany z kreatywnością codzienną i jej roli w warunkowaniu występowania objawów psychopatologicznych u osób, którzy doświadczyli traumatycznych wydarzeń. Zostanie przedstawiona definicja kreatywności w odniesieniu do innego pokrewnego pojęcia twórczości oraz podejścia teoretyczne związane z kreatywnością codzienną.

Rozdział drugi zostanie poświęcony opisowi metodologii badań własnych. Zostanie przedstawiony problem badawczy, postawione pytania badawcze oraz hipotezy wstępne. W danym rozdziale również zostanie umieszczony szczegółowy opis grupy badanej, opisu przebiegu badań oraz wykorzystanych narzędzi badawczych. Znajdą się tam krótkie informacje na temat oprogramowań statystycznych użytych do analizy statystycznej wyników badań. W ostatnim podrozdziale danego rozdziału zostaną poruszone kwestie etyczne badania ze względu na to, że grupa badana są osoby nieletnie przebywające w opiece zastępczej oraz którzy mogli doświadczyć zdarzeń potencjalnie traumatycznych.

W rozdziale trzecim zostanie przedstawiona analiza statystyczna badań własnych, która pomoże zweryfikować postawione hipotezy. W pierwszej kolejności zostaną przedstawione wyniki statystyk opisowych. Druga część zostanie poświęcona opisowi analizy wyników korelacji oraz analizy związku zmiennych za pomocą t-test dla grup niezależnych. W kolejnej części zostaną przedstawione wyniki analiz regresji hierarchicznej dla każdego czynnika ochronnego oddzielnie i dla wszystkich czynników razem. Dalej znajdą się wyniki analiz mediacyjnych każdego czynnika oddzielnie, obliczone za pomocą makra PROCESS oraz wyniki analiz równań strukturalnych w celu oceny statystycznej modelu teoretycznego. Na koniec zostaną przedstawione wyniki analiz dodatkowych (analiza moderacyjna czynników) oraz eksploracyjnych opartych na opracowanej literaturze.

Czwarty rozdział będzie dotyczyć dyskusji wyników badań własnych w odniesieniu do modeli teoretycznych i badań empirycznych. Celem danego rozdziału jest przedstawienie roli spostrzeganego wsparcia społecznego, zachowań prospołecznych oraz kreatywności jako czynników ochronnych w relacji między zdarzeniem traumatycznym a występowaniem objawów psychopatologicznym. Również w danym rozdziale zostanie zamieszczona analiza ograniczeń danego badania oraz propozycji dla badań dalszych związanych z wychowankami instytucjonalnej pieczy zastępczej. Zakończeniem tego rozdziału będzie analiza danych wyników w kontekście praktycznym dotyczący pomocy w adaptacji oraz lepszym funkcjonowaniu młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Rozprawa doktorska będzie zakończona podsumowaniem całej pracy i zebranego materiału, bibliografią, spisem tabel i rysunków. W załącznikach zostaną umieszczone wzory pism dla dyrektorów placówek opiekuńczo-

wychowawczych, informacja dla rodziców na temat badań, wzór świadomej zgody dla osoby badanej oraz egzemplarze kwestionariuszy użytych w trakcie badania.

Rozdział 1.

1.1 Charakterystyka opieki zastępczej w Polsce

Opieka zastępcza (piecza zastępcza) według ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej jest rozumiana jako „rodzinna lub instytucjonalna forma opieki sprawowana nad dziećmi w przypadku niemożności zapewnienia im opieki i wychowania przez rodziców”. Na podstawie postanowienia sądu dziecko może zostać umieszczone albo w rodzinnej pieczy zastępczej albo w instytucjonalnej pieczy zastępczej. Do instytucjonalnej pieczy zastępczej należą placówki opiekuńczo-wychowawcze, regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne oraz interwencyjne ośrodki preadopcyjne. Placówki opiekuńczo-wychowawcze są podzielone na trzy rodzaje: socjalizacyjne, interwencyjne, specjalistyczno-terapeutyczne, rodzinne. Placówki opiekuńczo-wychowawcze typu socjalizacyjnego, interwencyjnego lub specjalistyczno-terapeutycznego przeznaczone są dla dzieci powyżej 10. roku życia, które potrzebują intensywnej opieki lub mają trudności z funkcjonowaniem w środowisku rodzinnym. Dzieci młodsze niż 10 - letnie mogą być umieszczone w takiej placówce tylko w wyjątkowych przypadkach, gdy w tej samej placówce przebywa już matka lub ojciec tego dziecka lub rodzeństwo, albo gdy wymaga tego stan zdrowia dziecka. Liczba dzieci przebywających jednocześnie w placówce tego typu zazwyczaj nie może przekroczyć 14 osób, jednak w niektórych przypadkach dyrektor placówki może za zgodą wojewody przyjąć więcej dzieci. Placówka opiekuńczo-wychowawcza typu interwencyjnego zajmuje się doraźną opieką nad dziećmi w sytuacjach kryzysowych oraz w przypadku konieczności natychmiastowej opieki dla dziecka. Placówka opiekuńczo-wychowawcza typu rodzinnego wychowuje dzieci w różnym wieku i daje możliwość opieki nad licznym rodzeństwem. Placówka opiekuńczo-wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego ma na celu zapewnienie opieki dla dzieci z orzeczeniem niepełnosprawności albo orzeczeniem i umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności, które wymagają specjalnej opieki i specjalistycznej terapii (Ustawa o wspieraniu rodziny, 2011).

Według danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) „na dzień 31 grudnia 2024 r. na terenie Polski działało 1 326 placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej w tym 1311 opiekuńczo - wychowawczych, 12 regionalnych placówek

opiekuńczo – terapeutycznych oraz 3 interwencyjne ośrodki adopcyjne”, co oznacza zwiększenie liczby placówek w stosunku do 2023 roku o 8, a w stosunku do 2022 roku o 19 (GUS, 2025; GUS, 2024; GUS, 2023).

Statystyki z 2024 roku pokazują, że w całej Polsce w pieczy zastępczej przebywało 77,3 tys. dzieci całkowicie lub częściowo pozbawionych opieki rodziny naturalnej, co wskazuje na wzrost o 2,6 % w porównaniu do 2023 r. i o 6 % w porównaniu do 2022 (GUS, 2025; GUS, 2024; GUS, 2023). Wśród nich 17,5 tys. przebywało w pieczy instytucjonalnej (placówki opiekuńczo-wychowawcze), biorąc pod uwagę, że miejsc w danych instytucjach było 16,8 tys. Najwięcej dzieci było w wieku 14-17 lat (8300 dzieci - 47,7 %); drugą najliczniejszą grupą były osoby w wieku 10-13 lat (4500 osób – 25,6%). Najmniej było wychowanków w wieku poniżej roku - 172 osoby. Ponadto w placówkach instytucjonalnej pieczy zastępczej przebywało 1200 pełnoletnich uczących się wychowanków.

Wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2019 r. wskazują, że najczęściej w trybie interwencyjnym dzieci trafiają do pieczy zastępczej ze względu na „uzależnienie rodziców, głównie od alkoholu, narkotyków lub dopalaczy i zaniedbanie dzieci, przemoc w rodzinie, bezradność opiekuńczo-wychowawcza, pozostawienie bez opieki, porzucenie. Sieroctwo lub półsieroctwo występowały jako przyczyna tylko sporadycznie” (NIK, 2019, s.28). Skalec-Ruczyńska (2023), odnoszą się do danych wyników wskazuje na to, że to w większości przypadków dziecko posiadało dwoje rodziców, którzy byli niewydolni wychowawczo w stosunku do swoich dzieci. Jednak zaznacza się w opracowaniu sprawozdań, że procedura zbierania danych do sprawozdań opierała się na subiektywnej ocenie pracowników placówek opiekuńczo-wychowawczych, co mogło wpłynąć na precyzyjność danych (NIK, 2019).

Jak wynika z raportów instytucji rządowych i badań społecznych w Polsce, głównymi przyczynami umieszczenia dzieci w rodzinach zastępczych i placówkach opiekuńczo-wychowawczych są "alkoholizm rodziców (lub jednego z nich), przemoc fizyczna i psychiczna wobec członków rodziny, choroba, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i słabe umiejętności radzenia sobie, wyjazd rodziców za granicę, śmierć obojga rodziców lub jednego z nich" (Szymańczak, 2016, s.3). Ponadto Rzecznik Praw Dziecka (stenogram z 8. posiedzenia Sejmu w dniu 14 stycznia 2016 r., Projekt ustawy o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy; dyskusja na temat "odbierania" dzieci z powodu ubóstwa rodziny - KRO, s. 138-139, www.sejm.gov.pl

[dostęp: 25 marca 2016 r.], za: Szymańczak, 2016, s. 4) wymienia następujące problemy rodzin dysfunkcyjnych jako przyczyny ingerencji sądów rodzinnych we władzę rodzicielską: "alkoholizm rodziców - 52%, zaniedbania opiekuńczo-wychowawcze, w tym zdrowotne i higieniczne - 39%, przemoc, w tym przemoc fizyczna, psychiczna i seksualna - 36%, trudna sytuacja materialna rodziny - 21% analizowanych przypadków, brak właściwego nadzoru ze strony rodziców - 18%, zaburzenia psychiczne rodziców - 12% oraz pozostawienie dziecka pod opieką innego członka rodziny lub w szpitalu - 27%" oraz wskazuje, że w "88% badanych przypadków wystąpiły co najmniej trzy z wymienionych problemów, a w 36% badanych przypadków co najmniej pięć z wymienionych problemów". Wyniki raportów wskazują na wielopropblemowość rodzin w których dochodzi do umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej.

Skalec-Ruczyńska (2023) analizując przemoc jako przyczynę umieszczenia dzieci w systemie pieczy zastępczej powołuje się na badania Colton (2001), Colton i Williams, (1999), Duda (2016) i Kordaczuk-Wąs (2018) zwracając uwagę, że opieka zdrowotna nad dziećmi umieszczonymi obecnie w pieczy zastępczej jest coraz bardziej wymagająca, biorąc pod uwagę wysoką liczbę i skalę deficytów poznawczych, psychologicznych, emocjonalnych, społecznych i zdrowotnych. Ponadto coraz częściej spotykane u dzieci są trudności adaptacyjne, zaniedbanie dydaktyczno-wychowawcze i społeczne oraz zaburzenia osobowości. Kordaczuk-Wąs (2018) pisząc na temat rodzin zastępczych zaznacza, że doświadczenia zaniedbania u dzieci w rodzinie biologicznej wpływa na ich dalszy pobyt w rodzinie zastępczej, gdyż najczęściej trafiają tam dzieci z negatywnymi przeżyciami oraz zaburzeniami emocjonalnymi spowodowane przeżyciami przemocowanymi w domu biologicznym lub placówkach opiekuńczych. Nieodpowiednie metody wychowawcze w rodzinie pochodzenia mogą wywołać u dziecka umieszczanego w systemie pieczy zastępczej dość skrajną reakcję, od zamykania się w sobie do nieuzasadnionego zachowania agresywnego. Ponadto, jak wskazuje badaczka „samo odseparowanie od rodziców biologicznych może wywoływać zarówno złość, wrogość czy zachowania agresywne, ale również nadmierne pobudzenie, bierność lub nadmierne zamykanie się w sobie.” (Kordaczuk-Wąs, 2018, s.90).

Analiza rodzin zastępczych w powiatach przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) podkreśla, że znacząca ilość dzieci w pieczy zastępczej „są to dzieci w wieku dorastania, zagrożone niedostosowaniem społecznym, o szczególnych potrzebach rozwojowych np. dzieci z ADHD, FAS, z przejawami demoralizacji, a także z uzależnieniami oraz

dzieci z niepełnosprawnościami, w tym umysłowymi. Dla tych dzieci trudno jest znaleźć miejsce w rodzinach zastępczych, a więc trafiają do placówek opiekuńczo-wychowawczych.” (NIK, 2016, s.37).

Dane statystyczne, opracowane przez Główny Urząd Statystyczny (2025), wskazują, że w 2024 roku 9 911 dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej były z orzeczeniami o niepełnosprawności, z nich 2393 przebywało w instytucjonalnej pieczy zastępczej. Ponadto warto zwrócić uwagę, że według sprawozdań samorządów powiatowych w 2024 r. do Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej (MRiPS, 2024) „że w 2023 r. w pieczy zastępczej przebywało 3 130 dzieci ze zdiagnozowanym Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych FASD” z nich 562 w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

W swoim badaniu dotyczącego pieczy zastępczej, zwłaszcza rodzin zastępczych, Arczewska (2021, s.71) dochodzi do wniosku, że „do pieczy trafiają dzieci ze środowisk, które są już tak zaburzone, że jakiegokolwiek próby niesienia wsparcia i pomocy pozostają bezskuteczne”. Badaczka zaznacza, że rodzice biologiczni to zwykle „osoby niezaradne, nieprzygotowane do rodzicielstwa i borykające się z uzależnieniami”, co znacząco odbija się na problemach zdrowotnych ich dzieci (Arczewska 2021, s.71). Rodzice zastępcze również wskazywali na symptomy występowania u ich podopiecznych reaktywnego zaburzenia przywiązania w dzieciństwie oraz FASD. Niepokojącym jest fakt, że wyniki badań Arczewskiej (2021) wskazują, że dzieci z badanych rodzin zastępczych rzadko wracały do swoich domów rodzinnych. Ponadto według badaczki, rodzice biologiczni mimo tego, że otrzymywali znaczące wsparcie od służb społecznych, to jednak nie wykazywali inicjatywy do współpracy i szukania konstruktywnego rozwiązania swoich problemów.

Zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, dzieci w sytuacji kryzysowej, którym trzeba w sposób interwencyjny zapewnić opiekę, powinny trafiać do pogotowia opiekuńczego (placówki instytucjonalnej). Jednak dzieci poniżej 10. roku życia, jeśli znajdują się w takiej placówce, należy niezwłocznie przenieść do pieczy rodzinnej, np. pogotowia rodzinnego. Jednak według kontroli NIK (2019, s.28-29) „system taki działa jednak tylko w założeniach. Stwierdzono, że chociaż dzieci w potrzebie miały zapewnioną opiekę, jednak nie zawsze jest ona właściwa, zwłaszcza dla młodszych dzieci i zgodna z wymogami ustawy o pieczy zastępczej oraz standardami wychowania. ... nie wszystkie potrzeby i prawa dzieci były

respektowane, a opieka w pogotowiacz opiekunucznych i rodzinnych, ktora w zalozeniu ustawodawcy powinna byc tymczasowa i dorazna, czesto znacznie sie przedluzala ponad terminy okreslone w przepisach prawa”.

1.2 Zdarzenia traumatyczne

1.2.1 Definicje zdarzenia traumatycznego

Zespól stresu pourazowego (PTSD) jako jednostka chorobowa pojawia sie po raz pierwszy w 1980 roku w DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. III, DSM; Brett, 2025). Jednym z kryterium w celu diagnozowania PTSD jest ekspozycja na stresor traumatyczny lub zdarzenie traumatyczne. Wedlug DSM III traumatyczne zdarzenie jest „dajacy sie wyodrebnic stresor, ktory wywolalby znacace symptomy dystresu u prawie kazdego czlowieka” (Peterson, Prout, Schwarz 1991, cyt. za: Lis-Turlejska, 2009, s.12). Z kolei w DSM-III-R zdarzenie traumatyczne jest rozumiane jako „zdarzenie znajdujace sie poza zakresem normalnych ludzkich przezyc, ktore bylyby istotnie zaklacajace (distressing) dla prawie wszystkich ludzi” (APA 1987, s.249, cyt. za: Lis-Turlejska, 2009). W kolejnej edycji DSM-IV (APA, 1994) zaznacza sie, ze: „[...] dana osoba miala do czynienia z traumatycznym zdarzeniem, jezeli wystapily obydwu z ponizszych kryteriow: (1) dana osoba przezyla, byla swiadkiem lub zostala skonfrontowana ze zdarzeniem lub zdarzeniami zwiazanymi z rzeczywista smiercia lub zagrozeniem z zycia badz powaznym zranieniem, zagrozeniem fizycznej integralnosci wlasnej czy innych ludzi, (2) reakcja tej osoby obejmowala intensywny strach, poczucie bezradnosci lub zgrozy” (APA, 1994, s. 427-428). W DSM-IV podjecie do rozumienia czym jest zdarzenie traumatyczne zostalo poszerzone o zakres zdarzen traumatycznych i nie oczekiwalo sie, zeby zdarzenie mialo niezwykle, dramatyczny lub katastroficznych charakter. Nagla nieoczekiwana smierc bliskiej osoby, bycia swiadkiem zabojstwa lub zagrozenia zycia badz uzyskanie informacji o zagrazajacej zyciu chorobie zostaly wlaczone jako potencjalne zdarzenia traumatyczne. Ponadto jedna z waznych zmian, ktora nastapila w podjeciu do definicji zdarzenia traumatycznego jest istotnosc znaczenia reakcji jednostki w obliczu stresora (Lis-Turlejska, 2009).

W klasyfikacji chorob ICD-10 jednym z kryterium opisujacym zdarzenie traumatyczne jest „[...] ekspozycja na wyjatkowo zagrazajacy lub katastroficzny stresor

krótko- lub długotrwały (Lis-Turlejska, 2009, cyt. za: Światowa Organizacja Zdrowia 1992/1997, s.129). Chociaż definicja według ICD-10 uwzględnia szerszy zakres objawów w porównaniu do DSM-IV, jednak podkreślenia katastroficznego zdarzenia jest podobne do definicji według DSM-III. Lis-Turlejska (2009) analizując różnice w definicjach powołuje się na O'Brien (2008), gdzie zaznacza się, że różne podejście w klasyfikacjach chorób może spowodować brak odpowiedniej diagnozy w przypadku osoby, która np. spełnia kryterium według DSM-IV, ale na podstawie ICD-10 jej trauma nie charakteryzuje się katastroficnością.

Według najnowszej klasyfikacji DSM 5 (APA, 2013) doświadczenie traumatycznego zdarzenia obejmuje:

1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego wydarzenia.
2. Bycie świadkiem takiego wydarzenia, gdy dotyczy ono innych osób.
3. Dowiedzenie się, że bliska osoba doświadczyła zdarzenia traumatycznego lub została w przemocowy sposób narażona na śmierć (np. zabójstwo członka rodziny). W przypadku narażenia na śmierć wydarzenie ma mieć charakter przemocowy lub przypadkowy.
4. Powtarzająca się lub ekstremalna ekspozycja na drastyczne szczegóły wydarzeń traumatycznych (np. pracownicy służb ratowniczych, policjanci, terapeuci dzieci maltretowanych).

W DSM-5 (APA, 2013) w diagnozowaniu PTSD został usunięty kryterium dotyczący obecności reakcji emocjonalnej oraz zaznaczono, że ekspozycja na stresory traumatyczne przez media nie odnosi się do zdarzenia traumatycznego w kryteriach do diagnozy PTSD. Również został dodany kryterium dotyczący służb ratowniczych w porównaniu do DSM-IV, gdzie danego kryterium nie było. Ponadto w nowej wersji jest uwzględniono reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie oraz nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych jako oddzielne jednostki chorobowe dotyczące zaburzeń pourazowych związanych z lękiem.

W najnowszej klasyfikacji chorób ICD-11(WHO, 2018) zdarzenie traumatyczne jest definiowane w następujący sposób: „Ekspozycja na zdarzenie lub sytuację (krótkotrwałą lub długotrwałą) o skrajnie zagrażającym lub przerażającym charakterze”. Na liście przykładowych zdarzeń możemy spotkać bezpośrednie doświadczenie katastrof naturalnych lub wywołanych przez człowieka, działania wojenne, poważne wypadki, tortury, przemoc seksualna, terroryzm, napaść lub ostra, zagrażająca życiu choroba (np.

zawał serca); bycia świadkiem zagrożenia życia lub rzeczywistego zranienia bądź śmierci innych osób w sposób nagły, nieoczekiwany lub brutalny; a także uzyskanie informacji o nagłej, nieoczekiwanej lub brutalnej śmierci bliskiej osoby.

Ponadto w nowej wersji są wprowadzeni dwie nowe jednostki chorobowe złożony zespół stresu pourazowego (Complex Post Traumatic Stress Disorder – CPTSD) oraz przedłużająca się żałoba. Również pojawia się zaburzenia dotyczące wczesnego dzieciństwa: reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie oraz nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych. Opisując kryteria złożonego zespołu stresu pourazowego autorzy ICD-11 zaznaczają, że w tym przypadku zdarzenie traumatyczne jest „Ekspozycja na zdarzenie lub serię zdarzeń o skrajnie zagrażającym lub przerażającym charakterze, najczęściej mających charakter długotrwały lub powtarzający się, z których ucieczka jest trudna lub niemożliwa”. W tym przypadku na liście takich zdarzeń są tortury, pobyt w obozach koncentracyjnych, niewolnictwo, kampanie ludobójcze i inne formy przemocy zorganizowanej, długotrwałą przemoc domową oraz powtarzające się przypadki seksualnego lub fizycznego wykorzystywania w dzieciństwie (WHO, 2018).

Jednak, Zdankiewicz-Ścigała (2020) zaznacza, że w porównaniu do DSM V w nowej wersji ICD -11 nie wyszczególniono objawów po traumie dla dzieci i młodzieży, co za tym skutkuje pominięciem aspektów związanych z rozwojem dzieci oraz odmienności w przeżywaniu oraz reagowaniu na traumę. Ponadto żadna klasyfikacja nie uwzględniła wiek, płeć oraz etap rozwoju jako czynniki potencjalnie wpływające na specyfikę objawów prezentowanych w reakcji na traumę.

1.2.2 Charakterystyka zdarzeń traumatycznych u dzieci i młodzieży

Dzieci oraz młodzież od najmłodszych lat biorą udział w życiu społecznym i tym samym są narażeni na sytuacje potencjalnie traumatyczne związane ze stratą bliskiej osoby w wyniku śmierci nagłej lub przez chorobę; z poczuciem chronicznego zagrożenia wskutek przemocy w rodzinie, przemocy w szkole, katastrof naturalnych lub ze względu na działania ludzi; ograniczeniami i chorobami potencjalnie zagrażającymi życiu, np. nowotwory, oparzenia, niewydolność narządów wymagających transplantacji. W szerokim rozumieniu traumy, badacze akcentują uwagę na „poważne zagrożenia dla integralności psychicznej, podczas doświadczenia skrajnie przykrego zdarzenia, w czasie

którego człowiek nie może sobie poradzić mimo wykorzystania własnych zasobów” (Zdankiewicz-Ścigała, 2020, s.455, cyt. za Briere i Scott, 2010). W danym podejściu traumą może być każdy uraz psychiczny wynikający na różnych etapach rozwojowych człowieka, które mogą potencjalnie wywołać zaburzenia emocjonalne, poznawcze oraz społeczne (Zdankiewicz-Ścigała, 2020; Steuden i Janowski, 2016). W ujęciu wąskim, jak piszą Steuden i Janowski (2016, s. 551), powołując się na Folkman (2011), Skinner i Zimmer – Gembeck (2011), Solomn i Heide (1999) oraz Terr (1991), traumą jest „rodzaj ciężkiego stresora, który powoduje narażenie na utratę życia lub poważne zranienie ciała, ma najczęściej charakter nagły, niekontrolowany, może dotyczyć wielu osób równocześnie. Odnosi się to także do sytuacji, w której osoba jest świadkiem takiego wydarzenia.”

Terr (1991), opierając się na swoim doświadczeniu klinicznym w pracy z dziećmi, którzy byli ofiarami przemocy, wskazuje na 2 rodzaje traumy: traumy typu I i typu II. Trauma I typu wynika z pojedynczego, krótkotrwałego zdarzenia często bardzo intensywnego, np. wypadek samochodowy, nagła śmierć osoby bliskiej. Objawy prezentowane przez dzieci często spełniają kryteria PTSD: unikanie, powtarzanie oraz pobudzenie. Dzieci, które doświadczyły traumy jednorazowej zazwyczaj wykazują inne objawy w porównaniu do dzieci z traumą złożoną. Do reakcji na nagłe, intensywne i wstrząsające zdarzenia można zaliczyć: 1) szczegółowe i trwałe wspomnienie, które pozostaje „wryte” w pamięci; 2) retrospektywne reinterpretacje, poznawcze przewartościowanie, nadawanie przyczyn oraz przypisywanie punktów zwrotnych oraz 3) zniekształcenia percepcji i czasu. Jednak jak zaznacza Terr (1991) dzieci po doznaniu traumy typu I nie prezentują tendencji do masywnego zaprzeczenia, odrętwienia psychicznego, samo znieczulenie (*self-anesthesia*) czy zaburzeń osobowości. Drugi typ traumy, który opisuje Terr (1991) jest związany z narażeniem na traumatyczne zdarzenia zewnętrzne o charakterze długotrwałym i powtarzającym się, np. przemoc domowa. Do mechanizmów obronnych wynikających w reakcji na długotrwałą traumę badaczka odnosi masywne zaprzeczenie, tłumienie, dysocjacja, samo znieczulenie (*self-anesthesia*), samo hipnozę (*self-hypnosis*), identyfikacja z agresorem oraz agresja skierowana na siebie, co często może wpływać na dalsze kształtowanie osobowości.

Zdankiewicz-Ścigała (2020) analizując traumy złożone powołuje się na Schore (2009) i podkreśla, że chroniczność sytuacji zagrażających życiu oraz zaniedbanie emocjonalne, odrzucenie, wykluczanie czy ciągnąca się przemoc psychiczna są

przyczyną dysfunkcji psycho-neuro-immunologicznych, co później skutkuje brakiem efektywnego i elastycznego regulowania pobudzenia emocjonalnego w sytuacjach przeładowanych bodźcowo. Zdankiewicz-Ścigała (2020) patrząc z perspektywy psychopatologii rozwojowej wyodrębnia 3 podrodzaje traury złożonej. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z przeciążeniem ośrodkowego układu nerwowego ze względu na przytłaczające emocje i myśli oraz hormony stresu, albo innymi słowami, kiedy pobudzenia jest zbyt dużo w zbyt krótkim czasie. Zazwyczaj takie sytuacje są związane dysfunkcjonowaniem rodziny ze względu na przemoc psychiczną i fizyczną dorosłych między sobą, której świadkiem jest dziecko. Dziecko w konsekwencji takich przeżyć prezentuje brak zasobów związanych z rozumieniem sytuacji zewnętrznych oraz przeżyć wewnętrznych. Drugi typ traury wyodrębniony przez Zdankiewicz –Ścigała (2020) jest związany z małą ilością stymulacji w zbyt długim czasie i często dotyczy zdarzeń powiązanych z zaniedbaniem, porzuceniem, opuszczeniem, wykluczeniem lub emocjonalnej obojętności. Dany typ traury najbardziej wpływa na dalszy rozwój psychospołeczny, zdolności nawiązywania bliskich relacji z innymi osobami. W konsekwencji dziecko może mieć reaktywne zaburzenia więzi oraz nadmierną łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych w przyszłości. Ostatni trzeci typ traury wspomniany przez badaczkę dotyczy zbyt dużego pobudzenia w zbyt długim czasie. Są to zdarzenia traumatyczne, które dziecko przeżywa w chronicznym stresie w nieprzewidywalnym środowisku, np. przemoc fizyczna i psychiczna oraz nadużycie seksualne. Dziecko przebywa w stanie czujności ze względu na permanentne poczucie zagrożenia dla jego integralności psychicznej, fizycznej oraz emocjonalnej.

Zdarzenia traumatyczne również mogą mieć charakter intencjonalny, interpersonalny oraz chroniczny, do których należą nadużycia różnego rodzaju oraz zaniedbania. Innymi słowami to są traury relacyjne, gdyż jest brak bezpośredniego zagrożenia życia oraz powstają w relacji z osobami, które spełniają zadania opiekuńczo-wychowawcze w stosunku do dziecka. Do form wykorzystania w dzieciństwie odnosimy nie tylko wykorzystanie seksualne, ale również przemoc fizyczną lub znęcanie się psychiczne. Przemoc fizyczna jest rozumiana jako intencjonalna agresja skierowana do dziecka, która skutkuje powstaniem obrażeń albo ryzykiem występowania obrażeń. Wykorzystanie seksualne dotyczy zaangażowania dziecka w zachowania seksualne przez osobę dorosłą lub starszą o co najmniej 5 lat w celu uzyskania przyjemności lub zysku finansowego. Przemoc psychiczna odnosi się do gróźb porzucenia dziecka, krzywdzenia

go lub osób bądź rzeczy, które są dla niego ważne, oskarżanie czy dyskretowanie dziecka. Często w takich przypadkach dziecko prezentuje objawy lęku. Zaniedbanie z kolei jest formą krzywdzenia dziecka przez nieodpowiednią opiekę i ignorowanie jego podstawowych potrzeb dotyczących zdrowia, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku i miłości. Skutkiem doświadczania chronicznych traum relacyjnych w okresie wczesnodziecięcym jest zaburzenia emocjonalne, trudności w nawiązywaniu bliskich relacji interpersonalnych, problemy ze zdrowiem psychicznym oraz fizycznym w dorosłości (Zdankiewicz-Ścigała, 2020; Dragan i Hardt, 2009; Sikorska 2014).

Jednym z czynników rozwoju psychopatologicznego oraz traumy relacyjnej jest nieprawidłowe przywiązanie do osób bliskich, zwłaszcza do mamy. John Bowlby (1988, cyt. za Grzegorzewska i Cierpiałkowska, 2020) zaznacza, że style przywiązania, inaczej zwane wewnętrznymi operacyjnymi modelami (reprezentacje) więzi, mają wpływ na dalszy rozwój psychospołeczny osoby, w tym umiejętność regulacji emocji, zdolności poznawcze i eksploracyjne dotyczące siebie oraz otoczenia, kompetencje w zakresie budowania i podtrzymywania relacji interpersonalnych, a także strategie radzenia sobie z trudnościami i zagrożeniami. Bowlby (1988) wyodrębnia dwa style przywiązania: bezpieczny i pozabezpieczny. O bezpiecznym stylu przywiązania możemy mówić w przypadku dostępnego emocjonalnie, czułego i wrażliwego na potrzeby dziecka opiekuna. Dany styl przywiązania daje jednostce możliwość rozwijać swoje zdolności do poznawania świata, autonomii, nawiązywania satysfakcjonujących relacji z innymi oraz elastycznego reagowania w sytuacjach trudnych. Drugi styl wyodrębniony przez twórcę teorii przywiązania jest pozabezpieczne przywiązanie. W danym przypadku, nieobecność emocjonalna opiekuna może występować w różnych formach: od skrajnego, agresywnego i krzywdzącego odrzucenia, po skrajną obojętność oraz niewrażliwość, pomijanie i unieważnianie fizycznej obecności oraz psychicznych potrzeb więzi i przynależności dziecka. Ponadto jak piszę Grzegorzewska i Cierpiałkowska (2020) dany styl przywiązania może być reprezentowany nie tylko przez jawnie agresywnymi, wykorzystującymi oraz przemocowymi zachowaniami w stosunku do dziecka, ale również brakiem odpowiedniego rozumienia stanów emocjonalnych osoby, ignorowanie dziecka w sytuacjach, kiedy potrzebuje uspokojenia, brak zaangażowania w relacji z dzieckiem. Pozabezpieczne modele operacyjne więzi powodują słabą kontrolę emocji, niską samoocenę, skłonności do negatywnych stanów, nasilenia reakcji agresywnych, ograniczenie zdolności empatycznego rozumienia innych i większej emocjonalnej

zależności od dorosłych (Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2016 cyt. za Grzegorzewska i Cierpiałkowska (2020)). Do pozabezpiecznych stylów przywiązania należą: unikający, ambiwalentny i zdezorganizowany. Aktywacja pozabezpiecznego stylu przywiązania skutkuje reakcją lękową i przerażającą u dziecka w stosunku do antycypowanego, zagrażającego oraz opuszczającego opiekuna.

W neurorozwojowym podejściu, trauma jest rozumiana jako „sytuacja, w której rozwijający się organizm przekracza możliwości adaptacji i regulacji” (Klecka i Palicka, 2018, s.27). Straumatyzowany układ nerwowy ze względu na stan dezorientacji wywołany traumatycznym zdarzeniem nie jest w stanie samodzielnie wrócić do stanu równowagi i prezentuje brak naturalnej zdolności autoregulacji (Levine, 2012, cyt. za Klecka i Palicka, 2018). Biorąc pod uwagę teorię neurorozwojową, która zaznacza, że mózg rozwija się w przewidywalnej kolejności: od „mózgu gadziego”, do „mózgu emocjonalnego” i w ostatniej kolejności do „mózgu myślącego”, Perry (2008) wyodrębnia 3 kategorii wczesnej traumy rozwojowej:

1. trauma in utero (wewnątrzmaciczna, prenatalna przed narodzeniem dziecka)
2. trauma perinatalna (okołoporodowa, związana z porodem)
3. trauma postnatalna (występująca po narodzinach dziecka)

Perry (2013, cyt. za Klecka i Palicka, 2018) zaznacza, że neurony i komórki glejowe mózgu w okresie prenatalnym przechodzą przez różne procesy, np. dzielenie się, migracja, specjalizacja, łączenia, komunikowanie się ze sobą oraz organizowanie konkretnych struktur. Badacze podkreślają, że skutkami nieprawidłowości procesu rozwoju w okresie prenatalnym są nabyte i wrodzone dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego oraz zaburzenia neurorozwojowe, np. opóźniony lub zaburzony rozwój mowy, niedojrzałość neuromotoryczna (dysfunkcji odruchowości), zaburzenia przetwarzania sensorycznego, dysfunkcje przetwarzania słuchowego, zaburzenia z grupy FASD. Całościowe zaburzenia rozwoju, nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia uwagi, swoiste zaburzenia umiejętności szkolnych, swoiste zaburzenia koordynacji ruchowej i dyspraksja (Palicka i in., 2016, cyt. za Klecka i Palicka, 2018).

Levine i Kline (2006, cyt. za Klecka i Palicka, 2006) zwracają uwagę na jeszcze jeden typ traumy rozwojowej związanej z całościową aktywacją o dużej intensywności (global high intensity activation, GHIA). Dana kategoria dotyczy traumy prenatalnej i okołoporodowej, skutki znieczulenia, występująca we wczesnym dzieciństwie wysoką gorączkę, duszenie się, dławienie, podtopienie, a także wczesną traumę relacyjną (np.

odrzuć, porzucić, zaniedbać lub zerwać więzi biologicznej). GHIA jest związana z silną stymulacją i ekstremalnym pobudzeniem układu nerwowego ze względu na wyrzut hormonów stresu. Taka sytuacja jest niebezpieczna na tak wczesnym okresie rozwoju, gdyż wpływa na fizjologię całego organizmu, który walczy o przetrwanie. Silne procesy chemiczne do których dochodzi w trakcie GHIA niszą rozwijający się mózg. Niedojrzałość mózgu organizmu nie pozwala uruchomić reakcję obronne, których aktywacja jest uzależniona od włączenia współczulnego układu nerwowego („gałąź autonomicznego układu nerwowego odpowiedzialna przede wszystkim za mobilizację, zachowującą stałą, niewielką aktywność umożliwiającą utrzymanie homeostazy” (Klecka i Palicka, 2016, s. 29)). Wynikiem GHIA jest skumulowany ładunek energetyczny który powoduje zaciskanie się części układu przywspółczulnego (który odpowiada za odpoczynek i regenerację). Skutkiem tego jest to, że unerwiający organy wewnętrzne nerw błędny grzbietowy (dorsal vagus nerve) zmniejsza szybkość procesów metabolicznych w celu zwiększyć możliwość organizmu na przeżycie. Dany proces skutkuje zamarciem organizmu (freeze response), co wpływa na górze odżywianie skóry, tkanki łącznej powięź, jelita, układ endokrynnny oraz układ nerwowy. Biorąc pod uwagę procesy zachodzące wskutek GHIA, u dzieci z traumą prenatalną również są problemy jelitowe i skórne, bóle głowy, astma i alergie oraz problemy sensoryczne (Levine i Kline, 2006 cyt. za Klecka i Palicka, 2016).

Do rozumienia traumy jako czynnika wpływającego na funkcjonowanie mózgu podchodzi również van der Kolk (2003, cyt. za: Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023). Według badacza trauma zmienia biochemię mózgu i powoduje zmiany w jego strukturalnej i funkcjonalnej budowie. Ze względu na niedojrzałość układu nerwowego dziecka nawet mało natężony stres może skutkować traumatycznym przeżyciem, co powoduje uszkodzenia zasadniczych struktur rozwijającego się mózgu (np. pień mózgu, wzgórze, hipokamp, ciało migdałowate). Badacz również podkreśla, że konsekwencje traumatycznego przeżycia zależą od etapu rozwoju dziecka. W pierwszej kolejności formuje się pień mózgu i na tym etapie rozwoju mogą występować nadmierne reakcję na lęk, zaburzenia snu, obniżone napięcie mięśniowe, upośledzenie koordynacji ruchowej, nieprawidłowości układu oddechowego, upośledzenie funkcji serca i inne problemy zdrowotne bez wyraźnego medycznego powodu. Problemy emocjonalne i behawioralne, oraz trudności w tworzeniu odpowiednich połączeń neuronalnych występują przy kształtowaniu układu limbicznego, który rozwija się pierwsze 6 lat.

Doświadczenia traumy na etapie kształtowania kory mózgowej skutkuje zaburzeniami w strefie poznawczej, które dotyczą utraty poczucia własnej wartości i dysocjacji.

Badacze wskazują, że diagnoza PTSD, zgodnie z DSM-V, nie uwzględnia problemów rozwojowych u dzieci ze złożoną traumą. U dzieci i młodzieży często diagnozuje się depresję, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzenia zachowania, zaburzenia odżywiania, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, zaburzenia komunikacji i reaktywne zaburzenia przywiązania (Cook i in., 2005; John i in., 2019). Diagnoza może być również niepełna lub nieistniejąca, co negatywnie wpływa na planowanie i przebieg leczenia (Drozdowski, 2011). Van der Kolk zaproponował wprowadzenie odrębnej choroby zwanej "traumą rozwojową" do DSM-V w 2009 roku, co jednak nie zostało zaakceptowane (Bremness, Polzin, 2014). Z kolei ICD-11 rozszerza diagnozę traumy o złożone PTSD, które można zdiagnozować, gdy spełnione są kryteria PTSD oraz trzy dodatkowe objawy związane z zaburzeniami afektywnymi, negatywną samooceną i zaburzeniami interpersonalnymi (Cloitre i in., 2013). Jednakże, jak wskazuje Ford (2013, s. 841), u dzieci ze złożoną traumą może rozwinąć się całe spektrum dysfunkcji biopsychospołecznych (tj, "problemy w radzeniu sobie z ekstremalnymi stanami emocjonalnymi, destrukcyjne zachowania, objawy somatoformiczne, konflikty w związkach lub poza nimi oraz zaburzenia tożsamości") bez objawów PTSD (D'Andrea i in., 2012, cyt. w Ford i in., 2013; van der Kolk i in., 2019; John i in., 2019). Dzieci te często mają wiele diagnoz i pozostają w leczeniu polifarmakologicznym i politerapeutycznym, zamiast mieć holistyczne podejście i być "wzmocnione w ich poznawczej, behawioralnej, relacyjnej i pobudzającej / afektywnej samoregulacji" (van der Kolk B. i in., 2019, s. 9-10).

Griffin i in. (2011a) uważa, że niezależnie od definicji traumy warto traumę dziecięcą spostrzegać jako kontinuum, który zawiera traumatyczne wydarzenia, podstawowe objawy traumatycznego doświadczenia oraz specyficzny ciąg zdarzeń oraz symptomów. Jego zdaniem, badania w danym temacie można podzielić na trzy grupy. Do pierwszej on zalicza badania dotyczące wydarzeń traumatycznych, do których odnosi badanie Felitti i in. (1998) na temat długoterminowych skutków traumatycznych wydarzeń. W drugiej grupie są badania na temat młodzieży, która doświadczyła wydarzeń traumatycznych i może prezentować objawy związane z traumą. Do danej grupy również należą badania z udziałem młodzieży, która doświadczyła potencjalnie

traumatycznego zdarzenia, ale nie rozwinęła objawów związanych z traumą. Do ostatniej grupy odnoszą się badania związane z specyficzną konstelacją wydarzeń oraz objawów, np. PTSD, trauma złożona albo zaburzenia dotyczące traumy rozwojowej. Griffin i in. (2011a) uważa, że takie spojrzenie da możliwość przenieść uwagę z bardzo licznej grupy młodzieży, która doznała potencjalnie traumatycznych wydarzeń, na znacząco mniejsze grupy osoby, które prezentują konstelację objawów.

1.2.3 Negatywne skutki traumy złożonej u dzieci i młodzieży

Ryzyko rozwoju zaburzeń po doświadczeniu traumatycznego wydarzenia jest mniejsze w przypadku szybkiego rozpoznania symptomów u dzieci i udzielenie odpowiedniego profesjonalnego wsparcia. Z czasem symptomy nie tylko nasilają się, ale skutkują rozwojem zaburzeń potraumatycznych, którymi głównymi objawami są unikanie, ponowne przeżywanie oraz nadmierne pobudzenie. Ponadto, może pojawić się bagatelizowanie zaprezentowanych symptomów i szukanie przez opiekunów innych przyczyn zaburzeń u dziecka (Zdankiewicz –Ścigala, 2020).

Steuden i Janowski (2016), opierając się na klasyfikacji chorób DSM -5 opisują następujące zaburzenia jako następstwo doświadczenia traumatycznego doświadczenia:

1) Ostre zaburzenie stresowe (ASD) – zaburzenie, które wynika wskutek ciężkiego wydarzenia traumatycznego oraz objawy utrzymują się w okresie od trzech dni do miesiąca po występowaniu traumy. Do objawów należą: objawy intruzyjne, negatywny nastrój, objawy dysocjacyjne, objawy unikania oraz objawy pobudzenia.

2) Zespół PTSD – zaburzenie wynikające ze względu na doświadczenie przez osobę wydarzenia traumatycznego a objawy utrzymują się co najmniej miesiąc. Objawy są kategoryzowane na cztery grupy: intruzyjne, objawy unikania bodźców związanych z traumatycznym doświadczeniem, negatywne zmiany w treściach poznawczych i nastroju związane z wydarzeniem traumatycznym oraz znaczne zmiany w zakresie pobudzenia i reaktywności.

3) Zaburzenia adaptacyjne – zaburzenia związane z grupą objawów wynikających jako reakcja na stresujące wydarzenie. Według DSM-5 (APA, 2013) wydarzenie stresowe nie musi być zawsze traumatyczne w celu rozpoznaniu zaburzeń adaptacyjnych.

4) Reaktywne zaburzenie przywiązania – zaburzenia związane z nieodpowiednimi wytwarzaniami więzi, czyli przywiązania u dziecka, które dotyczą również zaburzeń emocjonalnych (brak społecznej i emocjonalnej reaktywności na innych, ograniczenie pozytywnego afektu, epizody nieuzasadnionej drażliwości, smutku, lęku).

5) Odhamowane angażowanie się w relacje społeczne – obserwuje się w przypadku mniejszym lub brakiem odpowiedniego zahamowania w nawiązywaniu relacji z obcymi ludźmi.

Klasyfikacja ICD-11 (WHO, 2018, Zdankiewicz-Ścigała, 2020) z kolei wymienia następujące zaburzenia związane ze stresem traumatycznym:

1) Zaburzenia adaptacyjne – jest związane z nadmiernym przejmowaniem się stresorem oraz prezentowaniem objawów związanych z dysfunkcjonalnymi wzorcami zachowania, które pojawiają się ok. miesiąca po wydarzeniu a zanikają w ciągu 6 miesięcy.

2) Zespół stresu pourazowego – jest następstwem narażenia na ekstremalne lub przerażające wydarzenie traumatyczne, objawy którego utrzymują się co najmniej kilka tygodni po urazie i do których zaliczane są: ponowne przeżywanie (żywe i natrętne wspomnienia lub koszmary senne), unikanie (myśli i wspomnień lub aktywności i sytuacji związanych z przeżyciem), nadmierne wzbudzenie (nadmierna czujność lub wzmożona reakcja na zaskoczenie).

3) Złożony zespół stresu pourazowego – jest zaburzeniem wynikającym wskutek zdarzenia traumatycznego lub serii wydarzeń o ekstremalnym charakterze, które są długotrwałe i powtarzający się, odczuwane jako niezwykle groźne lub przerażające, a ucieczka od nich jest niemożliwa. Oprócz objawów charakternych dla rozpoznania PTSD (zespołu stresu pourazowego) osoba również musi prezentować zaburzenia regulacji emocji, trwałe negatywne przekonanie o sobie oraz trudności w podtrzymywaniu bliskich relacji.

4) Przedłużająca się żałoba – jest związana z doświadczeniem straty bliskiej osoby, tęsknota/emocjonalny ból utrzymuje się u osoby dłużej niż 6 miesięcy po jej śmierci. Żałoba utrudnia codzienne funkcjonowanie osoby oraz wychodzi poza normy kontekstu religijnego/kulturowego.

5) Reaktywne zaburzenia przywiązania w dzieciństwie – charakteryzuje się brakiem odpowiednich dla wieku rozwojowego zachowań dotyczących przywiązania do

opiekuna, np. brak szukania pocieszenia w sytuacjach stresowych). Początek zaburzenia jest u dzieci poniżej 5 roku życia.

6) Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych/rozhamowane zaburzenia więzi – nieadekwatne zachowania w sytuacjach społecznych związanych z nadmiernym zaufaniem, brakiem dystansu oraz nieśmiałości w kontakcie z osobami obcymi.

Dzieci i młodzież umieszczone w pieczy zastępczej są w grupie ryzyka występowania zaburzeń potraumatycznych. Metaanaliza badań dokonana przez Czerwińska i Kucharska (2024) dotyczących rozpowszechnienia rozpoznania PTSD u dzieci i młodzieży w pieczy zastępczej wskazują na to, że PTSD występuje w granicach od 5,6% do 55 % osób badanych. Z kolei złożony zespół pourazowy występuje w 8,2-10,7% dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej. Porównując, w ogólnej populacji dzieci i młodzieży PTSD występuje u 3,7% chłopaków oraz 6,3% dziewczyn (Cohen i in. 2010, cyt. za Czerwińska i Kucharska, 2024). Salazar i in. (2013, cyt. za Czerwińska i Kucharska, 2024) wykazują w swoim badaniu, że PTSD występuje częściej u dzieci, z pieczy które doznali 2 i więcej traumatycznych wydarzeń (22,7%) w porównaniu do dzieci z doświadczeniem jednego traumatycznego zdarzenia (6,7%). Czerwińska i Kucharska (2024), powołując się na badanie Keefe i in. (2022), podkreśla, że objawy psychopatologiczne u dzieci i młodzieży z pieczy zastępczej (20,1%) występują dwa razy częściej w porównaniu do grupy kontrolnej (9,7 %), a ADHD jest najczęściej spotykanym rozpoznaniem. Jednak jak zaznaczają Odachowska i Woźniak-Prus (2018) mimo tego, że objawy PTSD i ADHD częściowo mogą się pokrywać, mechanizmy rozwoju danych objaw są różne (Czerwińska i Kucharska, 2024).

Zdankiewicz-Ścigała (2020) zaznacza, że w przypadku traum prostych lub jednorazowych, które miały charakter losowy, rozpoznanie PTSD jest o wiele łatwiejsze i daje możliwość uzyskania profesjonalnej pomocy psychologicznej w krótkim czasie co redukuje skutki traumatycznego wydarzenia. W przypadku traumy relacyjnej związanej z zaniedbaniem lub różnego rodzaju nadużyciami prezentowane objawy dotyczą najbliższych sfer rozwoju i niekoniecznie są jednoznaczne do rozpoznania PTSD.

Ważnym czynnikiem wpływającym na długotrwałe i utrzymujące się objawy potraumatyczne jest wiek dziecka, w jakim doznało traumatycznego wydarzenia. Zdankiewicz-Ścigała (2020) opisuje objawy potraumatyczne u dzieci i młodzieży dzieląc ich odpowiednio do grupy wiekowej. Według badaczki małe dzieci (0-5 lat) prezentuje

następne objawy: drażliwość, „grymaszenie”, łatwość wpadania w stany pobudzenia i trudności w ukojeniu, częste napady złości bez jakiegokolwiek powodu, zamknięcie i niechęć do eksploatowania otoczenia, stany podwyższonej lub obniżonej aktywacji w porównaniu z grupą rówieśniczą, uporczywe odtwarzanie traumy przez różne czynności, w tym odgrywanie w zabawie, opóźnienia w rozwoju funkcji kluczowych dla danego okresu zarówno w rozwoju fizycznym (np. dziecko przestaje chodzić samodzielnie), jak i psychicznym (np. mowa). Z kolei dzieci w wieku szkolnym (6-12 lat) prezentuje zaburzenia koncentracji uwagi i skupienia się na danej czynności, wycofanie z aktywności społecznej, „bycie niewidocznym”, płaczliwość i nadmiernie utrzymujący się smutek, katastrofizowanie i przywoływanie sytuacji przerażających, trudności w przejściu od jednej formy aktywności do drugiej, zaburzenia zachowania w kierunku impulsywnego rozładowywania napięcia przez agresję, wycofanie się z relacji z dorosłymi i rówieśnikami (manifestowanie potrzeby bycia pozostawionym samemu sobie), zaburzenia łaknienia, bójki z rówieśnikami, problemy w nauce, zaburzenia somatyczne – bóle brzucha, głowy, zachowania charakterystyczne dla młodszych dzieci (oddawanie moczu do łóżka, ssanie palca/ów), lęk przed ciemnością. Najstarsza grupa, do której odnosi młodzież w wieku 13-18 lat ma następujące objawy: nieustanne opowiadanie o przeżytej traumie lub wprost przeciwnie. Milczenie i zaprzeczenie, że coś się stało, stany chronicznego zmęczenia, przesypianie wielu godzin, brak energii do podejmowania jakichkolwiek aktywności, zachowania niebezpieczne i ryzykowne, zaburzenia zachowania związane z impulsywnym rozładowaniem napięcia przez agresję i łamanie zasad oraz norm, szukanie nowych znajomych o podobnych zainteresowaniach oraz regulacja napięcia za pomocą używek i narkotyków. Scheeringa, Zeanah, Drell i Larrien (1995, cyt. za Zdankiewicz-Ścigała, 2020) uważają, że zasadnym jest rozpoznanie u niemowląt do 48 miesiąca życia zespołu stresu pourazowego w przypadku spełnienia jednego z czterech kryteriów: 1) powtórne przeżywanie, 2) obniżona aktywność (widoczne społeczne wycofanie, sztywny afekt, utrata nabytych umiejętności, nadpobudliwość (odpowiadanie przestraszeniem na bodźce, nadmierne rozdrażnienie czy pobudzenie dziecka, nagłe ataki złości, kłopoty z koncentracją i skupieniem uwagi), 3) strach i agresja (zachowania agresywne, bliski kontakt z opiekunami, lęk przed toaletą lub przedmiotami).

Trauma złożona jest definiowana jako powtarzające się doświadczenie traumatycznych wydarzeń, które "1) mają charakter interpersonalny, 2) powtarzają się

lub są chroniczne, 3) mają początek we wczesnym okresie życia dziecka i 4) występują w systemie opieki nad dzieckiem" (Kisiel i in. 2009, s. 144). W przypadku traumy złożonej według van der Kolk i współpracowników (2009; Zdankiewicz-Ścigała, 2020) diagnozowanie PTSD u dzieci i dorosłych nie jest zasadne, a zamiast tego zwracają uwagę na następujące obszary: 1) niestabilność uczuciowa i fizjologiczna, która jest spowodowana nieodpowiednim rozwojem kompetencji poznawczych związanych z regulowaniem pobudzenia. Styl więzi we wczesnym dzieciństwie wpływa na dany rozwój i im bardziej jest pozabezpieczny tym większe trudności z doświadczeniem, rozumieniem oraz regulacją afektu; 2) zaburzenia uwagi i zachowania związane z deficytem rozwoju kory mózgowej i tworzeniem odpowiednich asocjacji między poszczególnymi obszarami mózgu. Dane zaburzenia objawiają się przez brak umiejętności przewidywania zagrożeń, uczenia się, radzenia sobie ze stresem, podejmowaniem ekstremalnego ryzyka, poszukiwaniem silnych emocji, niezdolnością do zainicjowania i utrzymywania działań celowych, skłonnością do nawykowych lub reaktywnych samouszkodzeń. Do danych trudności również należą deficyty w rozpoznawaniu emocji wyrażanych niewerbalnie; 3) zaburzenia samooceny i relacji, które wynikają ze względu na nieodpowiedni rozwój kompetencji związanych z poczuciem tożsamości i zaufaniem do innych, zwłaszcza w relacjach uczuciowych. U osób z stylem pozabezpiecznym może wynikać dwa rodzaje lęku: lęk przed odrzuceniem i lęk przed bliskością; 4) zaburzenia typowe dla PTSD, które możemy zaobserwować, kiedy do traum rozwojowych dochodzą traumy związane z zagrożeniem życia czy śmiercią. W tym przypadku mamy do czynienia z objawami związanymi z ponownym przeżywaniem, unikaniem czy pobudzeniem. Dzieci często prezentują silne objawy somatyczne (np. moczenie się.), objawy ze strony układu pokarmowego, koszmary senne, unikanie rozmów, miejsc czy sytuacji kojarzących się z traumatycznym przeżyciem.

Schore (2009, cyt. za Zdankiewicz-Ścigała, 2020) zaznacza, że w przypadku jednorazowego traumatycznego wydarzenia u dziecka czy dorosłego, jest szansa z czasem wygasnąć wzory pobudzenia. W przypadku traumy relacyjnej, w tym złożonej, zmiany zachodzą w mózgu i są trwałe. Skutki traumy złożonej doświadczonej w dzieciństwie są odczuwalne w wieku dorosłym jako różnego rodzaju zaburzenia psychiczne i uzależnienia. Mogą objawiać się w postaci chorób przewlekłych, takich jak choroby serca, rak, udar, cukrzyca, choroby wątroby. Osoby z historią traumy złożonej

często są także recydywistami, doświadczają poważnych problemów w życiu prywatnym i zawodowym (van der Kolk, 2005; Cook i in., 2005). Cook i inni (2005; Zdankiewicz-Ściagała, 2020) opisują siedem obszarów funkcjonowania u dzieci i młodzieży, w których dochodzi do nieprawidłowego rozwoju wskutek doznanej traumy:

1) przywiązaniową: problemy z wyznaczeniem granic, nieufność i podejrzliwość, izolacja społeczną, problemy z nawiązywaniem relacji, problemy z empatią i dostrajaniem się do cudzych stanów emocjonalnych, problemy z decentracją i przyjmowaniem perspektywy innych;

2) biologiczną: problemy z rozwojem sensomotorycznym, analgezja, problemy z koordynacją ciała i równowagą, somatyzacja, zwiększone problemy zdrowotne w szerokim spektrum (np. bóle miednicy, astma, problemy skórne, zaburzenia autoimmunologiczne);

3) afektywną: trudności z samoregulacją, trudności w werbalizacji i ekspresji, problemy z mentalizacją, trudności w komunikowaniu potrzeb i pragnień;

4) dysocjacyjną: wyraźne zmiany w stanach świadomości, amnezja, depersonalizacja i derealizacja, dwa lub więcej odrębnych stanów świadomości, upośledzona pamięć zdarzeń wywołanych przez czynniki związane z przeżyтыми urazami;

5) behawioralną: słaba regulacja impulsów, zachowania autodestruktywne, agresja wobec innych, patologiczne zachowania samokojące (np. samookaleczenia, używki), zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych, nadmierna zgodność, zachowania opozycyjna, trudności w zrozumieniu i przestrzeganiu zasad, odtwarzanie traumy w zachowaniu lub grach (np. seksualnych, agresywnych);

6) poznawczą: trudności w regulacji uwagi i kontroli wykonawczej, brak trwałej koncentracji uwagi i skupienia na czymś z ciekawości, problemy z przetwarzaniem nowych informacji, problemy ze skupieniem na zadaniu i dokończeniem zadania, problemy ze stałością obiektów, trudności w planowaniu i przewidywaniu, problemy ze zrozumieniem odpowiedzialności, trudności w uczeniu się, problemy z rozwojem języka, problemy z orientacją w czasie i przestrzeni

7) pojęcie Ja (poczucie tożsamości): brak ciągłości tożsamości, słabe poczucie odrębności, zakłócenia obrazu ciała, niska samoocena, wstyd i poczucie winy.

Liczne badania pokazują, że niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa, w tym traumatyczne wydarzenia, zwiększają ryzyko wystąpienia objawów psychopatologicznych w dzieciństwie i dorosłości (Lindert i in., 2014; Kalmakis i Chandler, 2015, cyt. w Dragan M., 2020). Wyniki badań z udziałem młodych kobiet z historią niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie wykazały, że trudności w regulacji emocjonalnej jest mediatorem w związku między wydarzeniem niekorzystnym a zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia objawów psychopatologicznych, w tym problemów z piciem. Niezależnie od rodzaju traumy z dzieciństwa głównie trudności w regulacji emocji nasilały objawy psychopatologiczne (Dragan M., 2020). Dragan M. (2018) wskazuje również, że osoby dorosłe z doświadczeniem traumy w dzieciństwie częściej mają diagnozę zaburzeń psychopatologicznych w momencie badania i w ciągu życia niż osoby dorosłe bez takiego doświadczenia. Z drugiej strony, badanie Dragana W. i in. (2016) miało na celu analizę roli reaktywności emocjonalnej oraz negatywnych zdarzeń z dzieciństwa w kształtowaniu zaburzeń lękowych i depresyjnych u osób dorosłych. Wyniki badania wskazują, że liczba zdarzeń z dzieciństwa jest moderatorem w relacji między reaktywnością emocjonalną a zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Ponadto przy dużej ilości negatywnych doświadczeń dana moderacja nie występuje. W przypadku zaburzeń lękowych efekt emocjonalnej reaktywności jest najsilniejszy w grupie osób z niskim stopniem zdarzeń negatywnych z dzieciństwa. Z innej strony, najsilniejszy efekt reaktywności emocjonalnej w przypadku zaburzeń depresyjnych był zaobserwowany w grupie osób z średnią ilością niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa. Dragan W. z zespołem (2016) w dyskusji na temat wyników badania powołują się na model Briera (2002, „self-trauma model”), według którego pod wpływem wczesnych traumatycznych doświadczeń zmianom ulegają sześć obszarów: „(1) negatywne założenia o charakterze przedjęzykowym i schematy relacyjne, (2) warunkowe reakcje emocjonalne na bodźce związane z traumą, (3) niejawne sensoryczne wspomnienia przemocy, (4) jawne autobiograficzne wspomnienia zaniedbywania, (5) utajone bądź „głębokie” struktury poznawcze zawierające materiał związany z traumą oraz (6) nieprawidłowo ukształtowane umiejętności regulowania afektu” (Dragan i in., 2016, s.101). Briere (2002, cyt. za Dragan i in., 2016) uważa, że każde następne negatywne doświadczenie nasila efekty wywołane przez wcześniejsze, co było potwierdzone empirycznie. Briere i in. (2010, cyt. za Dragan i in., 2016) również potwierdzili w swoich badaniach, że duża

ilość negatywnych doświadczeń wiąże się z nasileniem i współwystępowaniem problemów w różnych obszarach funkcjonowania. Hodges i in. (2013) uważają, że nagromadzenie doświadczeń traumatycznych skutkuje większą złożonością objawów zaburzeń psychicznych.

1.2.4 Trauma złożona u dzieci i młodzieży w opiece zastępczej

W wyniku doświadczenia traumy złożonej, dzieci i młodzież przebywający w placówkach opiekuńczo-wychowawczych zaliczane są do grupy ryzyka zaburzeń psychicznych. Wskazują na to obserwowane w tej grupie (1) zaniedbania w rozwoju emocjonalnym i społecznym dzieci i młodzieży przez opiekunów, (2) sytuacja socjalno-bytowa rodziny przed umieszczeniem w placówce opiekuńczo-wychowawczej, nieadekwatny poziom umiejętności wychowawczych opiekunów oraz (3) możliwość doświadczenia traumatycznych wydarzeń związanych z rozłąką z domem rodzinnym (Pawliczuk i in., 2018).

Bronsand wraz z zespołem (2016) dokonali metaanalizy 8 badań dotyczących rozpowszechnienia objawów psychopatologicznych wśród dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych. Łącznie do analizy wzięto było pod uwagę 3104 osoby badane. Badacze doszli do wniosku, że co drugie dziecko spełniało kryteria zaburzenia psychicznego, co wskazywało na znacząco dużą różnicę w porównaniu do ogólnej populacji, gdzie procent występowania zaburzeń psychopatologicznych jest równy 13,4 %. Najczęściej występowało zaburzenie destrukcyjne, w tym zaburzenia zachowania oraz opozycyjno-buntownicze zachowania – u 27% respondentów. 11 % osób badanych spełniało kryteria dla zespołu deficytu uwagi i nadpobudliwości psychoruchowej. Ponadto ADHD występowało w 3 razy częściej w danej grupie w porównaniu do populacji ogólnej. Zaburzenia lękowe występowały u 18% dzieci i młodzieży, a zaburzenia depresyjne – u 11%. Występowanie zespołu stresu pourazowego było najniższe – 4%.

W badaniu przeprowadzonym w Warszawie w latach 2007-2011 przez Pawliczuka i jego zespół (2018) przebadano 141 dzieci w wieku 11-18 lat. Wyniki wykazały, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu "dom dziecka" wynosiło 52,4% w trakcie badania i 53,5% w ciągu całego życia. W czasie badania najczęstszym rozpoznaniem było

uzależnienie od nikotyny (32,3%), następnie zaburzenia zachowania opozycyjno-buntownicze (13,4%), inne zaburzenia zachowania (12,2%), fobia specyficzna (16,7%), zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (10%), fobia społeczna (5,7%), zaburzenia adaptacyjne z nastrojem depresyjnym (5,6%), zaburzenia stresowe pourazowe (5,6%) (Pawliczuk i in., 2018).

1.2.5 Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych u dzieci i młodzieży

Ekspozycja dzieci oraz młodzieży na wydarzenia potencjalnie traumatyczne jest dość rozpowszechniona, co potwierdzają badania opisane poniżej.

Giaconia i in. (1995, cyt. za Elklit, 2002) przeprowadzili podłużne badania 384 18-nastolatków w Stanach Zjednoczonych w celu analizy ekspozycji na zdarzenia traumatyczne. Wyniki badania wskazywały, że ponad 2/5 uczestników do ukończenia osiemnastego roku życia doznało co najmniej jedno zdarzenie traumatyczne, na podstawie definicji DSM-III-R. 15 % osób, które doświadczyli traumatycznego wydarzenia prezentowali objawy związane z PTSD. Ponadto jak zaznaczają badacze, niezależnie od tego czy mieli rozpoznane PTSD czy nie, osoby badane prezentowały spektrum zachowań do których należały problemy emocjonalne i behawioralne, trudności interpersonalne, niepowodzenia w nauce, zachowania suicydalne i problemy ze zdrowiem somatycznym. 80 % osób badanych z rozpoznaniem PTSD miało co najmniej jeszcze jedno dodatkowe zaburzenie, z kolei 2 i więcej dodatkowych zaburzeń miało 40% osób. Badacze podkreślili wagę analizy nie tylko traumatycznych wydarzeń, które potencjalnie powodują PTSD, ale również branie pod uwagę takie czynniki jak sytuacja rodzinna, gdyż wyniki wskazują na to, że większość młodzieży doznała traumatycznego przeżycia przed 14 rokiem życia.

Elklit (2002) również powołuje się na badanie Balvig (1999) w którym wzięło udział 1270 duńskich uczniów klas ósmych z trzech różnych regionów Danii. Rezultaty badania wykazują, że 44 % osób badanych doznało kradzieży, 16 % doświadczyło pobicia i 36 % osób było grożono przemocą w ostatnich 12 miesięcy. Z kolei z badania Edgardh i Ormstad (2000, cyt. za Elklit, 2002) z udziałem siedemnastolatków w Szwecji wynika, że 2,3 % mężczyzn i 7,1 % kobiet doświadczyło przemocy seksualnej (*sexual abuse*) oraz 1,2 % i 1,3 % odpowiednio, doświadczyło wykorzystania seksualnego obejmującego stosunek seksualny. Ponadto wykorzystanie seksualne było znacząco

powiązane z ilością prób samobójczych, w tym samookaleczeniem, co doznali 5,9 % mężczyzn oraz 11,4 % kobiet.

Elklit (2002) w swoim badaniu z udziałem 390 duńskich uczniów w wieku 13-15 lat doszedł do wniosku, że 87 % kobiet i 78 % mężczyzn doznali co najmniej jedno zdarzenie traumatyczne. Średnia liczba bezpośrednich traumatycznych zdarzeń na jednego ucznia wynosiła 2,5 (odsetek osób, które przeżyli jedno zdarzenie = 17%, dwa zdarzenia = 23%, trzy zdarzenia = 20 %, cztery zdarzenia = 14 %, pięć i więcej zdarzeń = 14 %). Średnia liczba pośrednich zdarzeń traumatycznych na ucznia wynosiła 3,2 % (odsetek osób będących świadkiem jednego zdarzenia = 23%, dwóch zdarzeń = 17%, trzech zdarzeń = 13%, czterech zdarzeń = 10%, pięć i więcej zdarzeń = 26 %). Wśród uczniów które wypełniły całą ankietę i zaznaczyli przeżycie jednego traumatycznego zdarzenia 9 % spełniło kryteria PTSD (5,6 % mężczyzn i 12,3% kobiet), ponadto 11,2 % mężczyzn i 17,4% kobiet spełniało kryteria subklinicznego PTSD. Seksualne wykorzystanie, gwałt, zaniedbanie w dzieciństwie, fizyczna przemoc i próby samobójcze najsilniej wiązały się z występowaniem PTSD i subklinicznego PTSD. Najczęściej w badaniu jako najbardziej przykre zdarzenie osoby badane wymieniali śmierć osoby bliskiej (51,8%), groźba użycia przemocy fizycznej (26,9 %), doświadczenia bycia poniżanym lub prześladowanym ze strony innych (*mobbing*, 22,6 %), bycia bliskim utonięcia (18,7 %).

Wyniki badania Copelanda i in. (2007) z udziałem 1420 dzieci w Stanach Zjednoczonych w wieku od 9 do 16 lat wskazują na to, że więcej niż dwie trzecie osób badanych zanotowali co najmniej jedno doświadczenie traumatycznego wydarzenia do 16 roku życia, w tym 13,4 % badanej młodzieży prezentowała objawy stresu pourazowego. Mniej niż 0,5 % osób badanych spełniali kryteria PTSD za DSM-IV. Większe natężenie symptomów było związane z przemocą albo nadużyciem seksualnym. Symptomy stresu pourazowego były przewidywane przez zaburzenia lękowe, ekspozycję na traumę złożoną oraz trudną sytuację rodzinną. Wyższe wskaźniki lęku i depresji wskazywały na występowanie współistniejących zaburzeń psychicznych oraz objawów stresu pourazowego przy doświadczeniu traumatycznego zdarzenia. Ponadto Copeland i in. (2007) dochodzą do wniosku, że pierwsze wydarzenie traumatyczne wywołuje mniej symptomów stresu pourazowego lub innych zaburzeń psychicznych, a ich nasilenie jest krótkotrwałe. Podobne wyniki prezentuje badanie McLaughlin i in. (2013). Badacze przebadali 6483 młodzieży w Stanach Zjednoczonych w wieku 13-17 lat i stwierdzili, że

61,8 % osób badanych doświadczyło w swoim życiu potencjalnie traumatycznego wydarzenia. 4,7 % młodzieży spełniało kryteria PTSD według DSM-IV, ponadto wśród kobiet procent PTSD był znacząco wyższy (7,3%) w porównaniu do mężczyzn (2,2 %). U nastolatków, którzy nie mieszkali z obojga biologicznych rodziców i wcześniejszymi zaburzeniami zachowania, ekspozycja na potencjalnie traumatyczne wydarzenia, zwłaszcza przemoc interpersonalną, była wyższa. Rozpowszechnienie ekspozycji na wydarzenie traumatyczne wśród nastolatków (6787 osób badanych w wieku 12-19 lat) w Szwajcarii również jest wysokie. Potwierdza to badanie Landolt i in. (2013), w którym 56 % osób doświadczyło co najmniej jednego traumatycznego wydarzenia. Ponadto większe ryzyko ekspozycji na traumatyczne wydarzenia wiązało się z narodowością inną niż szwajcarska, brakiem zamieszkania z obojga biologicznych rodziców i niższym poziomem edukacji rodziców. 4,2 % osób badanych spełniało kryteria PTSD według DSM-IV-TR (6,2 % kobiet i 2,4 % mężczyzn). Czynnikiem zwiększającym ryzyko występowania PTSD były płeć żeńska, brak zamieszkania z obojga biologicznych rodziców, niższe wykształcenie rodziców oraz ekspozycja na traumę złożoną. Badanie Alisic i in. (2008) z udziałem 1770 dzieci w wieku 7-13 lat w Holandii wykazało, że 14 % osób badanych doświadczyło traumatycznego wydarzenia, według definicji PTSD w DSM-IV-TR kryterium A1. Najczęściej występowała śmierć osoby bliskiej (5 %), np. przyjaciół który nagle zmarł lub ktoś z rodzeństwa popełnił samobójstwo, drugim typem zanotowanych traum były katastrofy (2 %) oraz bycia świadkiem przemocy (4 %).

Jak pokazują wyżej przedstawione badania nagła utrata osoby bliskiej jest jedno z najczęściej wymienianych traumatycznych wydarzeń u dzieci i młodzieży (McLaughlin i in. 2013, Landolt i in. 2013, Alisic i in. 2008). Gunaratnam and Alisic (2017), powołując się na dane z WHO za 2014 rok, zaznaczają, że poważne obrażenia w wyniku wypadku jest główną przyczyną śmierci osób w wieku 10-19 lat. Warto jednak zaznaczyć, że miliony dzieci rocznie doznają poważnych urazów bez skutku śmiertelnego, które najczęściej są związane z wypadkami samochodowymi, utonięciami, poparzeniami lub upadkami. Według Elklit and Fransen (2014, cyt za: Gunaratnam and Alisic, 2017) oraz Ghazali i in. (2014, cyt. za Gunaratnam and Alisic, 2017) najczęściej spotykanym potencjalnie traumatycznym wydarzeniem jest wypadek samochodowy.

Badania Finkelhor i in. (2015) wskazują na rozpowszechnienie ekspozycji na przemoc. Wyniki badania z udziałem 4000 dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat pokazują, że 37,3 % osób badanych doświadczyło fizycznej napaści w ciągu roku, w którym było

przeprowadzone badanie, głównie od rówieśników i rodzeństwa. 9,3 % młodzieży doznało urazów związanych z napaścią, a 5,1% osób badanych zgłosiło napaść ze strony osoby dorosłej. Napaści częściej były dokonywane w stosunku do chłopców (41,6 %) w porównaniu do dziewczyn (33%). Chłopcy znacząco częściej doświadczyli napaści od osoby dorosłej (6,9%) w porównaniu do dziewczyn (3,3%), napaści rówieśniczej (20,6 % vs 10,4%). W ciągu roku, w którym przeprowadzono badanie, 2% dziewczyn doznało napaści na tle seksualnym albo wykorzystania seksualnego, w tym procent ten rósł w grupie dziewczyn 14-17 lat (4,6%). 15,2 % dzieci i młodzieży doświadczyło maltretowania (fizyczne znęcanie się, emocjonalne znęcanie się, zaniedbanie oraz ingerencja w opiekę) ze strony opiekuna, w tym 5 % doznało znęcania fizycznego. W grupie osób badanych w wieku 14-17 lat procent osób dotkniętych maltretowaniem wynosił 38,1 %, znęcanie się fizyczne ze strony opiekuna doznało 18,1%. Emocjonalna przemoc ze strony opiekuna była stosowana do 9,3 % osób badanych, tym najwięcej do młodzieży w wieku 14-17 lat (23,9 %). Zaniedbanie występowało w 5,1 % przypadków, a w grupie 14-17 lat – 18,4 %. 24,5 % osób badanych byli świadkami przemocy w ostatnim roku w rodzinie lub środowisku. Świadkami napaści między rodzicami było 5,8 % osób badanych. Podsumowując, 40,9 % osób było narażono na więcej niż jedno traumatyczne wydarzenie: przemoc, przestępczość lub wykorzystanie. 10,1 % dzieci i młodzieży doznało więcej niż 6 traumatycznych wydarzeń, a 1,2 % - 10 i więcej. Co najmniej jedno bezpośrednie traumatyczne doświadczenie zanotowali u 60,8 % osób badanych.

Dragan i Hardt (2009) powołując się na badania statystyczne Engfer i Hardt (w druku), zaznaczają, że w 2003 roku w Stanach Zjednoczonych zanotowano ok. 900 000 przypadków znęcania się nad dziećmi, w tym 60 % przypadków odnosiło się do zaniedbywania.

Statystyki zaprezentowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, 2024; Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023) wskazują na wzrost liczb związanych z maltretowaniem dzieci. W 2017 roku (WHO, 2017, cyt. za Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023):

- prawie 3 na 4 dzieci w wieku 2-4 lat systematycznie doznawali kar fizycznych i/lub przemocy psychicznej ze strony rodziców i opiekunów,
- jedna na 5 kobiet i 1 na 13 mężczyzn doświadczyli wykorzystania seksualnego jako dziecko w wieku 0-17 lat,

-120 mln dziewcząt i młodych kobiet poniżej 20 roku życia byli ofiarami jakiejś formy przymusu kontaktu seksualnego.

W 2024 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2024), powołując się na badanie UNICEF (2024), zaznacza, że:

- 6 na 10 dzieci (400 mln dzieci) poniżej 5 roku życia systematycznie doświadcza kar fizycznych i/lub przemocy psychicznej ze strony rodziców i opiekunów,

-1 na 5 kobiet i 1 na 7 mężczyzn wskazują, na bycia wykorzystanym seksualnie jako dziecko.

Swedo i in. (2024) badając nastolatków w Stanach Zjednoczonych w 2021 r., doszli do wniosku, że najczęściej osoby badane doświadczyli emocjonalnego znęcania - 65,8 % osób badanych, problemów ze zdrowiem psychicznym w gospodarstwie domowym – 36,1 % oraz przemocy fizycznej – 32,5 %. 80,5 % nastolatków doznało co najmniej jednego potencjalnie traumatycznego wydarzenia, a 22,4% doświadczyło powyżej 4 potencjalnie traumatycznych wydarzeń.

Madigan (2025) wraz ze zespołem dokonała metaanalizy 65 badań w 18 krajach dotyczących rozpowszechnienia potencjalnie traumatycznych wydarzeń wśród dzieci i młodzieży. W badaniach brali udział dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat i łącznie grupa badana składała się z 490 423 osób. Badacze doszli do wniosku, że prawie 58 % osób badanych doświadczyło potencjalnie traumatycznego wydarzenia: 22% -co najmniej 1, 12,7 % - co najmniej 2, 8,1% - co najmniej 3 i 14,8 % - co najmniej 4 i więcej. Ponadto ekspozycja na 4 i więcej potencjalnie traumatycznych wydarzeń częściej występowała u nastolatków w porównaniu do dzieci, u dzieci w pieczy zastępczej, u osób badanych z historią przestępności jako nieletni oraz u rdzennej ludności. Warto również zaznaczyć, że badacze wskazują na to, że większy brak ekspozycji na potencjalnie traumatyczne wydarzenia występowały w badaniach kwestionariuszowych, gdzie dziecko lub rodzic odpowiadały na pytania.

Ogińska-Bulik (2010) przeprowadziła badanie na grupie polskiej w wieku 14-16 lat i zaznacza, że 72 % osób badanych doświadczyło wydarzenia traumatycznego. Najczęściej nastolatki zaznaczali utratę ukochanej osoby (33%), przewlekłą lub ostrą chorobę, wypadek lub uraz, poważne trudności finansowe (po 13,3%) oraz rozwód rodziców (9,9%).

Lis-Turlejska (2005, cyt. za Lis-Turlejska, 2009) z kolei zbadała 475 studentów w 7 warszawskich wyższych uczelniach doszła do wniosku, że 75,6% osób badanych

zaznaczyło doświadczenie co najmniej jednego przeżycia traumatycznego (według DSM-IV): jednego zdarzenia – 26,5 %, dwóch takich zdarzeń – 20,9%, trzech – 11,75%, czterech zdarzeń – 8,55%. 16,5 % studentów podało, że doświadczył czterech lub więcej traumatycznych zdarzeń. Najczęściej występującymi zdarzeniami u grupy kobiet były: traumatyczna utrata kogoś bliskiego – 23,1%, doznawanie przemocy fizycznej w dzieciństwie – 22,5 %, zagrażający życiu wypadek – 21,2 % i obserwacja zabójstwa/napadu – 19,4%. Z kolei, w grupie mężczyzn najczęściej doświadczonymi zdarzeniami były: doznanie rozboju/napadu – 40,6%, zagrażający życiu wypadek – 28,7%, doznanie przemocy fizycznej w dzieciństwie – 24,5%, obserwowanie zabójstwa/napadu – 23,9%, doznanie przemocy fizycznej w dorosłości – 20,3% i zagrożenie bronią – 19,6 %. Ponadto badaczka zaznacza, że mężczyźni częściej doznali napadu/rozboju, przemocy fizycznej w dorosłości i zagrożenia bronią, kiedy kobiety istotnie częściej doznały molestowania, przemocy seksualnej w dzieciństwie i próby gwałtu.

Badania Dąbkowskiej (2006, cyt. za Zdankiewicz-Ściagała, 2020) z udziałem dzieci i młodzieży wykazało, że nawet 70 % osób badanych doświadczyło zdarzeń o charakterze traumatycznym.

W 2018 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2018) opublikowała raport z badań przeprowadzonych w Polsce w 2016 roku przez K. Makaruk, J. Włodarczyk, D. Sethi, P. Michalski, R. Szredzińska, P. Karwowska w 5 różnych uczelniach wyższych, w którym wzięło udział 1722 studentów. 76,6 % respondentów zaznaczyła, że doświadczyła co najmniej jedno traumatyczne zdarzenie, ponadto mężczyźni (79,00%) deklarowali takie zdarzenie istotnie częściej niż kobiety (74,77%) oraz osoby których rodzice mieli niższy poziom edukacji (81,21%). 24,68% osób badanych deklarowało, że doznało jednego traumatycznego doświadczenia, 18,58% - 2 zdarzeń, 14,11% - 3 zdarzeń i 19,22% - co najmniej 4 zdarzeń. Najbardziej rozpowszechnionym zdarzeniem traumatycznym była przemoc fizyczna, którą doświadczyli w dzieciństwie ze strony rodziców lub opiekunów 45,93 % studentów. Mężczyźni istotnie częściej doświadczali danej formy przemocy w porównaniu do kobiet. Znęcanie się emocjonalne ze strony członków rodziny występowało w 42,18%. 4,79 % respondentów zaznaczyło, że doznało wykorzystania seksualnego w dzieciństwie od osoby starszej o co najmniej 5 lat lub osoby dorosłej. Wykorzystanie seksualne istotnie częściej było spotykane w grupie badanych kobiet w porównaniu do grupy mężczyzn. Emocjonalnego zaniedbania w dzieciństwie

doświadczyli 25,07% osób badanych, fizycznego zaniedbania -11,69% oraz ok. 7,98% było świadkiem przemocy między rodzicami lub opiekunami. Badanie również pokazało, że najczęściej występującą dysfunkcją w rodzinie było nadużywanie alkoholu przez członka rodziny (21,3%). Na drugim miejscu jest choroba psychiczna u członka rodziny, którą zaznaczyli 19,49 % respondentów. Na trzecim miejscu okazał się rozwód rodziców lub separacja – 15, 61 %. Ponadto 4,48% studentów zaznaczyło, że mieszka z osobą, która dokonała przestępstwa, a 3,38% odpowiedziało, że mieszkają z osobą, która zażywa narkotyki. Badacze również doszli do wniosku, że traumatyczne wydarzenia występują razem, np. 51,92 % respondentów zaznaczyło, że doświadczyło co najmniej 2 typów wykorzystania albo rodzinnej dysfunkcji, a 19,92% odpowiedziało, że doznało co najmniej 4 typy traumatycznych wydarzeń. Wyniki badania wskazują, że suicydalne zachowanie, samookaleczenia, wcześniejsze palenie papierosów, zażywanie narkotyków psychoaktywnych, nadużywanie alkoholu, wcześniejsze rozpoczęcie aktywności seksualnej i więcej niż 3 partnerzy seksualne istotnie częściej występują u osób, które doświadczyli 4 i więcej traumatycznych doświadczeń w porównaniu do osób bez takiego doświadczenia. Problemy ze zdrowiem psychicznym, np. próby samobójcze i samookaleczenia były związane ze znęcaniem się i zaniedbaniem emocjonalnym w dzieciństwie.

Analizując rozpowszechnienie traumatycznych wydarzeń wśród młodzieży warto zwrócić uwagę na grupę dzieci i młodzieży, które przebywają w pieczy zastępczej ze względu na złożoność ich doświadczenia. W badaniach amerykańskich badacze definiowali traumę złożoną jako narażenie jednostki na co najmniej dwa doświadczenia traumy interpersonalnej: np. przemoc fizyczną, wykorzystywanie seksualne, wykorzystywanie emocjonalne, zaniedbanie i/lub przemoc domową (Cook i in., 2005; Greeson i in. (2011); Kisiel i in. (2009). Kisiel i zespół (2009) przebadali 4272 dzieci objętych opieką społeczną (USA, Illinois). Badania te wykazały, że 34,5% dzieci cierpiało z powodu traumy złożonej. Dzieci te "wykazywały więcej objawów stresu traumatycznego i zdrowia psychicznego, zachowań ryzykownych i trudności w codziennym funkcjonowaniu oraz mniej mocnych stron w porównaniu z dziećmi bez historii traumy złożonej " (Kisiel i in., 2009, s. 143). Z kolei Greeson i wsp. (2011), analizując traumatyczną historię 2251 dzieci w Stanach Zjednoczonych objętych opieką społeczną, stwierdzili, że 70,4% badanych doświadczyło dwóch lub więcej interpersonalnych zdarzeń traumatycznych zakwalifikowanych jako trauma złożona, a

11,7% badanych było narażonych na wszystkie pięć rodzajów traumy. Co więcej, wyniki badania pokazują, że nastolatki z historią złożonej traumy w porównaniu z nastolatkami bez takiej historii są bardziej narażone na zaburzenia internalizacyjne, stres pourazowy i co najmniej jedną diagnozę kliniczną.

Griffin i in. (2011a) również badali dzieci i młodzież w pieczy zastępczej w Stanach Zjednoczonych i doszli do wniosku, że ponad 95 % osób wchodzących do systemu opieki zastępczej ma co najmniej jedno doświadczenie traumatycznego wydarzenia. Badanie Haselgruber i innych (2021) z udziałem dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej w Austrii wykazało, że 18,9 % osób badanych doświadczyło co najmniej jednego wydarzenia traumatycznego oraz 59,1 % osób doznało dwa i więcej traumatycznych zdarzeń. Najczęściej w danej grupie badanej występowało fizyczne i emocjonalne znęcanie się (53,3% oraz 52,5%), przemoc psychiczna (49,2%), przemoc fizyczna (33,6%) oraz nadużycie seksualne (28,7%).

Na dany moment nie ma badań w literaturze polskiej dotyczących rozpowszechnienia ekspozycji na traumatyczne wydarzenia wśród dzieci i młodzieży przebywających w pieczy zastępczej.

1.2.6. Czynniki nasilające negatywne skutki traumatycznych zdarzeń

Badania dotyczące następstw doświadczeń traumatycznych wykazują, że wiele osób, które doświadczyły zdarzenia traumatycznego nie prezentują zmian w zakresie zdrowia psychicznego, a co więcej w niektórych obszarach życia doznają pozytywnych zmian (Flynn, Nelson, 1998, cyt. za Gustak i Głuszek-Osuch, 2009). Istotną częścią badań nad konsekwencjami traumy pozostają badania dotyczące czynników warunkujących reakcje na wydarzenia traumatyczne. Czynniki warunkujące występowanie objawów lub zaburzeń potraumatycznych można podzielić na trzy grupy: 1) zmienne przedurazowe, 2) okołotraumatyczne oraz 3) pourazowe (Zdankiewicz – Ściagała, 2020; Gustak i Głuszek-Osuch, 2009). Do zmiennych przedurazowych można zaliczyć wcześniejsze traumy oraz istniejące na czas urazu zaburzenia psychiczne u ofiar i członków jej rodziny (Norris i in., 2002) oraz czynniki indywidualne, np. neurotyczność, unikanie szkody lub reaktywność emocjonalna. Czynniki okołotraumatyczne, które towarzyszą traumatycznemu zdarzeniu, są postrzeganie zagrożenia życia własnego i innych osób (członków rodziny), doświadczenia urazów ciała, silne emocje negatywne występujące

w trakcie zdarzenia oraz najawność objawów dysocjacyjnych (Ozer i in., 2003). Brewin i in. (2000) oraz Norris i in. (2002) w swoich metaanalizach dochodzą do wniosku, że istotnymi czynnikami pourazowymi są czynniki o charakterze społecznym, zwłaszcza wsparcie społeczne ze strony rodziny oraz społeczności.

Wielkość doznanej traumy jest związana z bezpośrednim zagrożeniem życia oraz wielkością poniesionych strat i wiąże się z silniejszymi reakcjami pourazowymi u dzieci (Bokszczanin, 2003). W grupie dzieci i młodzieży najsilniejsze związki z PTSD mają sytuację taki jak gwałt, zaniedbanie w dzieciństwie, fizyczna lub/i seksualna przemoc oraz próby samobójcze (Kobylarczyk–Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023). Badania wskazują, że w grupie osób nieletnich po urazie nie interpersonalnym wskaźniki PTSD są 9,7 %, kiedy w grupie osób po urazie interpersonalnym wzrasta do 25,2% (Alisic i in., 2014). Jak zaznacza Kobylarczyk-Kaczmarek oraz Ogińska-Bulik (2023), wyniki badań pokazują, że doświadczenia różnych traumatycznych wydarzeń może skutkować występowaniem objawów zespołu stresu pourazowego, ale ekspozycja na przemoc fizyczną, psychiczną i seksualną istotnie zwiększa ryzyko PTSD.

Zdankiewicz-Ścigała (2020) uważa, że o psychologicznych konsekwencjach traumy u dzieci u młodzieży decydują takie czynniki jak:

- wiek dziecka – młodsze dzieci są bardziej narażone na występowanie dysfunkcyjnego zachowania przejawiającego się przez problemy somatyczne, zaburzenia emocjonalne. Trudnością powrotu do równowagi jest również brak możliwości werbalizowania traumy.

- częstość występowania traum – wielokrotne doświadczenie tego samego rodzaju traumy lub licznych wydarzeń traumatycznych zwiększa ryzyko występowania skutków odbijających się na zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży w porównaniu do traumy jednorazowej.

- rodzaj więzi między dzieckiem a opiekunami- dzieci z bezpiecznym stylem przywiązania mają szansę na szybszy powrót po przeżyciu wydarzenia traumatycznego ze względu na możliwość otrzymania wsparcia.

- strategie radzenia sobie ze stresem – poczucie własnej wartości, sprawność fizyczna oraz poziom inteligencji zwiększają szansę na stosowanie przez osobę odpowiednich mechanizmów radzenia sobie z wydarzeniem traumatycznym.

- percepcja i ocena zdarzenia – przeżywane emocje takie jak złość, poczucie winy, wstydu w trakcie zdarzenia lub po nim jest warunkowane subiektywną oceną wydarzeń.

Im dłużej utrzymuje się stan zagrożenia lub „zalenie afektywne” tym większe jest ryzyko występowania zaburzeń potraumatycznych.

- wrażliwość – dzieci, które są bardziej reaktywne od strony temperamentalnej, przejawiają większe psychosomatyczne reakcje na stresory traumatyczne (Perry i in., 1995, cyt. za Zdankiewicz-Ściżgała, 2020).

Norris i in. (2002) w swoich metaanalizach wskazują również na to, że płeć i wiek są istotnymi czynnikami dotyczącymi skutków traumatycznych wydarzeń. Pfefferbaum (1997) zaznacza, że stany lękowe, poczucie winy, symptomy depresji oraz PTSD jako objawy zaburzeń potraumatycznych częściej wyjawiają się w grupie starszych dzieci i młodzieży w porównaniu do dzieci młodszych (Gustak, Głuszek-Osuch, 2020). Z kolei badania Bokszczanin (2007) z udziałem młodzieży doświadczającej powodzi wskazuje na wyższe nasilenie objawów PTSD u młodszych dzieci z porównaniu ze starszymi. Greeson i in. (2011) analizując dane dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych w Stanach Zjednoczonych dochodzi do wniosku, że objawy zaburzeń internalizacyjnych są wyższe u starszych dzieci w porównaniu do młodszych. Griffin i in. (2011a) podają, że u dzieci i młodzieży, które prezentują jak objawy związane z traumą tak i objawy psychopatologiczne, dane objawy nasilają się z wiekiem. Jednak w przypadku dzieci i młodzieży prezentujących tylko objawy potraumatyczne, takie objawy nasilają się w wieku 7-12 lat a później idą na spadek. Z kolei u dzieci i młodzieży tylko z objawami psychopatologicznymi, dane objawy nasilają się z wiekiem do 17 roku życia, z później zmniejszają się.

Analiza płci jako czynnika warunkującego rozwój zaburzeń potraumatycznych jest bardziej powszechny w grupie osób dorosłych i rzadziej spotykany w grupie osób nieletnich. Z przeglądu badań dotyczących ofiar różnego rodzaju katastrof i kataklizmów dokonanych przez Norris i in. (2002) wynika, że kobiety i dziewczyny w porównaniu do osób płci męskiej częściej doświadczają objawów PTSD. Gustak i Głuszek-Osuch (2009) przywołują badanie Korol i in. (1999), wyniki którego pokazują, że intensywność objawów PTSD u dziewczynek rośnie wraz z wiekiem, a odwrotną tendencję można zaobserwować u chłopców. Z kolei badanie Bokszczanin (2003) wskazuje na większe nasilenie objawów PTSD u dziewczynek w porównaniu do chłopców 20 miesięcy po powodzi. Brak różnic międzypłciowych u dzieci w wieku 6-13 lat było zaobserwowano w badaniu Kaczmarek i Zawadzki (2005, cyt. za Gustak i Głuszek-Osuch, 2009). Badania Carmasii i in. (2014) oraz Zhou i in. (2015) z udziałem dzieci i młodzieży po

doświadczeniu trzęsienia ziemi również wskazują na niższy stopień objawów PTSD u chłopców w porównaniu do dziewczyn (Kobylarczyk-Kaczmarek i Ogińska-Bulik, 2023). Greeson i in. (2011) w swoim przeglądzie dotyczącego dzieci i młodzieży w pieczy zastępczej w Stanach Zjednoczonych wskazuje na większe nasilenie objawów zaburzeń internalizacyjnych u dziewczyn w porównaniu do chłopców. Jackson (2008) badał osób, które mieli doświadczenia pobytu w pieczy zastępczej i doszedł do wniosku, że kobiety (18,5%) dwa razy częściej mieli rozpoznane zaburzenia depresyjne w porównaniu do mężczyzn (9,5%) i w trzy razy częściej spełniały kryteria do rozpoznania PTSD (30,6% - kobiety, 11% - mężczyźni, Pecora i in., 2009) W literaturze różnica między płciowa jest tłumaczona przez subiektywną wrażliwość kobiet w porównaniu do mężczyzn oraz tendencji uzewnętrznienia emocjonalności przez kobiety w porównaniu do kontrolowania emocji przez mężczyzn (Norris, 2002; Bokszczanin, 2003).

Badania dotyczące nasilenia objawów PTSD u dzieci i młodzieży związane z upływem czasu prezentują niejednoznaczne wyniki. Badanie Liu i in. (2011, cyt. za Kobylarczyk- Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023) z udziałem dzieci, które byli świadkami trzęsienia ziemi w Chinach, wskazywało na nasilenie objawów PTSD wraz z upływem czasu. Z innej strony, wyniki badania La Greca i in. (2013, cyt. za Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023) z udziałem dzieci po przeżyciu huraganu, pokazują że z czasem nasilenie objawów PTSD obniża się. Powołując się na badanie Fan i in. (2015), gdzie zaprezentowane wyniki wskazują na zmieniające się w czasie nasilenie objawów PTSD, Kaczmarek i Ogińska-Bulik (2023) zaznaczają, że różnice w wynikach badań z udziałem dzieci mogą wynikać z rodzaju traumatycznego zdarzenia lub odmiennych narzędzi pomiarowych.

W grupie dzieci i młodzieży przebywających w pieczy zastępczej jednym z czynników, który potencjalnie warunkują rozwój potraumatycznych objawów psychopatologicznych jest czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej, czyli w pieczy instytucjonalnej oraz brak stabilnego miejsca pobytu w pieczy instytucjonalnej. W literaturze nie ma licznych badań, które szczegółowe badali dane czynniki. Jednak Newton (2000) i in. w swoim badaniu potwierdza, że dzieci i młodzież, które doświadczają niestabilnego umieszczenia w pieczy zastępczej, czyli kilkukrotnej zmiany miejsca zamieszkania, są w grupie ryzyka nasilenia lub występowania objawów zaburzeń internalizacyjnych oraz eksternalizacyjnych. Do podobnych wniosków doszli w swoim przeglądzie badań dotyczących niestabilnego umieszczenia w pieczy instytucjonalnej

dzieci i młodzieży Maguire i in. (2024) oraz Lehmann i in (2013) badając dzieci i młodzież w pieczy zastępczej w Norwegii. Z kolei w badaniu z udziałem 49 wychowanków, którzy przebywali w pieczy instytucjonalnej od 8 miesięcy do 86 miesięcy, wyniki wskazują na zmniejszenie nasilenia objawów lękowych, depresyjnych, zaburzeń koncentracji uwagi oraz trudności z nauką wraz z dłuższym pobytem w placówce opiekuńczo-wychowawczej, niezależnie od płci oraz wieku. Ponadto dłużej przebywające dzieci nie odróżniali się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej pod względem nasilenia objawów depresyjnych, lękowych, ADHD (trudności z koncentracją uwagi, nadpobudliwość), trudności społecznych oraz akademickich. Jednak badacze zwracają uwagę, że wyniki są z badania przekrojowego (Navarro-Soria i in., 2020).

1.2.7. Czynniki chroniące przed negatywnymi skutkami traumatycznych zdarzeń

Yule i in. (2019, s. 406) sugerują, że zrozumienie, dlaczego niektóre dzieci po narażeniu na przemoc stają się odporne, a inne rozwijają psychopatologię, jest istotne dla "poprawy skuteczności zapobiegania i interwencji" dla dzieci po traumie. Powołując się na badania DuMont (2007), Yule i in. (2019) zauważają, że rezyliencja, czyli odporność psychiczna, nie jest indywidualną cechą stabilną przez całe życie, a ktoś, kto prezentuje się jako odporny w okresie dojrzewania, może nie prezentować odporność na stres w wieku dorosłym. Cook i in. (2003) cytując Masten i Coatsworth (1998) oraz Waller (2001) uważają, że odporność psychiczna jest wieloczynnikowym obszarem ewoluujących kompetencji, które składają się z oddziałujących na siebie sił indywidualnych, rodzinnych oraz środowiskowych. Luthar i in. (2000), analizując odporność psychiczną, piszą, że dzieci z grupy wysokiego ryzyka mogą dobrze funkcjonować w jednych obszarach i przejawiać trudności w innych. Obszary odporności psychicznej u dzieci mogą się zmieniać wraz z doświadczeniem nowych sytuacji potencjalnie stresogennych oraz zadań rozwojowych (Cook i in., 2003).

Czynniki, które chronią dzieci i młodzież przed negatywnymi skutkami złożonej traumy, obejmują "a) pozytywne przywiązanie i powiązania z emocjonalnie wspierającymi i kompetentnymi dorosłymi w rodzinie lub społeczności dziecka, b) rozwój zdolności poznawczych i samoregulacji, c) pozytywne przekonania o sobie oraz d) motywację do skutecznego działania w swoim środowisku" (Luthar i in, 2000; Masten, 2001; Werner i Smith, 1992; Wyman i in., 2000, cyt. za Cook i in., 2003, s.20).

Ponadto Cook i współpracownicy (2003), powołując się na pracę Werner i Smith, (1992), do czynników indywidualnych również odnoszą łagodne usposobienie, pozytywny temperament i towarzyskość; wewnętrzne poczucie kontroli i zewnętrzne przypisywanie winy; skuteczne strategie radzenia sobie; stopień opanowania i autonomii; szczególne talenty; kreatywność; oraz duchowość. Z kolei do ochronnych czynników rodzinnych i środowiskowych należą wychowywanie dzieci w atmosferze rodzinnego ciepła, z zachowaniem odpowiedniej struktury i wysokimi oczekiwaniami wobec dziecka; zasoby społeczno-ekonomiczne; więzi z dalszą rodziną; zaangażowanie w prospołeczne organizacje społeczne; oraz skuteczne szkoły (Masten i Coatsworth, 1998, cyt. w Cook i in., 2003).

Yule i in. (2019) dokonali metaanalizy badań dotyczących czynników ochronnych i ich wpływ na odporność psychiczną i doszli do wniosku, że najbardziej udowodnione w badaniach są: samoregulacja, wsparcie od rodziny, wsparcie od szkoły oraz wsparcie od rówieśników. Samoregulacja według badaczy jest zdolnością osoby do regulowanie własnych emocji, impulsów oraz zachowań. Dzieci, które prezentują rozwiniętą samoregulację również prawdopodobnie sukcesywnie przechodzą etapy rozwojowe, co później skutkuje kompetencjami w sferze społecznej, emocjonalnej oraz akademickiej (McCabe i Altamur, 2011; Rusell i in. 2016, cyt. za Yule i in., 2019). Yule i in. (2019) podkreślają, że zdolności samoregulacji istotnie są związane z zdrowszym funkcjonowaniem dziecka, niezależnie od ekspozycji na traumę. Analizując badania Fergus i Zimmerman (2005), Sciaraffa i in. (2018), Shonkoff i in. (2012), Yule i in. uważają, że ciepłe i opiekuńcze relacje z rodzicami, innymi członkami rodziny, rówieśnikami oraz kadrami szkoły mogą dać dla dzieci niezbędne wsparcie emocjonalne i instrumentalne oraz podnieść ich poczucie własnej wartości. Badacze dalej zaznaczają, że wsparcie społeczne jest ważne w każdym przypadku, ale staje krytycznym w przypadku dzieci doświadczających sytuacji traumatycznych. W badaniach relacje z rodzicami są prezentowane jako główny czynnik ochronny w przypadku małych dzieci. Jednak, kiedy rodzice nie prezentują postawy opiekuńczej i wspierającej w stosunku do dziecka, rówieśnicy i szkoła mogą odegrać główną rolę w odporności psychicznej dziecka (Grych i in., 2015, cyt. za Yule, 2019). Wśród innych czynników ochronnych Yule i in. (2019) również wymieniają pozytywne spostrzeganie siebie oraz przynależność do organizacji religijnych, jako źródła wsparcia, od ludzi które dzielą z osobą podobne wartości oraz przekonania.

Ozer i in. (2015) dokonali analizy badań dotyczących ochronnych czynników środowiskowych w związku między doświadczeniem wydarzenia traumatycznego a zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. Wyniki analizy wskazują na to, że w przypadku objawów eksternalizacyjnych czynnikiem ochronnym występowały bliskie relacje rodzinne (bliskie i ciepłe relacje z rodzicami). Z kolei bliskie relacje rodzinne oraz wsparcie od członków rodziny w sytuacjach trudnych były buforem dla objawów internalizacyjnych.

Cook i in. (2003, s.21) zaznaczają, że „największe zagrożenia dla odporności psychicznej wydają się wynikać z załamania się systemów ochronnych: uszkodzenia mózgu i związanych z tym zdolności poznawczych i samoregulacyjnych; zaburzenia relacji między opiekunem a dzieckiem; utrata motywacji do interakcji z otoczeniem, nauki i rozwijania nowych umiejętności”.

Niniejszy projekt badawczy skoncentruje się na trzech czynnikach, które jak wynika z literatury posiadają potencjał sprzyjający radzeniu sobie z traumatycznymi doświadczeniami przez młodzież i dzieci: spostrzegane wsparcie społeczne, zachowania prospołeczne i kreatywność.

1.3 Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze skutkami doświadczonej traumy

1.3.1. Definicje i mechanizmy działania wsparcia społecznego

Badacze podchodząc do wyjaśnienia definicji wsparcia społecznego wyróżniają: ”1) wsparcie strukturalne i funkcjonalne; 2) źródła wsparcia społecznego; 3) typy (rodzaje) wsparcia; 4) wsparcie otrzymywane i spostrzegane; 5) potrzebę wsparcia i mobilizację wsparcia” (Sęk, Cieślak, 2004, s.14).

W ujęciu strukturalnym wsparcie społeczne jest rozpatrywane „jako obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji”. Funkcja, którą sieci społeczne wykonują dla danej jednostki oraz cechy jakościowe i ilościowe danych struktur społecznych są istotną częścią wsparcia społecznego (Sęk, Cieślak, 2004, s.14).

Rozpatrując pod kątem funkcjonalnym, badacze określają wsparcie społeczne jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu

uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej” (Sęk, Cieślak, 2004, s.18).

Najczęściej w badaniach naukowych stosuje się następujące rodzaje wsparcia, które zależą od treści wymiany społecznej w interakcji wspierającej:

- wsparcie emocjonalne, podstawą którego jest przekazywanie w zachodzącej interakcji emocji podtrzymujących oraz uspokajających, które miałyby na celu odzwierciedlenie troski oraz pozytywnego nastawienia do osoby wspieranej. Wspierające zachowanie daje możliwość osobie cierpiącej nie tylko w stworzeniu poczucia przynależności oraz opieki, ale również uwolnienia się od własnych napięć i negatywnych uczuć, przez wyrażania swoich obaw i smutku. Pozytywnie wpływa to jak na samoocenę tak i na samopoczucie. Dany rodzaj wsparcia jest najbardziej oczekiwanym, nawet jeżeli nie zawsze wiąże się z rozwiązywaniem sytuacji kryzysowej;

- wsparcie informacyjne (poznawcze), polegające na przekazywaniu nawzajem sobie informacji, która pomaga lepiej zrozumieć sytuację i zaistniały problem. Ponadto wymiana taką informacją ma za zadanie o nadanie informacji zwrotnych o efektywności podjętych do tej pory działań. Do danego rodzaju wsparcia również można odnieść dzielenia się własnym doświadczeniem w podobnych trudnościach oraz zaspokajania potrzeby zrozumienia sensu sytuacji kryzysowej, jej przyczyn oraz atrybucji sprawstwa;

- wsparcie instrumentalne polega na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania, co ma formę instruktażu albo modelowania skutecznych zachowań zaradczych;

- wsparcie rzeczowe (materialne) najczęściej kojarzone z pomocą charytatywną i społecznościami altruistycznymi. Jest to wsparcie materialne, rzeczowe i finansowe lub bezpośrednia pomoc fizyczna na rzecz osób potrzebujących. Dany rodzaj wsparcia jest najbardziej niezbędny w sytuacjach katastrof;

- wsparcie duchowe najczęściej jest spotykane w hospicjach i zespołach paliatywnych, gdzie mają do czynienia z kryzysem egzystencjalnym, związanym z cierpieniem i lękiem przed śmiercią (Sęk, Cieślak, 2004).

- wsparcie wartościujące, polegające na podkreślaniu zaradności danej osoby w sytuacji stresowej (Heszen-Celińska, Sęk, 2020, za: Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023).

Na podstawie funkcjonalnych właściwości w literaturze można znaleźć podział na wsparcie spostrzegane i otrzymywane. Wsparcie spostrzegane jest związane z posiadaniem wiedzy i przekonań na temat tego, gdzie i od kogo można uzyskać pomoc. Do wsparcia spostrzeganego również odnosi się przekonanie na temat dostępności sieci wsparcia. Wsparcie otrzymywane z kolei dotyczy obiektywnej oceny lub subiektywnej oceny ze strony odbiorcy na temat faktycznie otrzymanego rodzaju, ilości oraz adekwatności i trafności wsparcia (Sęk, Cieślak, 2004).

Potrzeba wsparcia społecznego jest brana pod uwagę jako cecha osoby wspieranej. Dana potrzeba może mieć charakter obiektywny ze względu na wiek lub sytuację społeczną, która nie daje możliwości samodzielnego radzenia sobie z trudnościami, albo z drugiej strony może charakteryzować osobowość zależną. Osoby z potrzebą autonomii i niezależności prezentują niskie nasilenia potrzeby wsparcia (Sęk, Cieślak, 2004).

Jak piszą Sęk i Cieślak (2004), zdolność do mobilizacji sieci wsparcia społecznego dotyczy badań nad proaktywnym radzeniem sobie ze stresem przez nawiązywanie więzi z innymi (Greenglass 1998; Schwarzer, Taubert, 2001; Sęk, Pasikowski, 2001). Dobrze rozwinięte kompetencje społeczne polegające na komunikowaniu się i budowaniu bliskich więzi w rodzinach i grupach koleżeńskich wspierają wiązać się ze zdolnością do mobilizacji sieci wsparcia społecznego.

Wsparcie społeczne można również analizować pod kątem dostępnych źródeł wsparcia. Do naturalnych, czyli spontanicznych źródeł wsparcia możemy odnieść partnera życiowego, rodziców, przyjaciół, grupy towarzyskie oraz rówieśnicze, nauczyciele (Kobylarczyk-Kaczmarek, 2023) Ponadto Solomon i in. (1987, cyt. za Sęk, Cieślak, 2004) zaznaczają, że naturalne sieci wsparcia są skuteczniejsze i korzystniejsze, gdyż nie mają tendencji do stygmatyzowania, nie są związane z kosztami i są łatwiej dostępne. Ważną rolę odgrywają te naturalne sieci społeczne, rodzinne i pozarodzinne, które są dobrowolne oraz wzajemne. Inną grupą źródeł wsparcia społecznego są sformalizowane instytucje, do których należą grupy zawodowe, stowarzyszenia oraz instytucje udzielające profesjonalną pomoc. Gdyż działają mniej spontanicznie i według określonych reguł, dostęp do nich może być znacząco trudniejszy (Kobylarczyk-Kaczmarek, 2023; Sęk, Cieślak, 2004).

Biorąc pod uwagę, że wsparcie społeczne jest ważnym elementem radzenia sobie z sytuacją stresową u dzieci i młodzieży, Kmieciak-Baran (2000, za: Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023) wyróżnia kolejne rodzaje wsparcia społecznego:

- wsparcie emocjonalne – komunikacja werbalna i niewerbalna mająca na celu przekazanie informacji, że na daną osobę można liczyć i że pomoc zawsze zostanie udzielona;
- wsparcia wartościujące – przekazanie innej osobie, że posiada niezbędne zdolności i umiejętności, które wspierają jej prawidłowe funkcjonowanie;
- wsparcie instrumentalne – pomoc w postaci świadczenia konkretnych usług, np. pożyczenia pieniędzy, zrobienia zakupów, załatwienia ubrań;
- wsparcie informacyjne – dzielenia się z inną osobą poradą lub informacją, która by po sprzyjała rozwiązaniu trudnej sytuacji.

Jedną z hipotez, która przedstawia teoretyczne koncepcje funkcjonowania wsparcia społecznego, jest hipoteza efektu głównego lub bezpośredniego. Dany efekt nazywany jeszcze mechanizmem prostym występuje jako efekt bezpośredniego wpływu na stresory i wydarzenia (rys.1.3.1.1) oraz efekt bezpośredniego wpływu na poziom zdrowia (rys.1.3.1.2). Jedną z hipotez efektu bezpośredniego (rys.1.3.1.1) zakłada, że ludzie otoczeni wsparciem od innych osób i żyją w wspierającym środowisku, w znacznie mniejszym stopniu są wystawieni na sytuacje stresowe lub spostrzegają ich jako mniej stresowe. W danym podejściu wsparcie społeczne ma rolę profilaktyczną oraz informacyjną, przez modyfikację spostrzegania samego wydarzenia (Sęk, Cieślak, 2004).



Rysunek 1.3.1.1

Efekt bezpośredni – zapobieganie stresorom, wydarzeniom: hipoteza wyjaśniająca działanie wsparcia społecznego

Uwaga. Opracowanie własne na podstawie Sęk, Cieślak, 2004, s. 25

Hipoteza dotycząca efektu bezpośredniego (rys.1.3.1.2) zakłada, że wsparcie jest korzystne dla zdrowia i dobrostanu, biorąc pod uwagę, że niezależnie od sytuacji stresowej daje osobie poczucie przynależności. W tym podejściu osoby posiadające wsparcie są zdrowsze w porównaniu, do osób które tego wsparcia nie posiadają. Jednak przy badaniu związku wsparcia społecznego ważną częścią jest kontrola innych czynników ewentualnie wpływających na stan zdrowia (Sęk, Cieślak, 2004).



Rysunek 1.3.1.2

Efekt bezpośredni – wpływ na zdrowie oraz różne elementy dobrostanu: hipoteza wyjaśniająca działanie wsparcia społecznego

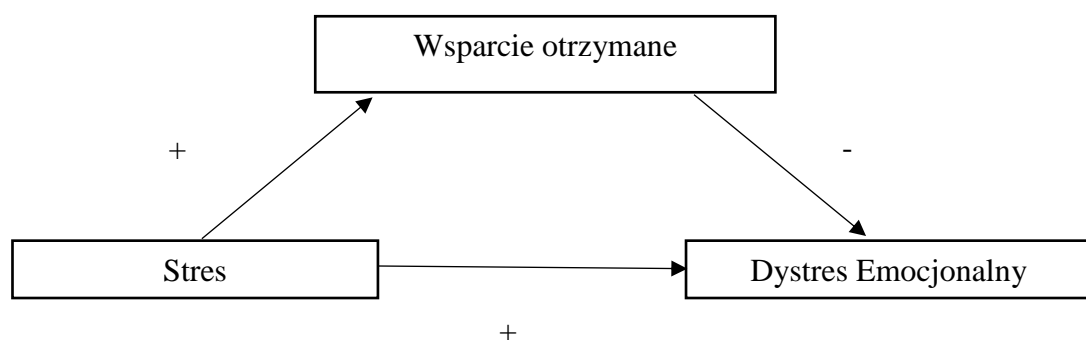
Uwaga. Opracowanie własne na podstawie Sęk, Cieślak, 2004, s. 25

Cohen i Wills (1985, cyt. za Jones, 2014; Evans i in., 2013; Salazar i in., 2011) zaproponowali model buforowania stresu, zgodnie z którym wsparcie społeczne może działać na dwa sposoby. W pierwszym przypadku wsparcie społeczne może być moderatorem sytuacji stresowej poprzez zmianę interpretacji danej sytuacji. W drugim przypadku wsparcie społeczne może występować jako zasoby emocjonalne i instrumentalne dostarczane przez innych, tym samym zmniejszając negatywne skutki sytuacji stresowej. Kaniasty (2003, s. 97) zaznacza, że model rozpatruje sytuację stresową oraz wsparcie społeczne jako dwa niezależnych zjawiska i powołując się na Barrera (1986, 1988) pisze, że takie podejście powoduje „lekceważenie często obserwowanego wpływu stresu na wsparcie społeczne jest upraszczaniem psychologicznych i społecznych realiów życia i podważa użyteczność wielu praktycznych propozycji sugerowanych przez literaturę badawczą”.

Model addytywny zaproponowany przez Schwarzera i Leppin (1988, cyt. za Sęk i Cieślak, 2004) zakłada, że wsparcie społeczne poprawia nam samopoczucie w przypadku, kiedy sytuacja stresowa obniża poczucie dobrostanu. Jeżeli nasilenie stresu oraz wsparcia społecznego mają taką samą siłę oddziaływania, to według autorów modelu nie dochodzi do negatywnych skutków. Jednak mniejsze wsparcie społeczne w

porównaniu do siły natężenia stresu skutkuje pojawieniem się negatywnych konsekwencji np. w postaci dezorganizacji zachowania.

Ze względu na ograniczenia modeli efektu głównego i buforowego, które nie uwzględniają zależności między stresem a wsparciem powstały dwa kolejne schematy teoretyczne, które tłumaczą oddziaływanie stresu na poziom wsparcia społecznego. Opierając się na szeroko rozumianej definicji wsparcia społecznego jako „rodzaju społecznych interakcji, poprzez które jednostki udzielają sobie nawzajem rzeczywistej pomocy, tworzą sieć kontaktów interpersonalnych i związków towarzyskich, które są spostrzegane i oceniane jako dostrajające akceptacji, troski i pomocy w chwilach potrzeby (Barrera 1986; Cieślak 1995; Cohen, Underwood, Gottlieb, 2000; Hobfoll 1988; Kaniasty, Norris, 1997; Sarason, Sarason, Pierce, 1992; Sęk, 1997, cyt. za Kaniasty, Norris, 2004, s. 124)” pierwszy z nich to model mobilizacji wsparcia, który wskazuje na pozytywny związek stresu a wsparcia społecznego, co oznacza, im większy stres przeżywamy tym bardziej poszukujemy i oczekujemy wsparcia (rys.1.3.1.3). Z tego wynika, że osoby przeżywające większy stres zazwyczaj dostają więcej wsparcia społecznego w porównaniu do osób przeżywających niższy poziom stresu (Dunkel-Schetter i in.1987; Jackson, 1988; Hobfoll, Lerman, 1989; Kaniasty, Norris, 1992, cyt. za Kaniasty 2003). Graficzny model mobilizacji wsparcia społecznego pokazuje, że stres negatywnie oddziałuje na zdrowie psychiczne, ale w tym samym czasie aktywuje wsparcie społeczne, które przeciwdziała nasileniu dystresu. Kaniasty (2003) zaznacza jednak, że model odnosi się do otrzymanego wsparcia społecznego ze względu na mobilizację sieci wsparcia społecznego.

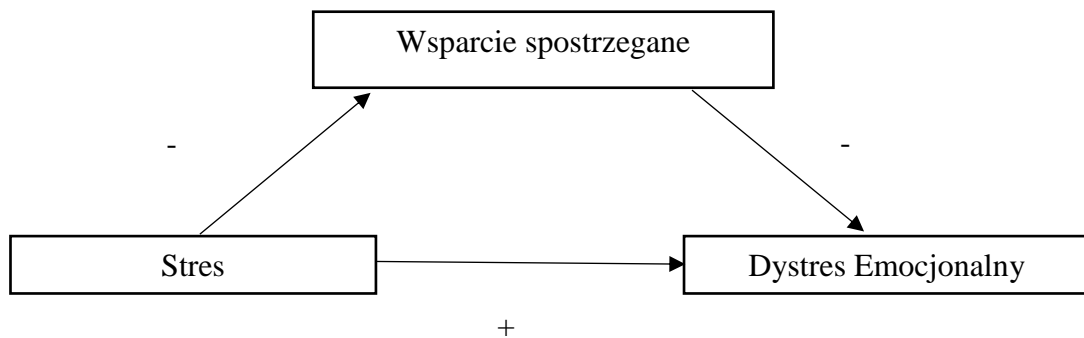


Rysunek 1.3.1.3

Model mobilizacji otrzymanego wsparcia społecznego

Uwaga. Opracowanie własne na podstawie Kaniasty (2003)

Jednak zdarza się tak, że samo wydarzenie stresowe może obniżyć lub spowodować utratę niezbędnych źródeł wsparcia. Do takich sytuacji często dochodzi w przypadku braku poczucia bezpieczeństwa np. wskutek przemocy rodzinnej albo gdy dziecko jest ofiarą nadużycia seksualnego w rodzinie (Sęk i Cieślak, 2004). Chroniczne sytuacje stresowe, długotrwałe kryzysy np. związane z brakiem pracy lub konfliktami w rodzinie mają tendencję do osłabienia poczucia wsparcia społecznego. Podstawą do sformułowania podejścia teoretycznego który opiera się na modelu deterioracji wsparcia społecznego (rys.1.3.1.4), jest właśnie negatywny wpływ stresu na poczucie wsparcia społecznego (Barrera, 1986, 1988; Ensel, Lin, 1991; Wheaton, 1985, cyt. za Kaniasty, 2003).



Rysunek 1.3.1.4

Model deterioracji spostrzeganego wsparcia społecznego

Uwaga. Opracowanie własne na podstawie Kaniasty (2003)

Model deterioracji wsparcia społecznego jest modelem mediacyjnym, gdyż spostrzegane wsparcie społeczne pełni rolę pośredniczącą i jest zmienną wyjaśniającą niekorzystny wpływ stresu na dobrostan osoby.

W rezultacie, wsparcie społeczne można rozpatrywać zarówno jako czynnik buforujący (moderator), jak i czynnik pośredniczący (mediator) w relacji między stresem a zdrowiem psychicznym, w zależności od kontekstu badawczego i populacji.

1.3.2 Rola wsparcia społecznego w badaniach młodzieży przebywającej w opiece zastępczej

Dzieci i młodzież przebywające w pieczy zastępczej należą do grup szczególnie narażonych na ograniczony dostęp do wsparcia społecznego, co wynika z doświadczeń ewentualnej utraty więzi rodzinnych, częstych zmian środowiska oraz deficytów zaufania interpersonalnego (Leve i in., 2012; Salazar, 2011).

Wsparcie społeczne rozumiane jako „zasoby dostarczane człowiekowi poprzez interakcje z innymi ludźmi” (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010, za: Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023, s.111) jest istotnym czynnikiem chroniącym przed rozwojem objawów psychopatologicznych, co zostało potwierdzone w wielu badaniach dorosłych, dzieci i młodzieży.

Sippel i in. (2015), analizując rolę wsparcia społecznego jako czynnika odporności w sytuacjach traumatycznych zaznaczają, że indywidualna odporność osoby zależy od różnych struktur społeczeństwa, np. partnerów, członków rodziny, osiedle i większe instytucje społeczne. Badacze również zwracają uwagę na teorie przywiązania, według których osoby bliskie w sposób pośredni i bezpośredni regulują reakcje pobudzenia i stresu, a wysoki poziom wsparcia społecznego stanowi czynnik wspierający adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem. Wyniki badań (Holahan i in., 1995; Rozanski i in., 1999, cyt. za Sippel i in., 2015) pokazują, że wysoki poziom wsparcia społecznego może zwiększyć poczucie pewności siebie oraz zmniejszyć ryzyko występowania zachowań ryzykownych, np. nadmierne spożycie alkoholu, tym samym wspierać aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem. Badacze (Sippel i in., 2015) również wskazują, że wysoki poziom wsparcia społecznego sprzyja wzmocnieniu poczucia wspólnoty i solidarności, motywuje do podejmowania adaptacyjnych strategii radzenia sobie, takich jak aktywność fizyczna, ułatwia reinterpretację sytuacji stresowej w kategoriach mniej zagrażających oraz wspiera regulację emocji, takich jak nieufność, lęk i strach. Marriot i in. (2014) w ramach metaanalizy badań dotyczących osób dorosłych z doświadczeniem przemocy seksualnej w dzieciństwie doszli do wniosku, że większe wsparcie społeczne od rodziny oraz wspólnot osiedlowych (takich jak, kościół, szkoła) wzmocniało odporność dzieci i młodzieży w sytuacjach traumatycznych. Podobne wnioski przedstawili w swoim badaniu Jaffe i in. (2007) wskazując, że niski poziom wsparcia społecznego ze strony zarówno rodziny (np. w przypadku nadużywania

substancji psychoaktywnych przez bliskich), jak i wspólnoty lokalnej (np. w dzielnicach o wysokim poziomie przestępczości i niskiej spójności społecznej) utrudnia rozwój indywidualnej odporności u dzieci doświadczających różnych form zaniedbania. Ponadto zasoby indywidualne sprzyjały zachowaniu odporności jedynie w warunkach niskiego poziomu stresu. W sytuacji kumulacji stresorów mocne strony dziecka okazywały się niewystarczające do podtrzymania adaptacyjnych strategii radzenia sobie.

Jones (2014), analizując rolę wsparcia społecznego u młodzieży wychodzącej z pieczy zastępczej, powołuje się na badania Dean i Lin (1977) i zaznacza, że przez sieci społeczne młodzież ma możliwość uzyskać społeczną identyfikację, poczucie przynależności oraz zbudowania bliskich relacji. Badacze uważali, że osoby, które otrzymują wsparcie społeczne lepiej radzą sobie z różnymi wyzwaniami w porównaniu do osób bez wsparcia społecznego, co wskazywało, że wsparcie społeczne jest swojego rodzaju buforem w sytuacjach stresowych. Jednak w przypadku dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych warto podkreślić, że wiele zmian np. miejsca zamieszkania, szkoły skutkuje niską dostępnością źródeł wsparcia społecznego. Ponadto zmiany nauczycieli i grup rówieśniczych, zmiana rodziny biologicznej na zastępczą lub instytucjonalną formę opieki mogą powodować trudności w nawiązywaniu zdrowych i stabilnych relacji (Vranceanu i in., 2007; Jones, 2014; Salazar, 2011).

Wsparcie społeczne można uzyskać z różnych źródeł, takich jak "formalne systemy opieki (pracownicy socjalni, terapeuci/ doradcy i rodziny zastępcze), rodziny pochodzenia i dorośli mentorzy" (Perry, 2006, cyt. za Jones, 2014, s. 87). Perry (2006) w swoim badaniu zauważył, że osoby otrzymujące wsparcie społeczne ze wszystkich trzech źródeł były bardziej odporne na stres niż te, które miały dostęp tylko do jednego rodzaju wsparcia społecznego (Jones, 2014). Ezzell, Swenson i Brondino (2000, cyt. za Salazar i in., 2011), badając osoby, które doświadczyły przemocy fizycznej w dzieciństwie, stwierdzili, że wsparcie społeczne ze strony rodziców i rówieśników hamowało rozwój objawów depresyjnych i lękowych. Do podobnych wniosków doszedł Thompson i in. (2007) we swoim badaniu, że zaburzenia internalizacyjne oraz eksternalizacyjne u dzieci były przewidywane przez wrażliwe środowisko rodzinne, w tym niski poziom wsparcia społecznego oraz gorsze funkcjonowanie rodziny i trudności psychologiczne jej członków.

Badania, oparte na modelu Cohen i Wills (1995, cyt. za Jones, 2014) w grupie osób dorosłych, które mają doświadczenia pobytu w pieczy zastępczej lub doświadczyli znęcania się, jednak pokazują niejednoznaczne wyniki. Moderujący wpływ wsparcia społecznego został potwierdzony w badaniu Babcock, Roseman, Green i Ross (2008, cyt. za Jones, 2014; Salazar i in. 2011) dotyczącym przemocy psychicznej wobec nieletnich i rozwoju objawów stresu pourazowego (PTSD), a także w badaniu Murthi i Espalage (2005) dotyczącym wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie i wymiarów straty psychologicznej (utrata optymizmu, utrata siebie i utrata dzieciństwa). W swoim badaniu z udziałem dzieci i młodzieży przebywające w pieczy zastępczej Salazar i współpracownicy (2011) również potwierdzili moderujący wpływ wsparcia społecznego na związek między maltretowaniem a objawami depresji, ale tylko w mniej skomplikowanej historii maltretowania. W bardziej złożonych sytuacjach znęcania się, efekt buforujący zniknął. Ponadto badacze wskazują, że wsparcie społeczne występowało również jako częściowy mediator w związku między maltretowaniem a objawami depresyjnymi.

Opierając się na modelu deterioracji, badania również wskazują na pośredniczą rolę wsparcia społecznego w związku między stresem oraz nasileniem objawów psychopatologicznych. Badanie przeprowadzone przez Vranceanu i współpracowników (2007) potwierdza, że wsparcie społeczne było częściowym mediatorem między doświadczeniem wielu rodzajów maltretowania w dzieciństwie a rozwojem objawów pourazowych (PTSD) w wieku dorosłym. Ponadto, badacze podkreślają, że znęcanie się może wpływać na to, jak dana osoba później buduje relacje z innymi (np. unikając bliskich relacji) lub jak dostępne jest dla niej wsparcie społeczne (Vranceanu i in., 2007; Jones, 2014; Salazar, 2011). Herrenkohl i in. (2016) badali rolę wsparcia społecznego w związku doświadczenia znęcania się w dzieciństwie a objawami fizycznych i psychicznych zaburzeń w dorosłości. Badacze doszli do wniosku, że hipoteza roli moderacyjnej wsparcia społecznego w danym związku nie potwierdziła się, jednak wyniki wskazują, że wsparcie społeczne pełni rolę pośredniczącą między doświadczeniem znęcania się w dzieciństwie a nasileniem objawów zaburzeń fizycznych i psychicznych w dorosłości. Struck wraz ze zespołem (2020) badali osoby dorosłe z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych oraz z doświadczeniem znęcania się w dzieciństwie. Wyniki badania wskazują, że pozabezpieczny styl przywiązania oraz spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczą między traumatycznym doświadczeniem w

dzieciństwie a zaburzeniami depresyjnymi. Badacze zaznaczają, że osoby z pozabezpiecznym przywiązaniem prezentują zachowania hamują pozytywne relacje społeczne oraz budowanie zdrowych relacji interpersonalnych. Lękowe przywiązanie u osób dorosłych skutkuje częstszym wykorzystaniem strategii hiperaktywizujących, np. zachowań lgnących oraz kontrolujących albo domaganie się uwagi, które z kolei utrudnia budowania dojrzałych relacji interpersonalnych oraz powoduje chroniczną frustrację oraz drastyczną ocenę interpersonalnych konfliktów. Z kolei osoby z unikającym stylem przywiązania skłonni są do wykorzystania deaktywujących strategii, takich jak unikanie intymności, współzależności oraz ujawniania siebie, co prawdopodobnie powoduje powierzchowne relacje, nierozwiązane konflikty oraz z czasem rozpad związku (Mikulincer i Shaver, 2003, cyt. za Struck, 2020). Struck (2020, s. 315) zaznacza, że „osoby z pozabezpiecznym przywiązaniem mają większe ryzyko bycia niezadowolonym z interakcji społecznych (Klein i in., 2020) oraz mniejsze spostrzegane wsparcie społeczne, co z kolei powoduje większe ryzyko doświadczania sytuacji stresowych (Vogel and Wei, 2005) i z większym nasileniem objawów zaburzeń psychicznych (Cloitre i in., 2008; Hankin i in. 2005)”.

Biorąc pod uwagę badania dotyczące traumy kompleksowej u dzieci i młodzieży przebywających w instytucjonalnej pieczy zastępczej oraz ich sytuację rodzinną, która prawdopodobnie spowodowała odebrania ich z rodziny biologicznej, i zaburzenia, z którymi oni borykają się na co dzień, w danym badaniu w celu analizy roli spostrzeganego wsparcia w związku między traumą a objawami psychopatologicznymi będę opierać się na modelu deterioracji wsparcia społecznego. Z perspektywy modelu deterioracji wsparcia społecznego (Kaniasty, 2003), można założyć, że powtarzające się doświadczenia odrzucenia i przemocy w dzieciństwie mogą prowadzić do rozpadu sieci wsparcia i obniżenia zaufania do innych, co w dłuższej perspektywie może zwiększyć podatność na występowanie objawów psychopatologicznych. W kontekście młodzieży przebywającej w opiece zastępczej model deterioracji wsparcia społecznego uwzględnia możliwość występowania długotrwałego wpływu stresu traumatycznego na stopniową utratę sieci wsparcia oraz trudności w ich ponownym odbudowaniu. Z tego względu w prezentowanym badaniu założono, że spostrzegane wsparcie społeczne będzie odgrywać rolę pośrednika w zależności między doświadczeniem traumy a nasileniem objawów psychopatologicznych.

1.4 Zachowania prospołeczne a radzenie sobie ze skutkami doświadczonej traumy

1.4.1 Definicje i psychologiczne mechanizmy działania zachowań prospołecznych

Zachowania prospołeczne, rozumiane jak „szeroki obszar działań mających na celu przyniesienia korzyści jednej lub większej liczbie osób, innych niż oni sami” (Batson and Powell, 2003, p. 463). Reykowski (1979, s.20, cyt. za Różańska-Kowal, 2009, s.63) zachowania prospołeczne rozumie jako szczególną formę czynności adaptacyjnych, które nie służą bezpośredniemu zabezpieczeniu działającego osobnika, lecz służą innym osobnikom, bądź też grupie jako całości. Są one zorganizowane tak, aby podtrzymywać, chronić lub rozwijać interes tych jednostek lub grup, nazywanych przez autora „obiektami społecznymi”. Inne pojęcie powiązane z pomaganiem jest altruizm, który jest związane z zachowaniem pomocnym, które z kolei albo nie przynosi zysku dla sprawcy, albo nawet przynosi straty (Wojciszke, 2012). Altruizm jest pojęciem związanym z brakiem podstaw egoistycznych, które jak pisze Wojciszke (2012) trudno jest wyeliminować, gdyż np. wzrost dobrego mniemania o sobie wiąże się z nieobserwowalną korzyścią egoistyczną. Również o tym piszą A. Szuster i D. Rutkowska (2008 s.157, cyt. za Prokosz, 2018, s.205), zaznaczając, że zachowania prospołeczne niosą za sobą „satysfakcję z udzielenia pomocy oraz podwyższenie poczucia własnej wartości poprzez myślenie o sobie „jak o człowieku moralnym, pomocnym, wrażliwym na cudzą krzywdę i cierpienie”. Biorąc pod uwagę, powyższe, w dalszej części pracy będę używać pojęcia dotyczącego zachowań prospołecznych, które jest bardziej obszernym pojęciem.

Decyzyjny model interwencji kryzysowej zaproponowany przez Latane i Darleya (1970, cyt. za Wojciszke, 2012; Penner i in.,2004) twierdzi, że udzielenie pomocy drugiemu człowiekowi zależy od podjęcia decyzji na każdym kolejnym etapie, do których zaliczamy: 1) zauważenie zdarzenia; 2) zinterpretowanie sytuacji; 3) ocena kto ponosi odpowiedzialność za nadanie pomocy; 4) posiadania kompetencji do udzielenia pomocy; 5) Rozstrzygnięcie o faktycznym udzieleniu pomocy. Jak zaznacza Wojciszke (2012) dany model wskazuje na przyczyny, dlaczego osoba nie udzieliła pomocy jednak pomija co skłania ludzi do pomagania innym. W kontekście traumy, każdy z etapów tego modelu może zostać zaburzony – np. ofiary przemocy mogą częściej zniekształcać interpretację sygnałów społecznych i przypisywać wrogie atrybucje, co według Crick i Dodge (1996) może ograniczać aktywacji zachowań pomocnych.

Model zaprezentowany przez Piliavin i zespół (1981, cyt. za Wojciszke, 2012, s.353; Penner i in., 2004) zakłada, że „do udzielenia pomocy w sytuacji kryzysowej motywuje nas spostrzeżenie jej skutecznego sposobu na usunięcie nieprzyjemnych emocji wywołanych cudzym nieszczęściem”. Model opiera się na dwóch rodzajach kosztów: koszty udzielenia pomocy (np. czas, wysiłek, narażenie się na niebezpieczeństwo, wzrost poczucia własnej skuteczności i samooceny) oraz koszty zaniechania pomocy, które mają charakter bardziej osobisty (np. samoobwinianie, negatywne reakcje innych osób, własne cierpienie z powodu cierpienia ofiary, której się nie pomogło). Jak pokazują badania Dovidio (1984, cyt. za Wojciszke, 2012), udzielenia pomocy w sytuacji kryzysowej silnie zależy od wielkości kosztów udzielenia pomocy niż kosztów jej zaniechania. Koszty zaniechania są ważne w przypadku małych kosztów udzielenia pomocy. Mimo możliwości wyjaśnienia przez dany model oddziaływania różnych czynników w postępowaniu podjęcia decyzji o udzielenia pomocy, w złożonych sytuacjach trudno ocenić co będzie większym kosztem, co według Wojciszke (2012) jest wadą danego modelu.

Inne podejście do rozumienia zachowań prospołecznych twierdzi, że pomaganie jest wynikiem ulegania normom społecznym – „społecznie uzgodnionym, a uwewnętrznionym przez jednostkę nakazom i zakazom dotyczącym pożądanego i niepożądanego zachowania w określonej sytuacji społecznej” (Wojciszke, 2012, s. 356). Norma odpowiedzialności społecznej dotyczy pomagania osobom los których zależy od naszego postępowania. Z kolei norma wzajemności twierdzi, że oczekuje się pomagania osobom, które nam pomogły w przeszłości. Jednak jak zaznacza Wojciszke (2012), ludzie w swoich działaniach nie zawsze kierują się normami oraz normy związane z zachowaniem prospołecznym są bardzo ogólne. Ponadto ta sama sytuacja społeczna może być tłumaczona przez kilka norm o sprzecznych implikacjach. Schwartz (1977, cyt. za Wojciszke, 2012, s.357) wprowadza pojęcie normy osobistej, która polega na „poczuciu osobistej obligacji moralnej do postępowania w określony sposób w konkretnej sytuacji”. W tym przypadku, zaprzeczenie własnej odpowiedzialności może przeszkodzić w realizacji wzbudzonej normy osobistej w danej sytuacji. Z tego wynika, że osoby o słabej tendencji do zaprzeczania własnej odpowiedzialności za spełnienia norm mają dużą zgodność prezentowanych zachowań z normami osobistymi.

W podejściu ewolucyjno-genetycznym warto wymienić teorię doboru krewniaczego autorstwa W. Hamiltona (1964, cyt. za Wojciszke, 2012), która zakłada,

że pomaganie krewnym zwiększa szansę na przetrwanie własnych genów. Ponadto chęć udzielenia pomocy wzrasta wraz z pokrewieństwem (Wojciszke, 2012; Różańska-Kowal, 2009; Burnstein, 2008). Z kolei R. Trivers (1971, cyt. za Wojciszke, 2012; Wojciechowski, 2008) w celu wyjaśnienia zachowań altruistycznych nie powiązanych tylko z dostosowaniem łącznym zaproponował teorię altruizmu wzajemnego, która twierdzi, że pomaganie innej osobie może być korzystnym dla dawcy w przypadku odwzajemnienia przez odbiorcę. Ponadto Wojciszke (2012) zwraca uwagę jeszcze na czynnik związany z regułą wzajemności, który dotyczy reputacji wśród ludzi.

Teoria społecznego uczenia się zakłada, że zachowania prospołeczne są modelowane lub wyuczone przez obserwację zachowań innych (Bandura, 1977; Rushton, 1980, cyt. za Baston, 2003). Cialdini, Bauman i Kenrick (1981, cyt. za Batson, 2003 s.466) opierając się na założeniach teorii uczenia się zaproponowali 3 etapowy model rozwojowy: „1) u młodszego dziecka zachowania prospołeczne są wynikiem nagród materialnych i kar; 2) w okresie przed adolescencji jest wynikiem zarówno społecznych czynników jak i nagród materialnych i kar; 3) u adolescentów i dorosłych jest wynikiem zarówno zinternalizowanego samonagradzania, jak i społecznych czynników oraz nagród materialnych i kar”. Jednak jak zaznacza Clarke (2005), nauczanie się konkretnego zachowania miałyby skutkować jego występowaniem w każdej nowej sytuacji, co w przypadku dzieci nie zawsze potwierdza się i może świadczyć o istnieniu wielu innych czynników wpływających na występowanie zachowań prospołecznych.

Jak wynika z powyższych modeli, niezależnie od podejścia rozumienia motywacji występowania zachowań prospołecznych, zachowanie pomocne pełni rolę adaptacyjną wspierając zasoby indywidualne i społeczne.

Zachowania prospołeczne jest często tematem badań dotyczących jego ochronnej roli w sytuacjach stresowych i jest rozpatrywane jako jeden z czynników wpływających na dobrostan osoby, która doświadczyła sytuacji stresowej lub traumatycznej. Zgodnie z koncepcją wzrostu potraumatycznego (Tedeschi i Calhoun, 1996) pozytywne zmiany u osoby, która doświadczyła wydarzenia traumatycznego, można zaobserwować w trzech kategoriach: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach interpersonalnych oraz zmiany w filozofii życia. Zmiany w percepcji siebie dotyczą postrzegania siebie jako osoby samodzielnej i kompetentnej w różnych trudnych sytuacjach, osoby silniejszej i pewniejszej siebie. Zmiany w relacjach interpersonalnych według autorów prowadzą do uświadamiania swojej wrażliwości, co powoduje większą ekspresję emocjonalną oraz

chęć przyjęcia pomocy. Ponadto jak zaznacza (Collins i n., 1990, cyt. za Tedeschi i Calhoun, 1996) jedną z pozytywnych zmian w relacjach jest pogłębienia empatii i współczucia wobec innych oraz chęć poprawy relacji, co sprzyja angażowaniu się w zachowania prospołeczne. Tym samym zachowania prospołeczne mogą działać jako bufor w występowaniu objawów potraumatycznych. Zmiany zachodzące w filozofii życia dotyczą poglądów na życie, znalezienia sensu życia, przekonań religijnych oraz innego spojrzenia na sprawy codzienne.

Vollhardt (2009) również wychodzi z założenia, że wydarzenie traumatyczne nie musi zawsze powodować negatywne konsekwencje, ale może również skutkować pozytywnym zmianom i proponuje model ABS („altruism born of suffering”), według którego cierpienie może stać się źródłem altruizmu, umożliwiając jednostce nadanie sensu własnym doświadczeniom poprzez pomaganie innym. Wychodząc z założeń danego modelu, osoba ze względu na własne cierpienie może lepiej zrozumieć cierpienie innych oraz będzie bardziej zmotywowana do niesienia pomocy. Ponadto Vollhardt (2009) zaznacza, że mediatorami sprzyjającymi rozwojowi zachowań prospołecznych u osób po przeżyciach traumatycznych jest wzrost potraumatyczny, postawa bardziej empatyczna niż obronna oraz poczucie sprawczości. Sugeruje to, że transformacja cierpienia w zachowanie altruistyczne wymaga poznawczego opracowania doświadczenia oraz wiary w możliwość wpływu na własną sytuację – co również tłumaczy, dlaczego u części osób trauma może prowadzić do wycofania i obronności. Empirycznie dane podejście zostało potwierdzone w badaniach Frazier i in. (2013), Stidham (2012, cyt. za Xu i in., 2024) oraz Rao i in. (2011, cyt. za Xu i in., 2024). Jednak badanie Coulombe (2021), które miało na celu metaanalizę badań dotyczących związku traumy relacyjnej w dzieciństwie a zachowaniami prospołecznymi w świetle modelu ABS (Vollhardt, 2009), wykazało, że negatywne doświadczenia w dzieciństwie nie promują zachowań prospołecznych, tylko osłabiają ich w różnym stopniu. Można z tego wnioskować, że doświadczenie traumy relacyjnej w dzieciństwie może osłabiać procesy poznawcze i emocjonalne niezbędne do reagowania prospołecznego, np. poprzez deficyty empatii i zaburzone wzorce przywiązania.

Jedną z teorii, która analizuje zachowania prospołeczne jako czynnik chroniący przed rozwojem negatywnych skutków sytuacji stresowej jest teoria zachowania zasobów S. Hobfolla (Conservation of Resources Theory; COR). Hobfoll (Holmgreen i in., 2017; Hobfoll, 1989) wychodzi z założenia, że ludzi są zmotywowani do nabywania, chronienia

oraz wspierania tego co jest dla nich najważniejsze - czyli swoich zasobów. Według badacza stres pojawia się w sytuacji zagrożenia utraty lub faktycznej utraty zasobów, dlatego reakcja na stres koncentruje się w pierwszej kolejności na ograniczaniu strat, a dopiero później na zwiększaniu zysków. Zasoby można podzielić na dwie grupy: wewnętrzne (np. nadzieja, wigor, poczucie własnej skuteczności), które są kluczowe do podtrzymywania zewnętrznych zasobów (np. stabilna praca, wspierające relacje). Ponadto Hobfoll (Holmgreen i in., 2017) zaznacza, że zasoby różnią się swoją wartością, np. jedne są niezbędne do przeżycia jednostki, a drugie raczej chronią jej tożsamość oraz jej status społeczny. Do niezbędnych zasobów można zaliczyć jedzenie, zdrowie, ubrania oraz mieszkanie. Z kolei do drugiej grupy badacze odnoszą wsparcie społeczne, zatrudnienie oraz środowisko społeczne, które wzmacniają się przez zasoby niezbędne. Do ostatniej grupy Hobfoll i in. (Hobfoll i Lilly, 1993, cyt. za Holmgreen i in., 2017) zaliczają np. osiągnięcia, zdolność kredytową, status społeczny, który nadaje dostępność do zasobów z grupy drugiej. Zasoby te są ze sobą silnie powiązane i osadzone w obrębie jednostek, rodzin, społeczności i kultur. Hobfoll (Holmgreen i in., 2017; Hobfoll, 1989) opisuje zjawisko tzw. „karawan zasobów” (resource caravans) – zestawów powiązanych zasobów, które jednostki lub grupy niosą ze sobą przez całe życie. Rodzina jest ważnym miejscem połączenia procesów kulturowych, ekonomicznych oraz politycznych, które tworzą czynniki zasobów i ryzyka. Jednym z karawanów czynnika ryzyka, według autora, jest np. przemoc międzypokoleniowa i trauma. Powołując się na Bell i Naugle (2008) oraz Gardner i Moore (2008), Holmgreen i in. (2017) piszą, że osoby narażone na przemoc w dzieciństwie są w grupie ryzyka zaangażowania w inne zachowania przemocowe w systemie rodzinnym przez modelowanie zachowań, nasilenia gniewu, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz zasady werbalne, które zachęcają do zachowań agresywnych. Podobnie działa wspólnota osiedlowa (community neighborhood), która również jest miejscem stykania procesów kulturowych, ekonomicznych i politycznych oraz miejscem ograniczonych zasobów i czynników ryzyka. Hobfoll (1998, cyt. za Holmgreen i in. 2017) opisuje dwa główne założenia teorii zachowania zasobów. Pierwsza zasada mówi, że stracenia zasobu jest nieproporcjonalnie bardziej odczuwalne w porównaniu do uzyskania zasobu zarówno w nasileniu oraz szybkości oddziaływania. Badanie Hobfoll i in. (2006) z udziałem osób dorosłych w Stanach Zjednoczonych po ataku terrorystycznym 11 września 2001 roku wykazało, że utrata zasobów była istotnym czynnikiem przewidującym wystąpienia PTSD lub

zaburzeń depresyjnych. Druga zasada danej teorii twierdzi, że osoby muszą inwestować zasoby w celu ich zabezpieczenia przed utratą, odbudowania ich po utracie oraz nabycia nowych (Holmgreen 2017; Hobfoll i in. 2015). Wychodząc z tych założeń wynika, że osoby posiadające więcej zasobów są mniej narażone na ich utratę i mają większe możliwości manipulowania nimi w celu ich przymnożenia. Ponadto osoby, którym brakuje zasobów, nie tylko są bardziej wrażliwe w obliczu ich utraty, ale początkowe straty powodują kolejne straty w przyszłości. Spirale utrat są spowodowane tym, że sytuacje stresowe wymagają od jednostki uruchomienia odpowiednich zasobów w celu ich przetrwania (Holmgreen i in., 2017; Hobfoll, 1991). Holmgreen i in. (2017) zaznaczają, że osoby dysponujące ograniczonymi zasobami przyjmują często postawę obronną, mającą na celu ich ochronę. Taka postawa – podobnie jak strategia zaprzeczania w radzeniu sobie ze stresem – według Hayes i in. (2006, cyt. za Holmgreen i in., 2017) prowadzi do mniejszego zaangażowania w relacje społeczne oraz ogranicza dostęp do potencjalnie cennych zasobów społecznych. Z kolei początkowe nabycie zasobów może prowadzić do ich pomnażania w sprzyjającym środowisku, tworząc tzw. spirale zysków. W sytuacjach stresowych, gdy istnieje ryzyko utraty zasobów, jednostka może podejmować działania ukierunkowane na ich ochronę lub odbudowę. Z założeń teorii można wnioskować, że zachowania prospołeczne mogą pełnić w tym procesie istotną rolę – stanowiąc strategię pozwalającą na utrzymanie lub wzmocnienie zasobów, takich jak relacje społeczne, wsparcie emocjonalne czy poczucie zaradności. Tym samym, prospołeczność może być traktowana jako mechanizm adaptacyjny sprzyjający ochronie dobrostanu psychicznego w obliczu doświadczeń stresowych lub traumatycznych. Z innej strony zachowania prospołeczne mogą być inwestycją w relacje społeczne, które z kolei prowadzą do uzyskania wsparcia społecznego oraz ewentualnie uzyskanie pozytywnego wizerunku w grupie społecznej.

1.4.2 Rola zachowań prospołecznych w badaniach dzieci i młodzieży przebywających w opiece zastępczej

Zachowania prospołeczne mogą być skuteczną strategią radzenia sobie ze stresem. Midlarsky (1991, s.240; Piliavin, 2008) zaproponowała pięć „analitycznie wyróżnianych przyczyn tego, że pomaganie innym może przynosić korzyści pomagającemu: 1) oderwanie od własnych problemów; 2) wzmacnianiu poczucia sensu

i wartości własnego życia; 3) pozytywnemu oddziaływaniu na samoocenę; 4) podwyższaniu pozytywnego nastroju i 5) wzmacnianiu integracji z otoczeniem społecznym, opartej na umiejętnościach społecznych i związkach interpersonalnych”. Wyniki badania Frazier i in. (2013) z udziałem studentów wskazują, że ekspozycja na traumę pozytywnie jest związana z zachowaniem prospołecznym. Ponadto osoby, które doświadczyli więcej wydarzeń traumatycznych częściej angażowali się w akcje charytatywne lub w pomaganiu innym w porównaniu, do osób które doświadczyli mniejszą ilość traumatycznych wydarzeń. Lopez i Little (1996) wykazali, że dzieci, które prezentowały prospołeczne radzenie sobie ze stresem, miały wyższe poczucie własnej skuteczności i niższy poziom lęku. Wyniki badania Pancer i in. (2007) pokazują, że pozytywne skutki zachowań prospołecznych są powszechne u nastolatków. Młodzież udzielająca się w akcjach charytatywnych prezentowała znacznie wyższy poziom optymizmu, samooceny i wsparcia społecznego w porównaniu do rówieśników nie angażujących się do pomocy innym. Z kolei badanie Bokszczanin (2012) z udziałem młodszych ludzi, którzy zgłosili się na ochotnika do pomocy i pracy na rzecz innych w trakcie i po powodzi, charakteryzowali się lepszymi relacjami z rodzicami i rówieśnikami, a także większym poczuciem własnej skuteczności. Ponadto młodzież udzielająca wsparcie społeczne innym miała większy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego. Raposa i in. (2016) potwierdzili ochronny wpływ zachowań prospołecznych w swoim badaniu z udziałem osób dorosłych spożywających alkohol społecznie lub w sposób zagrażający. Zachowania prospołeczne zmniejszały poziom stresu dnia codziennego powodując wzrost afektu pozytywnego oraz ogólnego stanu psychicznego. Xu i in. (2024) w swoich badaniach z udziałem studentów, również dochodzą do wniosku, że zachowania prospołeczne mogą występować jako strategia radzenia sobie ze skutkami traumy, gdyż przywracają poczucie sensu utracone przez ofiary oraz sprzyjają potraumatycznemu wzrostowi.

Badanie z udziałem nastolatków w Stanach Zjednoczonych w czasie COVID-19 (Alvis i in., 2022) pokazało jednak, że tylko w przypadku otrzymywania większej pomocy przewidywało zmniejszenie objawów depresyjnych i wyższe poczucie przynależności. Zaangażowanie w zachowania prospołeczne dotyczące COVID-19, z kolei, wiązało się z nasileniem objawów lękowych oraz większym poczuciem obciążenia. Według badaczy, te objawy mogły wynikać z powodu postrzegania zachowania społecznego jako sposobu zmniejszenia odczuwanych nieprzyjemnych doznań i prób

przekierowania ich w bardziej pozytywny i produktywny rezultat. Ponadto zaangażowanie w zachowania prospołeczne mogło wywołać objawy lękowe i poczucie obciążenia, gdyż mogło przypominać osobom badanym o globalnym kontekście, trudnej dla wszystkich sytuacji związanej z COVID-19 i jej wpływem na dobrostan ludzi wokół (Alvis i in. 2022).

Z kolei wyniki badań Vollhardt i Staub (2011) wskazują na to, że zaangażowanie się w zachowania prospołeczne, działania na rzecz innych, mogą być spostrzegane przez młodzież jako dodatkowy stresor, ze względu na ich osobiste ograniczenia w zasobach psychologicznych, nieumiejętność i niemożność sprostanu wymogom bezinteresownego działania, niekorzystną sytuację, w której się znaleźli lub własne potrzeby. Negatywny wpływ traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie na zachowania prospołeczne był potwierdzony w badaniu Wang i in. (2025) oraz z badaniu Liu i in. (2022) z udziałem studentów w Chinach. Niski poziom postaw altruistycznych u osób, które doświadczyli emocjonalnego zaniedbania oraz fizycznej przemocy, został również potwierdzony w badaniach Carvalho i in. (2020), Gomis-Pomares i Villanueva (2020), Prior i in. (2021) oraz Chen i in. (2023).

Coulombe (2021) analizując negatywny wpływ traumy relacyjnej powołuje się na teorię przetwarzania informacji społecznej (Crick i Dodge, 1996), według której przetwarzanie informacji społecznej wpływa na sposób w jaki osoba prezentuje teraz i w przyszłości zachowania prospołeczne. Badania Crick i Dodge (1996) oraz de Castro i in. (2005) z udziałem nastolatków potwierdzają, że agresywne osoby mają większą tendencję do wrogich atrybucji, rzadziej korzystają z konstruktywnych sposobów regulowania emocji, częściej wybierają agresywne sposoby działania i postrzegają je jako mniej naganne. Z kolei badanie Kaufman i Cicchetti (1989) pokazuje, że dzieci z doświadczeniem znęcania się w porównaniu do dzieci bez takich doświadczeń prezentowali niższą samoocenę, niższy poziom zachowań prospołecznych oraz więcej zachowań wycofania.

Prokosz (2018) uważa, że prospołeczność u dzieci zaczyna się od obserwowania własnych rodziców, przejmując ich nawyki oraz ucząc się ich zachowań. Brak egzekwowania swoich poleceń oraz nagradzanie zachowań społecznie pożądanym może wpłynąć na gotowość dziecka do zachowań pomocnych (Clarke, 2005). Z kolei Różańska-Kowal (2009, s.157) wskazuje, że „częsty brak reakcji rodziców (obojętność) może wpływać osłabiająco na gotowość do zachowań prospołecznych i wzmacniająco –

na gotowość do zachowań antyspołecznych”. Reykowski (1979, s.366-367, cyt. za Różańska-Kowal, 2009) powołując się na Stauba określa następujące warunki rozwoju zachowań prospołecznych u dzieci: „1) czułe i opiekuńcze postawy rodziców; 2) egzekwowanie wymagań; 3) metoda indukcji zaproponowana przez Hoffmanna – procedura wychowawcza polegająca na wskazywaniu dziecku na konsekwencje, jakie jego zachowanie przynosi innym; 4) dostarczanie wzorów zachowań prospołecznych (modelowanie); 5) powierzenie dziecku zadań, które pozwolą mu na doświadczenie odpowiedzialności za jakieś dobro „pozaosobiste”. Ze względu na trudną sytuację wychowawczą i edukacyjną w rodzinie pochodzenia, ograniczony kontakt z rodziną oraz mniejsze zasoby poznawczo-emocjonalne, dzieci i młodzież z placówek opiekuńczo-wychowawczych mogą mieć trudności w prezentowaniu odpowiednich postaw prospołecznych. Ponadto Staub (1979, cyt. za Clarke, 2005) uważa, że małe dzieci są niezdolne do empatii i wraz z wiekiem rozwijają zdolność do postawienia siebie w sytuacji innej osoby. Z innej strony starsze dzieci mają większą wrażliwość na krytykę, co może ich powstrzymać przed prezentowaniem zachowań prospołecznych.

W literaturze brakuje badań nad zachowaniami prospołecznymi dzieci z doświadczeniem traumy złożonej, zwłaszcza przebywających w instytucjonalnej opiece zastępczej. Analiza tego zjawiska może pozwolić na identyfikację mechanizmów sprzyjających odporności i adaptacji w tej grupie.

1.5 Kreatywność a radzenie sobie ze skutkami doświadczonej traumy

1.5.1 Definicja i psychologiczne mechanizmy działania kreatywności

W języku polskim funkcjonują dwa pokrewne pojęcia odnoszące się do wytwarzania nowych wartości: twórczość i kreatywność. Terminy te bywają używane zamiennie, jednak – jak zauważa Nęcka (2001) – warto je rozróżniać.

Twórczość jest rozumiana jako „proces prowadzący do nowego wytworu, który jest akceptowany jako użyteczny lub do przyjęcia dla pewnej grupy w pewnym okresie” (Stein, 1953, cyt. za Nęcka, s. 17, 2001). Z kolei Stenberg i Lubart (1995 s.11-12, cyt. za Szmidt, 2007) do zdefiniowania twórczości podchodzą ze strony analizy wytworu jako twórczego: „Nowy produkt to taki, który jest statystycznie rzadki – jest różny od wytworów, które inne ludzie są w stanie wytworzyć. Nowy wytwór jest oryginalny,

niemożliwy do przewidzenia, zdolny do wywołania zdziwienia u widza, ponieważ jest czymś więcej niż następnym, logicznym krokiem [...]. Wytwór musi spełniać określone funkcje – musi być właściwą odpowiedzią na określone pytania – musi być użyteczny”. Nęcka (2001, s.19) zaznacza, że, twórczość może występować jako cecha osoby i w tym znaczeniu jest „to zdolność osoby do produkowania wytworów, charakteryzujących się koniunkcją dwóch cech: nowości i wartości”.

Kreatywność z kolei według Nęcka (2001, s.19) „przejawia się zwykle w formie obserwowalnego zachowania, polegającego na produkcji nowych i wartościowych wytworów (np. wierszy, utworów literackich, dowcipów kabaretowych), przy czym niekiedy wytworem może być samo zachowanie (np. w wypadku twórczości choreograficznej)”. Pogląd Nęcki podziela Szmidt (2007, s.53), który definiuje kreatywność jako „zdolność człowieka do w miarę częstego generowania nowych i wartościowych wytworów (rzeczy, idei, metod działania itd.)”. Proponuje on używać terminu kreatywność do opisu cech i zachowań człowieka, zwłaszcza jako synonimu „postawy twórczej”, rozumianej jako „trwałą dyspozycję życiową, przejawiającą się w różnorodnych zachowaniach innowatora, i odnoszący się do personologicznego wymiaru twórczości” (Szmidt, 2007. s.53).

Karwowski (2009) zaznacza, że w literaturze zachodnioeuropejskiej używa się tylko pojęcia twórczość, która przez Plucker i in. (2004, s.90) jest rozumiana jako „interakcja między zdolnościami, procesem i środowiskiem, dzięki którym jednostka lub grupa wytwarza zauważalny produkt, który jest zarówno nowatorski, jak i użyteczny w kontekście społecznym”. Beghetto i Kaufman (2013), powołując się na Kaufman i Stenberg (2007), Plucker i in. (2004) uważa, że badacze dochodzą do wniosku, że twórczość jest połączeniem oryginalność oraz adekwatność zadania. Karwowski (2009) podkreśla jednocześnie, że kreatywność jest pojęciem szerszym, pozwalającym dostrzegać aktywność twórczą w codziennych sytuacjach, takich jak praca, wychowanie dzieci czy gotowanie.

Biorąc pod uwagę powyższe ujęcia można podsumować, że twórczość odnosi się przede wszystkim do produktu i jego wartości społecznej, natomiast kreatywność – do osoby, procesu, zachowań i predyspozycji psychologicznych. W niniejszej pracy koncentruję się na pojęciu kreatywność, ponieważ interesuje mnie twórczość rozumiana jako cecha indywidualna oraz jej przejawy w codziennym funkcjonowaniu dzieci i młodzieży.

Kreatywność jest rozpowszechnioną w populacji cechą, jeżeli według Karwowskiego (2009) charakteryzuje się niekonwencjonalnym myśleniem, otwartością i chęcią poznawania, zdolnością zadawania sobie i światu ważnych pytań czy dziwienia się. Podzielając dane podejście, Richards (2010), jedna z zwolenniczek teorii kreatywności codziennej, pisze, że operacjonalizacyjnie kreatywność codzienną można zdefiniować przez pojęcie oryginalności oraz znaczenia (bycia zrozumiałym dla innych, nie przypadkowym lub idiosynkratycznym, i posiadać znaczenie społeczne). Kreatywność codzienna według badaczki nie polega tylko na tym co tworzymy, ale bierze również pod uwagę jak proces tworzenia i jego wytwór jest odbierany.

Kaufman i Beghetto (2009), proponują *Four C Model of Creativity*, który opisuje różne poziomy ekspresji kreatywności. *Mini-c* jest poziomem kreatywności interpretacyjnej albo osobistej, rozumianej przez badaczy jako „nowatorska i osobista interpretacja doświadczeń, działań i wydarzeń” (Beghetto i Kaufman, 2007, cyt. za. Kaufman i Beghetto, 2009, s.3). W tym ujęciu kreatywność *mini-c* koncentruje się na subiektywnych, introspekcyjnych doświadczeniach jednostki, które odzwierciedlają jej własny, znaczący sposób rozumienia i rozwijania się. Jej innowacyjność wynika z przesunięcia akcentu z wytworu na sam proces twórczy, który nie musi być oceniany z perspektywy zewnętrznych kryteriów czy odbiorców (Helfand i in. 2017).

Little-c jest opisywana jako kreatywność codzienna, która dotyczy codziennej aktywności i opiera się na założeniach, że potencjał twórczy jest szeroko rozpowszechniony. Kaufman i Beghetto (2009) również zwracają uwagę, że koncepcja kreatywności codziennej obejmuje kontinuum od poziomu *mini-c*, poprzez *little-c*, włączając poziom *Pro-C*. Badacze zaznaczają, że według nich komponentowa teoria twórczości Amabile (1996) tłumaczyłaby kreatywność codzienną. Amabile (1996, cyt. za. Szmidt, 2007) uważa, że trzy czynniki wpływają na to, czy potencjał twórczy ukryty u każdego z nas zostanie wykorzystany. Pierwszy z nich są zdolności kierunkowe (domain skills), do których należą wiedza faktologiczna z danej dziedziny; wymagane umiejętności techniczne oraz specjalny talent. Rozwój danych zdolności zależy od wrodzonych zdolności poznawczych, percepcyjnych i motorycznych oraz formalnej i nieformalnej edukacji. Drugim czynnikiem są zdolności twórcze, na które składają się następujące cechy stylu myślenia i działania: 1) zdolność do głębokiej i długiej koncentracji; 2) poświęcenie, żeby wykonać pracę dobrze; 3) zdolność do rezygnacji z nieproduktywnych idei; 4) wytrwałość w stawianiu czoła trudnościom; 5) chęć do

ciężkiej pracy; 6) eksplorację nowości; 7) zdolność do podejmowania ryzyka. Amabile (1996, cyt. za Szmidt, 2007) uważa, że rozwój danych zdolności będą zależą od treningu, doświadczeń w generowaniu rozwiązań oraz cech osobowości. Ostatnim czynnikiem jest komponent motywacyjny, do którego badaczka zalicza zainteresowanie, zdolność cieszenia się i odczuwania satysfakcji oraz zdolność do podejmowania wyzwań dla samej radości pracy. Początkowy poziom autonomicznej motywacji podczas wykonywania danych zadań, stopień nasilonych wymogów zewnętrznych oraz zdolność jednostki do poznawczego redukcjonowania tych nacisków i ograniczeń będzie warunkował czynnik motywacyjny. Ponadto Amabile (1996, cyt. za Szmidt) zaznacza, że motywacja wewnętrzna jako część działalności twórczej zależy od czynników środowiskowych, rodzinnych i szkolnych.

Pro-C odnosi się do kompetencji i osiągnięć przekraczających codzienną kreatywność (*little-c*), lecz nie wchodzących jeszcze w zakres przełomowej twórczości (*Big-C*). Aby twórca mógł wnieść wkład o przełomowym charakterze, musi wcześniej osiągnąć wysoki poziom kompetencji w swojej dziedzinie; co więcej, nawet idee uznawane współcześnie za nowatorskie mogą z perspektywy czasu okazać się jedynie przeciętne. Badania wskazują, że dojście do mistrzostwa w danej dziedzinie wymaga zazwyczaj około dekady intensywnej praktyki (Gardner, 1993; Hayes, 1989; Kaufman & Kaufman, 2007; Martindale, 1990; Simonton, 2000; cyt. za Helfand i in. 2017). Kaufman i Beghetto (2009) uważają, że jedna z teorii, która odnosi się do *Pro-C*, jest teoria napędu wkładów twórczych (ang. *Propulsion Theory of Creative Contributions*) autorstwa Sternberga i Kaufmana (2012). Według założeń teorii jest 8 różnych rodzajów wkładów twórczych, które odmieniają się ze względu na sposób, w jaki nawiązują do już ukształtowanych idei i obowiązujących paradygmatów. Dane rodzaje kreatywności autorzy teorii podzielili na trzy grupy. Do pierwszej grupy odnoszą się rodzaje kreatywności, które przyjmują obecne paradygmaty i próbują ich poszerzyć: replikacja (*replication*), redefinicja (*redefinition*), inkrementacja do przodu (*forward incrementation*), zaawansowana inkrementacja do przodu (*advance forward incrementation*). Do drugiej grupy wchodzi rodzaje kreatywności odrzucają obecne paradygmaty i podejmują próbę ich zastąpić: przekierowanie (*redirection*), przebudowa (*reconstruction*), ponowne uruchomienie (*reinitiation*). Do ostatniej grupy należy kreatywność, która integruje różne podejścia dotyczące tematu kreatywności w obecnych paradygmatach – synteza (*synthesis*).

Big-C dotyczy dorobku twórczego o wyraźnie ponadprzeciętnym charakterze (Kaufman i Beghetto, 2009). Według badaczy przykładem posiadania *Big-C* twórczości są laureaci Nagrody Pulitzera w kategorii beletrystyka lub osoby posiadające wpisy w Encyklopedii Brytyjskiej dłuższe niż 100 zdań (np. Winston Churchill lub Albert Einstein). Teoria, która opiera się według Kaufmann i Beghetto (2009) na pojęciu *Big-C* jest teoria systemowa Csikszentmihalyiego, który uważa, że twórczość jest zjawiskiem społecznym oraz kulturowym, a nie zjawiskiem psychologicznym (Szmidt, 2007). Autor danej teorii uważa, że wybitne osiągnięcia twórcze wynikają z połączenia trzech głównych systemów. Pierwszy system jest dziedzina twórczości (*domain*), która obejmuje „ustrukturalizowane kulturowo wzorce, systemy symboli, doświadczenie i procedury twórcze” (Szmidt, 2007, s.118). Dziedziną może być np. muzyka lub matematyka. Drugim komponentem twórczości według założeń teorii jest pole (*field*), które grupuje „wszystkie jednostki działające jako portierzy (*gatekeepers*) w danej dziedzinie” (Csikszentmihalyi, 1999, s.315, cyt. za Szmidt, 2007). Od ich decyzji będzie zależało czy nowa idea lub wytwór zostaną uznani w dorobku w danej dziedzinie. Główną funkcją pola twórczości jest ocena i selekcja wytworów. Ostatnim systemem w danej dziedzinie jest osoba twórcy (*person*), która, zdaniem Csikszentmihalyi (Szmidt, 2007), odróżnia się od innych ludzi złożonością różnych cech intelektualnych i behawioralnych.

Craft (1996, cyt. za Szmidt, 2007) zaproponowała koncepcję twórczości przez małe „t”, które badaczka zdefiniowała jako „rodzaj twórczości kierujący wyborami i umożliwiający odnajdywanie drogi życiowej w codziennej egzystencji” (Graft, 2000, s. 3, cyt. za Szmidt, 2007). Autorka uważa, że zmieniający się świat wymaga od jednostki większej elastyczności w zachowaniu, lepszego przystosowania oraz indywidualnej efektywności, co innymi słowami możemy opisać jako twórczość przez małe „t”. Podstawą twórczości przez małe „t” jest myślenie możliwościowe oparte na otwartości na doświadczenia, które bazuje się na przeanalizowaniu możliwości i podjęcia wyboru. Autorka również uważa, że zdolność do twórczych zachowań jest prezentowana u każdego.

Literatura wskazuje, że badacze niejednoznacznie oceniają, czy dzieci można uznać za osoby twórcze (Szmidt, 2007). Poglądy w tej kwestii można podzielić na trzy podejścia. Podejście elitarno - przedmiotowe wychodzi z założenia, że dzieci nie są twórcze, gdyż nie są zdolne na tyle, żeby zmienić coś w dziedzinach związanych z twórczością, np. nauki, sztuki, techniki. Dane założenie według Szmidt (2007) dzielają

M. Csikszentmihalyi (1996), P. Arlin (1975), G. Smith i I. Carlsson (1973). Przeciwnie do danego podejście jest podejście podmiotowo-humanistyczne, według którego dzieci są twórcze, a ich aktywność twórcza charakteryzuje się cechami działa twórczego. Copley (2001, cyt. za Szmidt, 2007) podkreśla trzy argumenty, które według niego przemawia za kreatywnością dzieci: 1. Twórczość wydaje się nieodłączną częścią dzieciństwa; 2. Twórczość dzieci jest potrzebna społeczeństwu; 3. Twórczość pomaga dzieciom w uczeniu się i rozwoju. Ostatnie podejście, opisane przez Szmidt (2007) jako realistyczne, opiera się na poglądach, że dzieci mogą być twórcze w niektórych dziedzinach np. teatr, plastyka, muzyka, i nie wykazują się twórczością w dziedzinach związanych z nauką, techniką czy działalnością społeczną. Cechami aktywności twórczej w tym przypadku jest ciekawość poznawcza, fantazjowanie, gra wyobraźni, zabawy tematyczne i konstrukcyjne oraz plastyka. Runco i Charles (1997, cyt. za Szmidt, 2007) proponują oceniać twórczość dzieci pod kątem oryginalności oraz użyteczności w odniesieniu do konkretnego dziecka, a nie obiektywnych norm i rozpatrywać ją jako kreatywność personalną, osobistą (Runco, 2003).

Dzieci różnią się od dorosłych sposobem ekspresji swojej twórczości i najczęściej wyrażają ją przez: 1) animizm; 2) zabawy tematyczne; 3) improwizowana dramatyzacje; 4) zabawy konstrukcyjne; 5) tworzenie fikcyjnych towarzyszy; 6) marzenia na jawie i fantazjowanie; 7) opowiadania i humor u dzieci; 8) kreatywność związana z plastyką (Szmidt, 2017). Aktywność twórcza u dzieci według Szmidta (2007, s. 177) pełni „następujące funkcje:

- funkcję rozwojową – twórczość pomaga rozwinąć się ważnym sferom osobowości dzieci (poznawczej, emocjonalnej i sprawnościowej);
- funkcję ekspresyjną – twórczość umożliwia dzieciom wyrażanie indywidualnych myśli i przeżyć w języku sztuki lub w zabawie;
- funkcję socjalizacyjną – twórczość wdraża dzieci do odgrywania określonych ról społecznych i podejmowania wysiłków oraz odpowiedzialności za inne osoby;
- funkcję terapeutyczną – dzięki aktywności twórczej dzieci odreagowują nagromadzone napięcie i lęki, uczą się rozwiązywać konflikty w sposób konstruktywny;
- funkcję edukacyjną – twórczość dzieci sprzyja opanowaniu nowych umiejętności i wiedzy, wzbogaca proces uczenia się i nauczania o nowe treści i metody, zachęca do eksploracji oraz czerpania wiedzy z różnych źródeł”.

Desmond i in. (2015) uważają, że dla dzieci z doświadczeniem sytuacji traumatycznej może być trudno wyrażać swoje przeżycia emocjonalne w trakcie bezpośredniej dyskusji. W tym przypadku wykorzystanie np. marionetek, piaskoterapii (*sandtray*), pisanie pisma, lub sztuki w celu lepszego poznania doświadczeń dziecka oraz pomoże dziecku werbalnie i niewerbalnie wyrazić swoje myśli, uczucia i zachowania.

Wychodząc z założeń teoretycznych możemy wnioskować, że dzieci przejawiają aktywność twórczą w swoim codziennym funkcjonowaniu, co więcej dana kreatywność codzienna może pełnić funkcję adaptacyjną, związaną z regulacją emocji oraz terapeutyczną. W grupie dzieci i młodzieży przebywających w pieczy instytucjonalnej kreatywność codzienna, może być czynnikiem wspomagającym ich lepsze samopoczucie oraz funkcjonowanie w sytuacjach trudnych.

1.5.2. Kreatywność w badaniach dzieci i młodzieży przebywających w pieczy zastępczej

Rola kreatywności w radzeniu sobie z traumą doświadczaną przez dzieci i młodzież jest również ważnym tematem do eksploracji empirycznej. Informacje na temat związków doświadczeń traumatycznych z kreatywnością są odnoszone do zjawiska potraumatycznego wzrostu (Forgeard, 2013, 2018), z którego wynika, że ekspresja kreatywna może polepszyć dosbrostan osoby. Przeprowadzone w tym zakresie badania empiryczne nie dają jednoznacznych wyników (Byron i in., 2010; Forgeard, 2018).

Byron i in. (2010) w swojej metaanalizie dotyczącej związku między sytuacją stresową oraz kreatywnością dochodzą do wniosku, że oddziaływanie stresorów na kreatywność jest uzależnione od intensywności doświadczanego stresu, jaki one wywołują. Sytuację z niskim natężeniem stresu nasilają aktywność kreatywną, z kolei sytuację wysoko-stresującą powodują obniżenia aktywności kreatywnej. Z kolei metaanaliza literatury dotyczącej używania kreatywnych technik w procesie psychoterapeutycznym również wskazują na ograniczenia wniosków, ze względu na metodologiczne „słabości” spowodowane narratywnym przedstawieniem wyników, co wiąże się również z wątpliwościami dotyczącymi rzetelnością, trafnością i wiarygodnością wyników tych badań (van Westrhenen i Fritz, 2014). Jednak metaanaliza dokonana przez Morison i in. (2021) wskazuje, że wyniki badań z ostatnich lat wykazują zmniejszenie nasilenie objawów potraumatycznych po włączeniu metod opartych na

kreatywności (średnia wielkość efektu) oraz zmniejszenie natężenie negatywnego nastroju (niska wielkość efektu).

Rubinstein i in. (2024) doszli do wniosku, że wyższe wyniki w wyobraźnym radzeniu sobie (*imaginal coping*, używanie wyobraźni jako zasobu do rozwiązywania problemów i regulacji emocji) jako komponentu fantastycznej zdolności postrzegania rzeczywistości (*Fantastic reality ability*), rozumianej jako zdolność do używania wyobraźni w reakcji na wydarzenie potencjalnie traumatyczne, oraz beztraska zabawa (*lighthearted playfulness*, spostrzeganie życia, jako zabawy, przeżywanie danej chwili, bez zastanawiania się o konsekwencję w przyszłości) są istotnie statystycznymi predyktorami adaptatywnej regulacji emocji.

Po przebadaniu 373 osób dorosłych Forgeard (2013) stwierdziła, że związek między doświadczeniem niekorzystnych zdarzeń życiowych a wzrostem spostrzeganej kreatywności, w tym rozwoju kreatywności (wzrost liczby zgłaszanych dziedzin kreatywności przez uczestników badania) może być wynikiem dwóch różnych procesów pośredniczących. Wyniki badania wskazują, że w pierwszym przypadku natrętne ruminacje („występowanie niechcianych myśli związanych z wydarzeniem”, Forgeard, 2013, s. 247) i potraumatyczna deprecjacja (występowanie negatywnych zmian w wyniku doświadczenia traumatycznego) są czynnikami pośredniczącymi (mediatorami) w związku między doświadczeniem zdarzeń niepożądanych a kreatywnością. To znaczy, że, doświadczenie niekorzystnych zdarzeń życiowych może nasilać natrętne ruminację, które z kolei są predyktorami domen potraumatycznej deprecjacji, co z kolei przyczynia się do zwiększenia lub zmniejszenia zakresu lub spostrzegania własnej kreatywności. W badaniach Forgeard (2013) samoopis negatywnych zmian związanych z postrzeganiem nowych możliwości dla własnego życia wskazywały na obniżenia postrzeganej kreatywności, ale z drugiej strony wyniki w zakresie kreatywności były wyższe. Wskazuje to na to, że osoba po doświadczeniach traumatycznych może gorzej spostrzegać swoją kreatywność, ale mimo tego angażować się w różne rodzaje aktywności twórczej. Samoopis negatywnych zmian związanych z docenianiem życia był związany z obniżeniem zakresu kreatywności. Z kolei samoopis negatywnych zmian w relacjach przewidywał wyższy wyniki w spostrzeganej kreatywności. Druga ścieżka pokazała, że czynnikami pośredniczącymi (mediatorami) w związku między doświadczeniem zdarzeń niepożądanych a kreatywnością były świadome ruminacje, tj. "dobrowolne i celowe myślenie o wystąpieniu i implikacjach zdarzenia" oraz

potraumatyczny wzrost (Forgeard, 2013, s. 247). W badaniu czterech wymiarów wzrostu po traumie, tylko samoopis pozytywnych zmian w relacjach oraz postrzegania nowych możliwości dla własnego życia były związane z wyższymi wynikami w spostrzeganej kreatywności. Wyższy zakres kreatywności był związany z zgłaszanymi przez osobę badaną pozytywnymi zmianami w obszarze mocnych stron. Wyniki badania Forgeard (2013) wskazują na ważną rolę kreatywności w regulacji emocji oraz adaptacji u osób po doświadczeniach wydarzeń niekorzystnych.

Orkibi i Ram-Vlasov (2019) w swoim badaniu z udziałem osób dorosłych, które były świadkami działań wojennych w Izraelu jako osoby cywilne, doszli do wniosku, że większa liczba doświadczeń traumatycznych była związana z większym poziomem poczucia własnej kreatywności (przekonania o byciu kreatywnym), kreatywnością emocjonalną (*creative self-efficacy*; zdolnością do doświadczania nowych i odpowiednich emocji) oraz ogólnym myśleniem dywergencyjnym (zdolnością poznawczą do myślenia o wielu pomysłach). Ponadto analiza ścieżkowa pokazała, że kreatywność emocjonalna i wynikające z niej poczucie własnej kreatywności pośredniczy w związku między traumatycznym doświadczeniem a potraumatycznym wzrostem, co znaczy, że traumatyczne doświadczenie nasila kreatywność emocjonalną oraz poczucie własnej kreatywności, co z kolei zwiększa potraumatyczny wzrost. Z kolei w związku między traumatycznym doświadczeniem a objawami psychopatologicznymi, kreatywność emocjonalna oraz poczucie własnej kreatywności zmniejszają nasilenie objawów psychopatologicznych. Poczucie własnej kreatywności, zgodnie z wynikami badania, pośredniczyło w relacji między kreatywnością emocjonalną i myśleniem dywergencyjnym jak i w przypadku potraumatycznego wzrostu, tak i w sytuacji objawów psychopatologicznych (Orkibi i Ram-Vlasov, 2019).

Inne badania osób dorosłych (np. Kaimal, Ray i Muniz (2016)) pokazują, że indywidualna kreatywność, taka jak tworzenie sztuki, może pomóc w radzeniu sobie ze stresem. Mimo tego, że rola kreatywności w terapii z udziałem dzieci i młodzieży nie jest nowym obszarem dyskusyjnym i praktyki artystyczne są włączane w proces leczenia osób, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych, wciąż brakuje badań które mogłyby wyjaśnić czy i w jakim zakresie kreatywność pełni pozytywną rolę u dzieci i młodzieży w związku między traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych (Sunderland i in., 2023).

Rozdział 2. Metodologia badań własnych

Rozdział drugi został poświęcony przedstawieniu metodologii badania własnego. Scharakteryzowany został problem badawczy wraz z uzasadnieniem w oparciu o badania empiryczne oraz podejścia teoretyczne, które szerzej zostały zaprezentowane w rozdziale pierwszym. Następnie przedstawiony został cel pracy, pytania badawcze i hipotezy. W dalszej części opisana została grupa badana, procedura badania, sposób operacjonalizacji zmiennych i wykorzystane narzędzia. Szczegółowo opisano także zastosowane w pracy pomiary statystyczne. Na koniec rozdziału zostały poruszone kwestie etyczne oraz procedura świadomej zgody udziału w badaniu osób nieletnich, którą zastosowano w niniejszym badaniu.

2.1 Problem badawczy i jego uzasadnienie

W wyniku doświadczenia traumy złożonej, dzieci i młodzież przebywające w placówkach opiekuńczo-wychowawczych zaliczane są do grupy, w której ryzyko wystąpienia symptomów psychopatologii, a nawet zaburzeń psychicznych jest wysokie. Wynika to z faktu, iż dzieci te doświadczyły, przede wszystkim:

1. zaniedbań w rozwoju emocjonalnym i społecznym z winy opiekunów;
2. rodzina dziecka doświadczyła złej sytuacji socjalno-bytowej przed umieszczeniem dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej
3. nieadekwatny poziom umiejętności wychowawczych opiekunów oraz
4. traumy związanej z rozłąką z domem rodzinnym i umieszczeniem w placówce opiekuńczo-wychowawczej (Pawliczuk, Kaźmierczak-Mytkowska, Srebnicki, Wolańczyk, 2018).

Przykładem badań empirycznych wskazujących na istotny związek traumy złożonej z nasilonymi objawami psychopatologii u dzieci i młodzież z pieczy zastępczej są wyniki badań przeprowadzonego w Warszawie w latach 2007-2011 przez Pawliczuka i zespół (2018). Przebadano 141 dzieci w wieku 11-18 lat. Wyniki pokazały, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu "dom dziecka" było bardzo wysokie, gdyż wynosiło aktualnie 52,4% (w trakcie badania) i 53,5% w ciągu całego życia. Oznacza to, że co drugie dziecko z placówek opiekuńczo-wychowawczej doświadczyło poważnych

problemów w zakresie zdrowia psychicznego. Co trzecie dziecko było uzależnione od nikotyny (32,3%). Zaburzenia zachowania opozycyjno-buntownicze stwierdzono u 13,4% badanych, inne zaburzenia zachowania u 12,2%. Następnie zdiagnozowano fobie specyficzne u 16,7%, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi u 10%, fobią społeczną u 5,7%. Zaburzenia adaptacyjne z nastrojem depresyjnym u 5,6% a zaburzenia stresowe pourazowe u 5,6% (Pawliczuk i in., 2018). Zasępa i Zębrowska (2023) zaznaczają, że według badań prowadzonych przez Keefe i in. (2022) najczęściej wśród dzieci z pieczy zastępczej spotyka się ADHD (11%), zaburzenia dwubiegunowe (5,6%), zaburzenia w komunikacji (5,4%), zaburzenia depresyjne (5,1%). Ponadto dzieci z pieczy zastępczej w 2,5 razy częściej otrzymywali rozpoznanie zaburzenia psychicznego oraz w 2,3 razy częściej rozpoznanie zaburzeń rozwojowych w porównaniu do dzieci i młodzieży niemających doświadczenia pieczy zastępczej. Z kolei zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia zachowania, depresja, PTSD, reaktywne zaburzenia przywiązania są najczęściej występujące w grupie dzieci i młodzieży z pieczy zastępczej według badań Engler, Sarpong, Van Horne, Greeley and Keefe (2022, cyt. za Zasępa i Zębrowska, 2023).

Badania pokazują, że niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa, w tym traumatyczne wydarzenia, zwiększają ryzyko wystąpienia objawów psychopatologicznych zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłości (Lindert i in., 2014; Kalmakis i Chandler, 2015, za: Dragan, 2020). Wyniki badań Dragan (2020) wskazują na to, że wydarzenia traumatyczne w dzieciństwie zwiększały występowanie ogólnych objawów psychopatologicznych oraz objawów PTSD. Ponadto trudności w regulacji emocji pośredniczyły między niekorzystnymi wydarzeniami w dzieciństwie a występowaniem objawów psychopatologicznych. Dragan (2018) podkreśla, że dorośli, którzy w dzieciństwie doświadczyli traumy, częściej prezentują objawy zaburzeń psychicznych zarówno w okresie przeprowadzania badania, jak i w perspektywie całego życia, w porównaniu z osobami pozbawionymi takich doświadczeń w przeszłości. Tak więc, biorąc pod uwagę wyniki wcześniejszych badań empirycznych prowadzonych w kraju i na świecie, założono, że występowanie objawów psychopatologicznych i młodzieży przebywającej w pieczy zastępczej jest związane z doświadczeniami traumatycznymi.

Zaprezentowane dane statystyczne dowodzą także, że problematyka zdrowia psychicznego jest istotnym problemem w grupie dzieci i młodzieży przebywających w

placówkach opiekuńczo-wychowawczych. W Polsce na koniec 2023 roku funkcjonowało 1318 placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej, gdzie przebywało 17 218 dzieci, w tym 1292 pełnoletnich wychowanków, którzy kontynuowali naukę. Biorąc pod uwagę, że pod koniec 2023 roku w Polsce w pieczy zastępczej (w tym w rodzinnej pieczy zastępczej oraz rodzinnych domach dziecka) przebywało 75,3 tys. dzieci, zaznacza się wzrost liczby dzieci objętych pieczą zastępczą w porównaniu do roku 2022 o 3,5 % (GUS, 2024). Ponadto badania Pawliczuka i innych (2018) wskazują na duży odsetek psychopatologii wśród wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych. Skalec-Ruczyńska (2023) zaznacza, że sytuacja zdrowotna dzieci umieszczanych obecnie w pieczy zastępczej jest bardziej wymagająca niż wcześniej, gdyż coraz większa jest liczba i skala deficytów poznawczych, psychologicznych, emocjonalnych, społecznych i zdrowotnych (Colton, 2001; Duda, 2016; Kordaczuk-Wąs, 2018, cyt. za Skalec-Ruczyńska, 2023). Oprócz wyzwań związanych z okresami rozwojowymi, mamy do czynienia z trudnościami adaptacyjnymi, zaniedbaniem dydaktyczno-wychowawczym i społecznym oraz zaburzeniami osobowości.

Biorąc pod uwagę przedstawioną literaturę, można zauważyć, że dzieci i młodzież z pieczy instytucjonalnej stanowią rzadką grupę, która jest badana pod kątem złożonej traumy. Jednocześnie jednak wszyscy uznają, że są oni narażeni zarówno na doświadczenie złożonej traumy, jak i na poważne skutki psychologiczne, zdrowotne i społeczne, które nie zawsze są w pełni uwzględnione w obecnej diagnostyce (Kisiel, 2014; Ford, 2013, 2017). Złożona trauma dziecięca i jej skutki stanowią ogromną część dyscypliny psychotraumatologii, ale niniejszy projekt badawczy ma na celu zbadanie niewielkiej jej części związanej z mniej badaną w Polsce grupą młodzieży z instytucjonalnej pieczy zastępczej. W niniejszym badaniu uwzględniony zostanie rozwój objawów psychopatologicznych jako skutek doświadczenia złożonej traumy oraz przeanalizowane zostaną czynniki ochronne dostępne dla młodzieży w systemie opieki zastępczej.

Jak pokazuje przedstawiona literatura nie u wszystkich adolescentów z pieczy zastępczej rozwijają się objawy psychopatologiczne. Czynniki sytuacyjne, związane z doświadczeniem zdarzenia traumatycznego oraz czynniki podmiotowe, do których zaliczamy płeć i wiek, posiadane zasoby osobiste i społeczne, aktywność poznawcza i strategii radzenia sobie z sytuacją stresową warunkują nasilenie negatywnych lub pozytywnych następstw traumatycznego doświadczenia (Kobylarczyk-Kaczmarek,

Ogińska-Bulik, 2023). Niewielka liczba badań dotyczy czynników, które chronią młodzież z placówek opiekuńczo-wychowawczych przed rozwojem zaburzeń psychopatologicznych (Aguilar-Vafaie i in. 2014; Abreu i in., 2023).

Czynniki psychologiczne, których rola jest w niniejszym badaniu eksplorowana to spostrzegane wsparcie społeczne, zachowania prospołeczne oraz kreatywność młodego człowieka. Badania naukowe wskazują na istotny potencjał tych czynników w ochronie przed nasileniem objawów psychopatologicznych oraz pośredniczeniu w związku między wydarzeniem traumatycznym a występowaniem objawów psychopatologicznych.

Wsparcie społeczne jest istotnym czynnikiem chroniącym przed rozwojem objawów psychopatologicznych, co zostało potwierdzone w wielu badaniach osób dorosłych, dzieci i młodzieży (Yule i in., 2019). Szeroko rozumiana definicja wsparcia społecznego twierdzi, że jest to „rodzaj społecznych interakcji, poprzez które jednostki udzielają sobie nawzajem rzeczywistej pomocy, tworzą sieć kontaktów interpersonalnych i związków towarzyskich, które są spostrzegane i oceniane jako dostrajające akceptacji, troski i pomocy w chwilach potrzeby (Barrera 1986; Cieślak 1995; Cohen, Underwood, Gottlieb, 2000; Hobfoll 1988; Kaniasty, Norris, 1997; Sarason, Sarason, Pierce, 1992; Sęk, 1997, cyt. za Kaniasty, Norris, 2004, s. 124)”. Moderująca rola wsparcia społecznego została potwierdzona w badaniu Babcock, Roseman, Green i Ross (2008, za Jones, 2014; Salazar i in. 2011) dotyczącym przemocy psychicznej wobec nieletnich i rozwoju objawów stresu pourazowego (PTSD) oraz w badaniu Murthi i Espalage (2005) dotyczącym wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie i wymiarów straty psychologicznej (utrata optymizmu, utrata siebie i utrata dzieciństwa). W innym badaniu Salazar i współpracownicy (2011) również potwierdzili, że wsparcie społeczne występuje jako moderator doświadczanego stresu oraz pośredniczy w częściowej mediacji w związku pomiędzy maltretowaniem a objawami depresji. Jako moderator doświadczanego stresu wsparcie społeczne występowało tylko u osób, które doznały mniejszą ilość rodzajów maltretowania. U osób, które doświadczyły różnego rodzaju znęcania się w tym samym czasie (np. zaniedbanie, fizyczne, seksualne lub psychologiczne znęcanie się), efekt buforujący zniknął. Model deterioracji spostrzeganego wsparcia społecznego wskazuje na to, że wsparcie społeczne może również działać jako mediator, czyli pośredniczyć w związku między traumą a objawami psychopatologicznymi. Badanie przeprowadzone przez Vrancean i współpracowników

(2007) potwierdza, że wsparcie społeczne było częściowym mediatorem między doświadczeniem wielu rodzajów maltretowania w dzieciństwie a rozwojem objawów pourazowych (PTSD) w wieku dorosłym. Wyniki badań wskazują na to, że zmniejszenia wsparcia społecznego może wynikać nie tylko ze względu na bezpośredni efekt doświadczonego maltretowania, ale również przez nasilenia stresu oraz utraty zasobów związanych z przeżytym maltretowaniem. Doświadczenia maltretowania u kobiet może utrudnić im dostęp do wsparcia społecznego, co później zwiększa ich predyspozycji do występowania objawów PTSD. Ponadto badacze zaznaczają, że PTSD może występować tak samo przy różnych rodzajach traum (np. od wojny do doświadczenia znęcania się w dzieciństwie), biorąc pod uwagę jak pośredni tak i bezpośredni spadek wsparcia społecznego.

Zachowania prospołeczne, rozumiane jak „szeroki obszar działań mających na celu przyniesienia korzyści jednej lub większej liczbie osób, innych niż oni sami” (Batson and Powell, 2003, p. 463). Wyniki badań wskazują na to, że zachowania prospołeczne nie tylko poprawiają nastrój i samopoczucie osoby jej udzielającej, ale również mogą być skuteczną strategią radzenia sobie ze stresem poprzez odwracanie uwagi od stresora i zwiększanie poczucia własnej skuteczności i kompetencji (Midlarsky, 1991; Frazier i in. 2013). Lopez i Little (1996) odnotowali, że prospołeczne sposoby radzenia sobie ze stresem u dzieci wiążą się z wyższą samooceną własnej skuteczności oraz obniżonym poziomem lęku. Podobne zależności opisano również w badaniu Bokszczanin (2012), gdzie młodzież angażująca się ochotniczo w działania pomocowe po powodzi przejawiała lepszą jakość relacji z rodzicami i rówieśnikami, a także silniejsze przekonanie o własnej sprawczości. W badaniu Raposy i współpracowników (2016) wykazano, że zachowania prospołeczne pełnią funkcję moderatora u osób dorosłych spożywających alkohol zarówno okazjonalnie, jak i w sposób ryzykowny. Wyższy poziom prospołeczności wiązał się z osłabieniem negatywnego wpływu codziennych stresorów, co sprzyjało większemu nasileniu pozytywnego afektu oraz lepszemu ogólnemu samopoczuciu psychicznemu. Coulombe (2021) zaznacza, że wyniki metaanalizy badań pod kątem relacji traumy relacyjnej a zachowań prospołecznych wskazują na to, że wydarzenia traumatyczne z dzieciństwa nie sprzyjają rozwojowi zachowań prospołecznych – przeciwnie, mogą prowadzić do ich mniej lub bardziej wyraźnego obniżenia. Na co również zwracają uwagę Kaufman i Cicchetti (1989) w swoim badaniu, wyniki którego wykazali, że dzieci z doświadczeniem znęcania się wykazują – w porównaniu z

rówieśnikami bez takich przeżyć – niższy poziom samooceny oraz mniejszą skłonność do zachowań prospołecznych, a także częściej przejawiają tendencję do wycofywania się z relacji. Biorąc pod uwagę przeprowadzone do tej pory badania można sądzić, że rola zachowań prospołecznych w interakcji doświadczenia traumy i jej konsekwencji nie była szeroko badana w grupie młodzieży, zwłaszcza tej przebywającej w instytucjonalnej pieczy zastępczej i którzy doświadczyli traumy złożonej. Wyniki badań wskazują więc na dalszą zasadność analizy roli zachowań prospołecznych u młodzieży przebywającej w instytucjonalnej pieczy zastępczej.

Rola kreatywności w radzeniu sobie z negatywnymi konsekwencjami wydarzenia traumatycznego u dzieci i młodzieży jest ważnym tematem badań empirycznych, biorąc pod uwagę wykorzystanie metod kreatywnych w procesie psychoterapeutycznym i konsultacyjnym (Desmond, 2015; Morison, 2021). Analiza podejść teoretycznych wskazuje na to, że kreatywność można spozstrzegać jako cechę osobistą każdej jednostki, która może przejawiać się w codziennych czynnościach (Szmidt, 2007; Kaufman i Beghetto, 2009). Ponadto Szmidt (2007) zaznacza, że u dzieci kreatywność może pełnić funkcję adaptacyjną, terapeutyczną oraz regulacji emocji. Wychodząc z tego można wnioskować, że kreatywność codzienna, która również występuje u dzieci i młodzieży, może być czynnikiem chroniącym przed negatywnymi konsekwencjami wydarzeń traumatycznych. Badania Forgeard (2013) oraz Orkibi i Ram-Vlasov (2019) potwierdzają rolę kreatywności w regulacji emocji oraz adaptacji osób dorosłych z doświadczeniem wydarzeń traumatycznych. Z kolei, Morison i współpracownicy (2021), w przeprowadzonej metaanalizie, odnotowali, że wykorzystanie interwencji opartych na kreatywności wiąże się z umiarkowanym zmniejszeniem nasilenia objawów potraumatycznych oraz niewielkim spadkiem poziomu negatywnego nastroju. W obecnej literaturze badania dotyczące roli kreatywności w związku między doświadczeniem wydarzenia traumatycznego a występowaniem objawów psychopatologicznych jest rzadko analizowana w grupie młodzieży, zwłaszcza tej przebywającej w instytucjonalnej opiece zastępczej. Wyniki wcześniejszych badań (Morison, 2021; Kaufmann i Beghetto, 2009; Fogear, 2013; Orkibi i Ram-Vlasov, 2019) wskazują na zasadność dalszych badań w kierunku analizy roli kreatywności codziennej w relacji między traumą a objawami psychopatologicznymi.

Podjęta problematyka badawcza jest ważna zarówno dla rozwoju teorii jak i praktyki psychologicznej. Eksploracja roli psychologicznych czynników ochronnych w

rozwoju objawów psychopatologicznych u młodzieży pozwoli nie tylko poszerzyć obecną wiedzę teoretyczną dotyczącą traumy dziecięcej i jej wpływu na dalsze funkcjonowanie osoby, ale również będzie pomocne w przygotowaniu programów profilaktycznych, które miałyby na celu zwiększenia zasobów osobistych jednostki w radzeniu sobie z doświadczeniem traumatycznym. Analiza roli psychologicznych czynników, na których skupia się niniejsza praca, również ma ważną rolę w planowaniu działań terapeutycznych i interwencyjnych w praktyce psychoterapeutycznej i psychologicznej.

2.2 Cel pracy i pytania

Głównym celem pracy było zbadanie związków pomiędzy spostrzeganym wsparciem społecznym, zachowaniami prospołecznymi oraz spostrzeganą kreatywnością a psychologicznymi skutkami doświadczeń traumatycznych u młodzieży przebywającej w instytucjonalnej pieczy zastępczej (placówki opiekuńczo-wychowawcze). Cele szczegółowe zostały przedstawione w formie pytań:

1. Jaki jest zakres doświadczeń traumatycznych u młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych?
2. Jakie objawy zaburzeń psychopatologicznych występują u młodzieży z placówek opiekuńczo-wychowawczych?
3. Czy wiek, płeć oraz czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej są powiązane z nasileniem objawów psychopatologicznych?
4. Czy i w jaki sposób spostrzegane wsparcie społeczne będzie miało ochronny wpływ na nasilenie objawów psychopatologicznych u młodzieży, która doświadczyła traumy złożonej?
5. Czy i w jaki sposób zachowania prospołeczne będą miały ochronny wpływ na nasilenie objawów psychopatologicznych u młodzieży, która doświadczyła traumy złożonej?
6. Czy i w jaki sposób kreatywność będzie miała ochronny wpływ na nasilenie objawów psychopatologicznych u młodzieży, która doświadczyła traumy złożonej?

7. Czy spostrzegane wsparcie społeczne, zachowania prospołeczne oraz kreatywność będą pełnić rolę mediatorów związku pomiędzy doświadczoną traumą a objawami psychopatologicznymi?

2.3 Hipotezy badawcze

Sformułowano cztery główne hipotezy badawcze.

Podstawowe dla podjętej problematyki jest pytanie: Czy istnieje zależność pomiędzy traumatycznymi doświadczeniami młodzieży z instytucjonalnej pieczy zastępczej a nasileniem objawów psychopatologicznych? Do tego pytania została sformułowana pierwsza hipoteza główna.

Hipoteza 1: Im większe jest nasilenie doświadczonej traumy złożonej, tym większe będzie nasilenie obserwowanych objawów psychopatologicznych u młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Badania wskazują na różnice jakościowe prezentowanych objawów psychopatologicznych, biorąc pod uwagę płeć osoby badanej. Prezentowane w badaniach wyniki sugerują, że wyższe wyniki w skalach objawów psychopatologicznych o charakterze internalizacyjnym występują u kobiet w porównaniu do mężczyzn. Z kolei w skalach zaburzeń eksternalizacyjnych występują znacząco wyższe wyniki u mężczyzn w porównaniu do kobiet (Eaton i in., 2012; Jetishi i Mugaj-Froku, 2016). Badania Babicka-Wirkus (2023) z udziałem dzieci i młodzieży w wieku 12-14 lat oraz Docherty i in. (2016) z udziałem dzieci i młodzieży w wieku 11-18 lat wskazują, że dziewczyny uzyskują znacząco wyższe wyniki w skalach dotyczących jak internalizacyjnych objawów psychopatologicznych tak i eksternalizacyjnych.

Do przedstawionej hipotezy głównej sformułowano hipotezy robocze, biorąc pod uwagę wcześniej opisane badania:

Hipoteza 1a: U dziewcząt wystąpi większe nasilenie objawów psychopatologicznych o charakterze internalizacyjnym w porównaniu z chłopcami.

Hipoteza 1b: U chłopców wystąpi większe nasilenie objawów psychopatologicznych o charakterze eksternalizacyjnym w porównaniu z dziewczynami.

Badania w różnych krajach uwzględniające płeć, jako czynnik różnicujący wyniki nasilenia objawów PTSD wskazują na to, że objawy PTSD częściej występują u kobiet w porównaniu do mężczyzn. Ponadto badania Mahmood i in. (2009) potwierdzają, że

kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszają główne objawy PTSD, niską samoocenę oraz silne reakcje emocjonalne (Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023). Badania z udziałem nieletnich (Carmassi i in., 2014; Zhou i in., 2015; Zhou i in., 2018, za: Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023) również wskazują na niski poziom objawów PTSD u chłopców w porównaniu do dziewczyn. Biorąc pod uwagę powyższe badania została sformułowana następująca hipoteza robocza.

Hipoteza 1c: U dziewcząt wystąpi większe nasilenie objawów PTSD w porównaniu z chłopcami.

W obecnej literaturze są nieliczne badania, które analizują czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej jako czynnik warunkujący nasilenie objawów psychopatologicznych. Badanie Navarro-Soria i in. (2020) z udziałem dzieci i młodzieży, którzy przebywali w instytucjonalnej opiece zastępczej od 8 do 86 miesięcy, wskazuje na to, że wraz z większym czasem pobytu obserwuje się mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych. Biorąc pod uwagę dane badanie, została postawiona następująca hipoteza.

Hipoteza 1d: Im dłuższy czas pobytu wychowanka w placówce opiekuńczo-wychowawczej, tym mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych u młodzieży.

Niejednorodne wyniki również prezentują badania z udziałem dzieci i młodzieży dotyczące związku nasilenia objawów PTSD a wiekiem osoby badanej. Najczęściej wyniki badań wskazują na brak zależności między zmiennymi, jednak są badania wyniki których wskazują na to, że osoby młodsze prezentują większe nasilenie objawów PTSD w porównaniu do osób starszych, również w grupie dzieci i młodzieży (van Niekerk i in., 2020; Green i in., 1998; Koopman i in., 2002, za: Kobylarczyk-Kaczmarek, Ogińska-Bulik, 2023; Bokszczanin, 2007).

Hipoteza 1e: Starsi wychowankowie z placówek opiekuńczo-wychowawczych będą prezentować mniej objawów PTSD w porównaniu z młodszymi wychowankami.

Wyniki badania Greeson i in. (2011) z udziałem dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wskazuje na to, że objawy zaburzeń internalizacyjnych są wyższe u starszych wychowanków w porównaniu do młodszych. Biorąc pod uwagę dane badanie została postawiona kolejna hipoteza:

Hipoteza 1f: Starsi wychowankowie z placówek opiekuńczo-wychowawczych będą prezentować więcej objawów internalizacyjnych w porównaniu z młodszymi wychowankami.

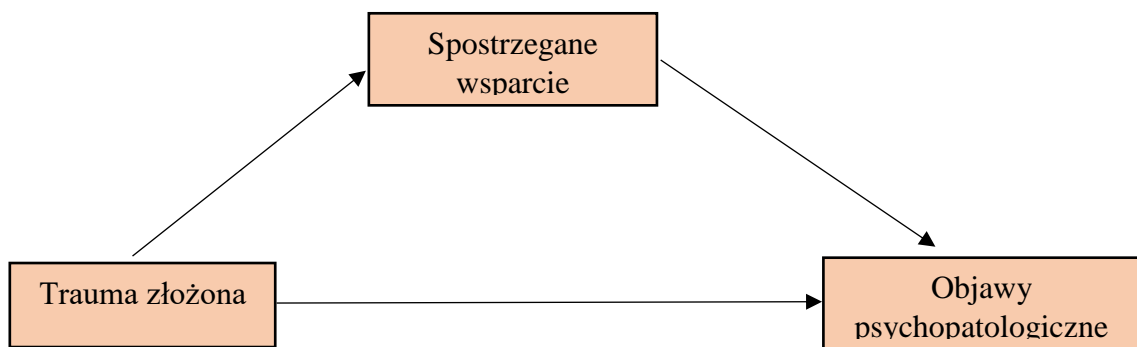
Pytanie badawcze 2: Jaką rolę pełni spostrzegane wsparcie społeczne w radzeniu sobie z psychologicznymi i społecznymi konsekwencjami traumy złożonej? Na podstawie tego pytania została sformułowana druga hipoteza główna.

Hipoteza 2: Zgodnie z przedstawionymi badaniami (Vrancean, Hobfoll i Johnson, 2007; Jones, 2014; Salazar, 2011), oczekuje się, że im większe będzie spostrzegane wsparcie społeczne tym mniejsze będzie nasilenie objawów psychopatologicznych.

Do przedstawionej drugiej hipotezy głównej sformułowano hipotezy robocze:

Hipoteza 2a: Spostrzegane wsparcie społeczne będzie mediatorem relacji pomiędzy nasileniem traumy złożonej a nasileniem objawów psychopatologicznych (Rys.2.3.1).

Hipoteza 2b: Wyższy poziom wsparcia społecznego będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.



Rysunek 2.3.1

Model roli spostrzeganego wsparcia społecznego jako mediatora pomiędzy traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych

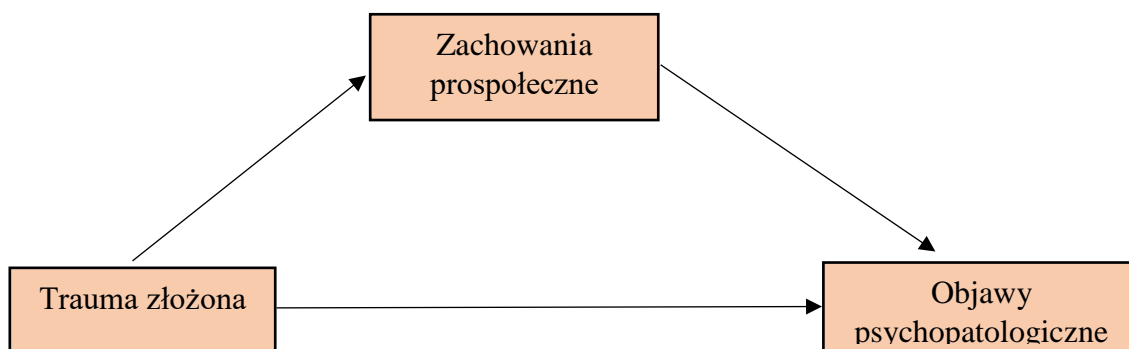
Pytanie badawcze 3: Czy i jaką rolę pełnią zachowania prospołeczne w radzeniu sobie z psychologicznymi i społecznymi konsekwencjami traumy złożonej? Na podstawie danego pytania została sformułowana trzecia hipoteza główna:

Hipoteza 3: Biorąc pod uwagę badania Lopez i Little (1996) oraz Bokszczanin (2012), oczekuje się, że im większe będzie nasilenie zachowań prospołecznych tym mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych.

Do przedstawionej trzeciej hipotezy głównej sformułowano hipotezy robocze:

Hipoteza 3a: Oczekuje się, że zachowania prospołeczne będą mediatorem relacji pomiędzy nasileniem traumy złożonej a objawami psychopatologicznymi (Rys.2.3.2).

Hipoteza 3b: Oczekuje się, że wyższy poziom zachowań prospołecznych będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.



Rysunek 2.3.2

Model roli zachowań prospołecznych jako mediatora pomiędzy traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych

Pytanie badawcze 4: Jaką rolę pełni kreatywność w radzeniu sobie z psychologicznymi i społecznymi konsekwencjami traumy złożonej?

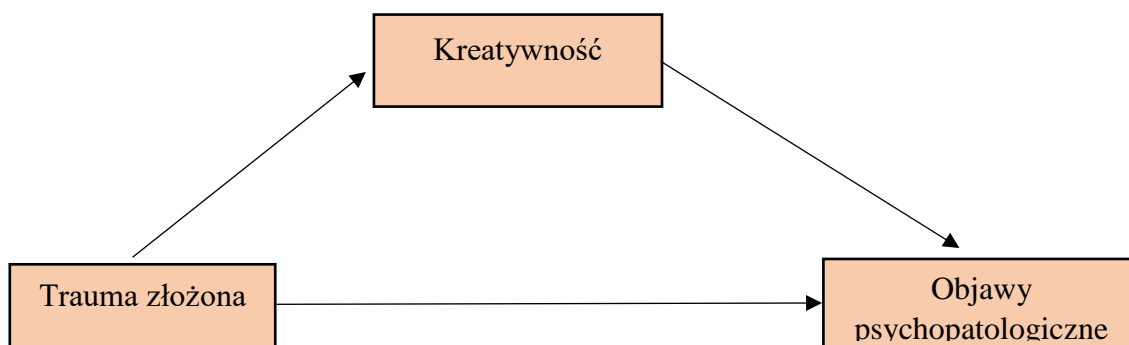
Na podstawie danego pytania została sformułowana czwarta hipoteza główna:

Hipoteza 4: Biorąc pod uwagę badania Forgeard (2013) oraz Kaimal, Ray i Muniz (2010), oczekuje się, że wyższy poziom kreatywności tym mniejsze jest nasilenie objawów psychopatologicznych.

Do przedstawionej czwartej hipotezy głównej sformułowano hipotezy robocze:

Hipoteza 4a: Oczekuje się, że kreatywność będzie mediatorem relacji pomiędzy nasileniem traumy złożonej a objawami psychopatologicznymi (Rys.2.3.3).

Hipoteza 4b: Oczekuje się, że wyższy poziom kreatywności będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.



Rysunek 2.3.3

Model roli kreatywności jako mediatora pomiędzy traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych

2.4 Opis grupy badanej

W badaniu wzięło udział 312 wychowanków w wieku od 8 do 18 roku życia, ale do dalszej analizy pod uwagę wzięto wyniki 253 wychowanków w wieku od 11 do 18 roku życia o rozwoju intelektualnym w granicach normy ($M=14,5$; $SD=2,1$), w tym 122 chłopców i 131 dziewczyn. Opis grupy badanej uwzględniając płeć, wiek, długość pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej oraz przyczyna umieszczenia w pieczy instytucjonalnej został przedstawiony w Tabeli 2.4.1. Grupa badana została podzielona na trzy kategorii biorąc pod uwagę wynik ogólny w kwestionariuszu CBCL, który wskazywał czy objawy psychopatologiczne u osoby badanej są w obszarze normy, w obszarze granicznym czy w obszarze klinicznym. 21,7 % wychowanków (55) na moment badania przebywała w placówce opiekuńczo-wychowawczej mniej niż rok, 19,8 % (50) osób badanych przebywała w danym typie placówek 1-2 lata, 20,2 % (51) – 2-3 lata, 11,9 % (30) – 3-4 lata oraz prawie 26,1 % (66) ponad 4 lata. Najczęściej spotykane przyczyny umieszczenia dziecka w instytucjonalnej pieczy zastępczej są uzależnienie jednego z opiekunów od alkoholu (41,1 %), niewydolność wychowawcza (52,2%), zaniedbanie opiekuńcze (26,1 %). Z kolei w grupie klinicznej najczęściej przyczyną umieszczenia dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej była niezdolność wychowawcza (15 osób z 30) Inne przyczyny umieszczenia dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej są opisane w Tabeli 2.4.1. Ponadto 47% badanych ($n = 119$) zostało umieszczonych w placówce opiekuńczo-wychowawczej na podstawie jednej przyczyny. Z kolei 34,4% wychowanków w analizowanej grupie badanej miało wskazane dwie przyczyny, które doprowadziły do umieszczenia dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej. 15% respondentów ($n = 38$) zostało objętych pieczę instytucjonalną z powodu trzech przyczyn, natomiast 3,6% badanych ($n = 9$) zostało umieszczonych w placówce opiekuńczo-wychowawczej na podstawie czterech przyczyn.

Tabela 2.4.1

Opis grupy badanej (dane demograficzne)

Analizowane zmienne	Wynik ogólny CBCL							
	All (N = 253)		Obszar normy (N = 188)		Obszar graniczny (N = 19)		Obszar kliniczny (N = 30)	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Płeć								
Chłopiec	122	48.2	92	48.9	4	21.1	17	56.7
Dziewczyna	131	51.8	96	51.1	15	78.9	13	43.3
Wiek								
11-14	122	48.2	99	52.7	7	36.8	9	30
15-18	131	51.8	89	47.3	12	63.2	21	70
Czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej^a								
Mniej niż rok	55	21.7	38	20.2	5	26.3	7	23.3
1-2 lata	50	19.8	41	21.8	2	10.5	3	10.0
2-3 lata	51	20.2	37	19.7	4	21.1	9	30.0
3-4 lata	30	11.9	23	12.2	2	10.5	4	13.3
Powyżej 4 lat	66	26.1	48	25.5	6	31.6	7	23.3
Przyczyna umieszczenia w placówce opiekuńczo-wychowawczej^a								
Zaniedbanie opiekuńcze	66	26.1	53	28.2	3	15.8	7	23.3
Niezdolność wychowawcza	132	52.2	99	52.7	11	57.9	15	50.0
Przemoc emocjonalna	2	0.8	1	0.5	1	5.3	0	0.0
Pobyt jednego z rodziców w zakładzie karnym	11	4.3	8	4.3	0	0.0	2	6.7
Uzależnienie jednego z rodziców od alkoholu	104	41.1	78	41.5	9	47.4	0	0.0
Uzależnienie jednego z rodziców od narkotyków	9	3.6	7	3.7	1	5.3	1	3.3
Rozwiązanie rodziny zastępczej	40	15.8	30	16.0	1	5.3	5	16.7
Przemoc w rodzinie	31	12.3	27	14.4	1	5.3	2	6.7
Śmierć jednego z prawnych opiekunów dziecka	20	7.9	17	9.0	2	10.5	1	3.3
Niepełna rodzina	2	0.8	2	1.1	0	0.0	0	0.0
Zaburzenia psychiczne u jednego z opiekunów prawnych dziecka	9	3.6	8	4.3	1	5.3	0	0.0
Bezdomność	1	0.4	1	0.5	0	0.0	0	0.0
Pozostawienia dziecka przez rodzinę	2	0.8	1	0.5	0	0.0	0	0.0
Obcokrajowiec	1	0.4	1	0.5	0	0.0	0	0.0
Trudne zachowanie dziecka	7	2.8	3	1.6	1	5.3	3	10.0
Na własny wniosek dziecka	3	1.2	2	1.1	1	5.3	0	0.0
Pozbawienia władzy rodzicielskiej	3	1.2	2	1.1	0	0.0	0	0.0

Adnotacja. a- suma różni się od N, gdyż nie każdy odpowiedział na wszystkie pytania

W Tabeli 2.4.2 są przedstawione dane dotyczące opieki psychiatrycznej oraz psychoterapeutycznej. Została również przedstawiona informacja na temat poziomu rozwoju intelektualnego osób badanych w celu dalszej kwalifikacji do udziału w badaniu. W grupie badanej było 12,1 % (z całej próby wychowanków w wieku 11-18 lat) wychowanków z rozpoznaną niepełnosprawnością intelektualną, w tym 9,1 % (27) miało niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim. Dane osób z rozpoznaną niepełnosprawnością intelektualną nie brały udział w dalszej analizie danych.

Tabela 2.4.2

Opis grupy badanej (dane zdrowotne)

Analizowane zmienne	Wynik ogólny CBCL							
	All (N = 253)		Obszar normy (N = 188)		Obszar graniczny (N = 19)		Obszar kliniczny (N = 30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Opieka psychiatryczna^a								
Objęty opieką	92	36,4	54	28,7	11	57,9	22	73,3
Nie objęty	160	63,2	134	71,3	8	42,1	8	26,7
Rozpoznanie przez lekarza psychiatrę^a								
Zaburzenia zachowania	22	8,7	8	4,3	3	15,8	9	30,0
Depresja	20	7,9	12	6,4	4	21,1	3	10,0
Nieprawidłowo kształtująca się osobowość	4	1,6	1	0,5	1	5,3	2	6,7
FAS	2	0,8	1	0,5	0	0,0	1	3,3
Zaburzenia więzi	11	4,3	3	1,6	2	10,5	6	20,0
Zaburzenia regulacji emocji	11	4,3	6	3,2	0	0,0	5	16,7
Zaburzenia hiperkinetyczne	9	3,6	3	1,6	2	10,6	3	10,0
Zaburzenia adaptacyjne	6	2,4	6	3,2	2	10,5	3	10,0
Uzależnienia	14	5,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Zespół Aspergera	2	0,8	0	0,0	1	5,3	0	0,0
Zaburzenia koncentracji uwagi	5	2,0	2	1,1	0	0,0	3	10,0
PTSD	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	3,3
Zagrożenie niedostosowania społecznego	1	0,4	0	0,0	1	5,3	0	0,0
Opieka terapeutyczna^a								
Terapia indywidualna	92	36,4	65	34,6	11	57,9	11	36,7
Terapia grupowa	6	2,4	4	2,1	0	0,0	0	0,0
Socjoterapia	26	10,3	19	10,1	2	10,5	3	10,0
Inna forma terapii	35	13,8	30	16,0	1	5,3	4	13,3
Niepełnosprawność intelektualna^a								
W stopniu lekkim (N=296)	27	9,1	-	-	-	-	-	-
W stopniu umiarkowanym (N=296)	7	2,4	-	-	-	-	-	-
W stopniu znacznym (N=296)	1	0,3	-	-	-	-	-	-

Adnotacja. a- suma różni się od N, gdyż nie każdy odpowiedział na wszystkie pytania

W przedstawionych danych wynika, że 92 osób badanych (36,4 %) jest pod opieką psychiatryczną lub był(a) conajmniej raz konsultowany(a) u lekarza psychiatry. Ponadto 8 osób (5 % z całej próby), które prezentują objawy psychopatologiczne nie są objęte opieką psychiatryczną. Najczęściej wychowankowi były konsultowane u specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży ze względu na objawy zaburzenia zachowania (8,7 %), depresji (7,9%), różnego rodzaju uzależnienia (5,5%), zaburzenia więzi (4,3%) oraz zaburzenia regulacji emocji (4,3%).

Z informacji uzyskanej od psychologa pracującego na terenie placówki opiekuńczo-wychowawczej wynika, że 53 % wychowanków jest objęta co najmniej jednym rodzajem opieki psychoterapeutycznej.

Osoby, stan emocjonalny których według kadry pedagogicznej placówki opiekuńczo-wychowawczej nie pozwalał na udział w badaniu, również nie wypełniali ankiety przygotowane dla wychowanków i informacja była zbierana tylko od wychowawcy prowadzącego dziecko oraz psychologa zatrudnionego w danej placówce.

Biorąc pod uwagę małą ilość osób w grupie młodzieży, która uzyskała wyniki w Kwestionariuszu CBCL w obszarze pogranicznym oraz klinicznym, w dalszej analizie statystycznej grupa badana nie była dzielona pod tym względem.

2.5 Opis procedury badania

Badanie zostało przeprowadzone w 2021-2022 latach w placówkach opiekuńczo-wychowawczych w Polsce. W badaniu wzięli udział kadra pedagogiczna oraz wychowankowie z 27 placówek opiekuńczo-wychowawczych, w tym 3 zespoły placówek opiekuńczo-wychowawczych w Warszawie, Wrocławiu, Toruniu, Gdańsku, Gdyni, Sławno, Kątach Wrocławskich i Pęcherach. Zaproszenie do udziału w badaniu naukowym w sumie zostało wysłane do 24 placówek opiekuńczo-wychowawczych i czterech zespołów placówek opiekuńczo wychowawczych.

Badanie miało charakter kwestionariuszowy, indywidualny i dobrowolny w czasie wolnym respondentów od zajęć. Na pierwszym etapie badań został nawiązany kontakt z dyrektorami wybranych losowo placówek opiekuńczo-wychowawczych (Domów Dziecka), którzy zapoznali się z celem, metodami badania i podpisali świadomą zgodę na udział w badaniu (Załącznik 1).

Po uzyskaniu akceptacji dyrektorów placówek, opiekunowie prawni wychowanków przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych w odstępie co najmniej w dwóch tygodni od czasu rozpoczęcia badania zostali poinformowani przez umieszczenia informacji o badaniu (Załącznik 2) na tablice informacyjnej placówek opiekuńczo-wychowawczej oraz przez przekazanie szczegółów badania przez wychowawców pracujących bezpośrednio z wychowankami. Opiekunowie prawni zostali poproszeni o poinformowaniu osobiście, e-mailowo bądź lub telefonicznie sekretariatu placówki opiekuńczo-wychowawczej w razie NIE wyrażenia zgody. Tylko osoby, które otrzymali zgodę od rodziców lub opiekunów prawnych wzięli dalszy udział w badaniu.

Badanie naukowe zostało rozpoczęte w lutym 2021. Ze względu na okres pandemii oraz ograniczony dostęp do placówek opiekuńczo-wychowawczej w pierwszej kolejności zostały przekazane kwestionariuszy dla kadry pedagogicznej zatrudnionej w placówce opiekuńczo-wychowawczej i bezpośrednio pracującej z dziećmi. Psycholog zatrudniony w placówce opiekuńczo-wychowawczej został poproszony aby w oparciu o dokumentację dziecka odpowiedział na pytania zawarte w przygotowanych narzędziach: (1) „Historia traumy” (adaptacja własna, na podstawie „Trauma History Profile”, Załącznik 3) oraz w (2) „Ankiecie osobowej wychowanka” (pytania własne, Załącznik 4), które mają na celu dostarczenie informacji odnośnie pobytu dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Z kolei wychowawca prowadzący dziecko w placówce, jako osoba która najwięcej spędza czasu z dzieckiem, dostał do wypełnienia (3) kwestionariusz CBCL Achenbacha (Child Behavior Checklist, wersja dla opiekuna; adaptacja Wolańczyk, 2002) w celu oceny nasilenia objawów psychopatologicznych, funkcjonowania społecznego, osiągnięć w nauce oraz zachowań problemowych.

Biorąc pod uwagę utrudnienia w spotkaniach bezpośrednich w czasie pandemii, została nawiązana współpraca z psychologami zatrudnionymi w placówkach opiekuńczo-wychowawczych w celu przeprowadzenia badań z udziałem wychowanków. Psychologowie, które wyraziły zgodę na pomoc w przeprowadzeniu badania, zaproponowali wychowankom o indywidualne wypełnienie przygotowanych wcześniej kwestionariuszy. Tylko wychowankowie, które wyraziły zgodę, wypełniły kwestionariuszy indywidualnie w obecności psychologa placówki opiekuńczo-wychowawczej. Wszystkie ankiety były wysyłane za pośrednictwem poczty lub odebrane osobiście przez ze mnie. Analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych między grupą,

która wypełniła kwestionariuszy w obecności psychologa i grupą, która wypełniła kwestionariuszy w małych 3-4 osobowych nie wykazała istotnej statystycznie różnicy w zakresie żadnej z analizowanych zmiennych (Tabela 3.2).

W pozostałych placówkach opiekuńczo-wychowawczych, gdzie dyrekcja wyraziła zgodę na wejście do placówki i bezpośrednim kontakcie z wychowankami, spotkania z respondentami rozpoczęły się w czerwcu 2021 r. Ze względu na brak zgody oraz przestrzeni na indywidualne spotkania w celu przeprowadzenia badania z wychowankiem, badania z udziałem wychowanków były przeprowadzone w małych grupach 3-4 osobowych z urachowaniem co najmniej 1,5 metra odległości między badanymi. Respondenci zostali poproszeni o wypełnianie kwestionariuszy, co zajmowało ok. 30- 40 min. Przed rozpoczęciem badania wychowankowie zostali poinformowani o celach badania oraz o tym, że w każdej chwili bez podawania przyczyny i bez żadnych konsekwencji mogą zrezygnować z udziału w badaniu oraz będą mogli zadać pytania dotyczące badania. Wychowankom było zaproponowano że w razie potrzeby wypełnienia ankiet można podzielić na dwie części i wypełnić ostatnie 2 kwestionariuszy innym razem. Nikt z respondentów nie zgłosił takiej potrzeby. Przy wypełnieniu skali wpływu zdarzeń wychowankowie dostali dodatkową instrukcję ustną, że w przypadku braku gotowości wpisania negatywnego wydarzenia mogą go nie wpisywać.

Uczestnicy dostali do wypełnienia (4) ankietę demograficzną dla młodzieży (pytania własne; Załącznik 5), (5) zrewidowaną skalę wpływu zdarzeń (Zrewidowana Skala wpływu zdarzeń (N. Ogińska-Bulik i M. Kobylarczyk, 2018; Załącznik 6), kwestionariusz (6) Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman, 2002; adaptacja polska Mazur J., Tabak I., Kołło H, 2007; Załącznik 7), (7) Wielowymiarowa skala spostrzeganego wsparcia społecznego (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), G. Zimet i współpracownicy, 1988; adaptacja polska Buszman i Przybyła-Basista, 2017; Załącznik 8) oraz (8) Skala kreatywności (McKay, Karowski & Kaufman, 2016; wersja polska Karwowski; adaptacja własna; Załącznik 9). Po zakończeniu badania ankiety były zbierane osobiście przez osobę badającą.

2.6 Narzędzia badawcze

Do zmiennych niezależnych zaliczono traumę złożoną, której pomiar został wykonany za pomocą skali „Historia traumy”, spostrzegane wsparcie społeczne zostało zbadane za pomocą wielowymiarowej skali spostrzeganego wsparcia społecznego, zachowania prospołeczne - podskalą kwestionariusza „Mocne Strony i Trudności”, kreatywność - skalą kreatywności. Zmiennymi zależnymi testującymi problemy w zakresie zdrowia psychicznego były oceny nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, które zostały zbadane za pomocą kwestionariusza CBCL wersją dla rodzica, kwestionariuszem „Mocne Strony i Trudności” (zaburzenia zachowania, nadpobudliwość-nieuwaga, objawy emocjonalne, problemy rówieśnicze) oraz PTSD – za pomocą „Zrewidowanej skali wpływu zdarzeń”. Testowana była również ochronna rola wsparcia społecznego, zachowań prospołecznych oraz kreatywności w radzeniu sobie przez młodzież.

W danym badaniu były używane następujące narzędzia:

- (1) *Skala „Historia traumy” (adaptacja własna, na podstawie „Trauma History Profile”, Załącznik 3)*. Skala składa się z 20 obszernych rodzajów zdarzeń związanych z traumą, utratą lub separacją, które mogły wydarzyć się przez całe życie, np. zaniedbanie fizyczne, zdrowotne lub edukacyjne; traumatyczna utrata, separacja, żałoba (Greeson i in., 2011; Briggs i in., 2012; Pynoos, Steinberg, 2006). Na pytania skali odpowiada osoba dorosła, np. opiekun lub osoba, która ma obszerną wiedzę z różnych źródeł o osobie badanej. Skala jest oceniana w sposób dychotomiczny: 0= brak ekspozycji na dany rodzaj urazu; 1= potwierdzona lub podejrzewana ekspozycja na dany rodzaj urazu. C. Briggs i zespół (2012) w swoim badaniu w celu określenia kontrastów ekspozycji na traumę skategoryzowano listę do trzech podgrup: 1-2; 3-4 lub 5+ w sumie doświadczonych traum w życiu osoby badanej. Dany podział na podgrupy również był wykorzystany przy analizie wyników danego badania. Rozpiętość skali wynosi od 0 do 20. Pozycji skali zostały przetłumaczone na język polski dla potrzeb danego badania naukowego.

- (2) *Ankieta osobowa wychowanka (pytania własne, Załącznik 4)* przygotowana została dla psychologa placówki opiekuńczo-wychowawczej. Ankieta składa się z 5 pytań dotyczących: długości pobytu osoby badanej w placówce opiekuńczo-wychowawczej, czy jest osoba badana objęta opieką terapeutyczną (np. socjoterapia,

terapia indywidualna, terapia grupowa, inna), czy jest lub była osoba badana pod opieką psychiatryczną i z jakiego powodu, oraz czy jest osoba badana upośledzona umysłowo.

- (3) *Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna; adaptacja Wolańczyk, 2002)*. Kwestionariusz ten jest szeroko stosowany w wielu krajach świata, także i w Polsce ponieważ daje możliwość oceny nasilenia objawów psychopatologicznych u dziecka (Wolańczyk, 2002). Do celów badawczych została użyta wersja dla opiekunów CBCL. Pierwsza część kwestionariusza dotyczy kompetencji dziecka (funkcjonowania społecznego, pełnionych obowiązków, aktywności oraz osiągnięć w nauce), druga część – zachowań problemowych. Kwestionariusz składa się z 113 pytań, które wchodzi w skład ośmiu skal: wycofanie, skargi somatyczne, lęk i depresja, problemy społeczne, zaburzenia myślenia, zaburzenia uwagi, zachowania niedostosowane, zachowania agresywne. Osoba wypełniająca dany kwestionariusz musi na skali od 0 do 2 zaznaczyć jak bardzo dane stwierdzenie opisuje jego/jej dziecko obecnie lub w czasie ostatnich dwóch miesięcy, gdzie 0 – nieprawdziwe, 1 - częściowo lub czasami prawdziwe, 2 – całkowicie lub zazwyczaj prawdziwe. Wskaźnik rzetelności Alfa Cronbacha dla danej skali wynosi 0,96. Wartości Alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal testu wynoszą: zachowanie eksternalizacyjne - 0,93; zachowania internalizacyjne – 0,89; wycofanie -0,80; objawy somatyczne - 0,76; lęk i depresja – 0,86; problemy społeczne – 0,73; zaburzenia myślenia - 0,72; zaburzenia uwagi – 0,82; zachowanie niedostosowane – 0,82; zachowanie agresywne -0,93. Rozpiętość skali wynosi od 0 do 236 dla wyniku ogólnego, od 0 do 64 dla wyniku podskali zachowania internalizacyjne oraz od 0 do 66 dla wyniku podskali zachowania eksternalizacyjne.

- (4) *Ankieta demograficzna (pytania własne; Załącznik 5)* dla osoby badanej składa się z 3 pytań dotyczących wieku, daty urodzenia oraz płci.

- (5) *Zrewidowana Skala wpływu zdarzeń (N. Ogińska-Bulik i M. Kobylarczyk, 2018; Załącznik 6)*. Skala jest zrewidowaną polską wersją skali CRIES-13 opracowaną na podstawie Impact of Event Scale autorstwa Horowitza i współpracowników (Horowitz, Wilner i Alvarez, 1979, za N. Ogińska-Bulik i M. Kobylarczyk, 2018), która służy do pomiaru nasilenie symptomów stresu pourazowego (PTSD) według DSM IV. Rozpiętość skali wynosi od 0 do 65, w tym wartością graniczną jest 30 punktów, co wskazuje na duże prawdopodobieństwo rozwoju PTSD. Im wyższy wynik w danej skali tym wyższe nasilenie objawów PTSD. Skala składa się z 13 twierdzeń i uwzględnia 3

wymiary PTSD: Intruzje, Pobudzenie i Unikanie. Osoba badana odpowiada na pytania za pomocą określeń: w ogóle nie – 0 pkt., rzadko – 1 pkt., czasami – 3 pkt., często – 5 pkt. Wartość wskaźnika Alfa Cronbacha dla danej skali = 0,86 i dla poszczególnych skal odpowiednio: 0,85 dla skali Intruzje; 0,77 dla skali Unikanie oraz 0,72 dla skali Pobudzenie. Dla wyniku skali Intruzje+Unikanie wartość wskaźnika Alfa Cronbacha wyniosła 0,82.

- (6) *Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” ((Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman, 1997; adaptacja polska Mazur J., Tabak I., Kołło H, 2007; Załącznik 7)*. Kwestionariusz składa się z 25 pytań, które wchodzi do 5 skal (po 5 pytań do każdej): zaburzenia zachowania, nadpobudliwość- problemy z koncentracją uwagi, objawy emocjonalne, problemy rówieśnicze, zachowania prospołeczne. Osoba badana ocenia pytania na skali od 0 (nieprawda) do 2 (z pewnością prawda). W każdej skali osoba badana może uzyskać od 0 do 10 punktów. Wyniki skal zaburzenia zachowania, nadpobudliwość- problemy z koncentracją uwagi, objawy emocjonalne, problemy rówieśnicze są sumowane w ogólny wynik na skali od 0 do 40 w celu określenia nasilenia trudności w zachowaniu. Współczynnik zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha dla wyniku ogólnej skali wynosi 0,7. Wartość Alfa Cronbacha dla poszczególnych skal wynosi odpowiednio: 0,49 dla skali Problemy w zachowaniu; 0,54 dla skali Nadpobudliwość-problemy z koncentracją uwagi; 0,71 dla skali Symptomy emocjonalne; 0,55 dla skali Problemy z rówieśnikami oraz 0,65 dla skali Zachowania prospołeczne.

- (7) *Wielowymiarowa skala spostrzeganego wsparcia społecznego (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, G. Zimet i współpracownicy, 1988; adaptacja polska Buszman i Przybyła-Basista, 2017; Załącznik 8)*. Skala składa się z 12 pytań dotyczących spostrzeganego wsparcia od osoby znaczącej, rodziny i przyjaciół. Osoby badane są poproszeni o odpowiedź na pytania w siedmiostopniowej skali Likerta od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”. Rozpiętość skali wynosi od 12 do 84 punktów. Skala składa się z trzech podskal (po 4 pytania każda): Rodzina, Osoba znacząca i Przyjaciele. W każdej podskali maksymalny możliwy wynik uzyskany równa się 28 punktów. Współczynnik zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha dla wyniku ogólnej skali wynosi 0,88. Wartość Alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal wynosi odpowiednio: 0,81 dla podskali Osoba znacząca, 0,94 dla podskali Rodzina oraz 0,89 dla podskali Przyjaciele.

- (8) *Skala kreatywności (J. Kaufman 2012; wersja polska Karwowski, 2016; adaptacja własna; Załącznik 9)*. Skala jest skonstruowana w taki sposób, że osoba badana ocenia własną kreatywność na skali Likerta od 1- znacznie mniej kreatywny do 5 – dużo bardziej kreatywny. Skala została zaadaptowana do celów badawczych dla młodzieży składa się z 15 pytań, która była wersją skróconą skali kreatywności J. Kaufmana (2012). Za pomocą analizy czynnikowej wersji pełnej skali zostało wyodrębniono 5 czynników: Własna/Codzienna kreatywność (Self/Everyday Creativity), Naukowa kreatywność (Scholarly Creativity), Wykonawcza kreatywność (Performance Creativity), Kreatywność mechaniczna/naukowa (Mechanical/Scientific Creativity), Kreatywność artystyczna (Artistic Creativity). Autor skali (McKay i in., 2016) odnosi do kreatywności codziennej zachowania intro- i interpersonalne, które również składają się na cechy osobowości Wielkiej Piątki. Zaznacza się, że osoby z wyższym wynikiem w danej skali bardziej wchodzi w zachowania prospołeczne oraz kooperacyjne. Kreatywność naukowa jest związana z głębszą analizą, która wymaga zdobywania wiedzy. Kreatywność wykonawcza odnosi się do aktywności związanych z muzyką, występami oraz pisaniem, w tym jak publicznych tak i prywatnych. Kreatywność mechaniczna jest opisana jako kreatywność związana z nauką, techniką i matematyką. Osoby z wysokim wynikiem w danej skali są zainteresowane programowaniem komputerowym, tworzeniem stron internetowych. Kreatywność artystyczna jest związana z aktywnością, która dotyczy sztuki.

W celu oceny struktury wersji skróconej danego kwestionariusza została wykonana analiza czynnikowa eksploracyjna metodą osi głównych (Tabela 2.6.1). Test sferyczności Barletta jest istotny statystycznie ($p < 0.000$), co wskazuje na to, że macierz jako całość zawiera istotne współczynniki korelacji. Z kolei wartość K-M-O równa się 0,761, co świadczy o dobrej adekwatności próby do analizy czynnikowej. Określenie liczby czynników było oparte na wykresie osypiska, który wskazał do wyodrębnienia cztery czynniki. Cztery wyodrębnione czynniki łącznie wyjaśniają 39,5 % zmienności badanej zmiennej. Po dokonaniu rotacji ukośnej Prostej Oblimin zostało stwierdzono, że pierwszy czynnik ładują pytania 12 i 14, dotyczące kreatywności wykonawczej (*performance*). Z kolei, drugi czynnik jest naładowany pytaniami 11, 13 i 1, które odnoszą się do kreatywności mechanicznej. Trzeci czynnik składał się z pozycji dotyczących kreatywności naukowej, zaczerpnięte z wersji dla osób dorosłych oraz odnoszących się do kreatywności codziennej. Czwarty czynnik tworzą pytania 9,5,8,7 dotyczące

kreatywności artystycznej. Ładunki czynnikowe są przedstawione w Tabeli 2.6.1. Pytania numer 2, 4, 8, 7 mają najniższą wartość ładunkową i ewentualnie są do usunięcia, jednak biorąc pod uwagę analizę rzetelności i brak istotnej zmiany wartości współczynnika Alfa Cronbacha, w danym badaniu zdecydowałam zostawić dane pytania w kwestionariuszu.

Tabela 2.6.1

Ładunki czynnikowe w macierzy struktury. Metoda rotacji – Oblimin z normalizacją Kaisera

Numer pytania	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3	Czynnik4
12	0.978	0.008	-0.049	0.025
14.	0.557	0.142	0.048	0.046
11.	0.123	0.690	-0.033	-0.136
13.	-0.036	0.606	-0.043	0.157
1.	-0.034	0.567	0.171	-0.038
6.	-0.154	0.108	0.730	-0.001
15.	-0.026	-0.044	0.561	0.026
10.	0.097	0.140	0.505	-0.012
3.	0.249	-0.060	0.437	0.020
4.	0.259	-0.070	0.344	-0.050
2.	0.107	0.030	0.214	0.210
5.	-0.087	-0.065	0.005	0.677
9.	0.050	-0.024	-0.041	0.667
8.	0.104	0.301	-0.058	0.341
7.	0.100	0.117	0.180	0.322

Rozpiętość wyniku ogólnego skali (kreatywność ogólna) jest od 15 do 75. Współczynnik zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha dla wyniku ogólnego skali wynosi 0,79. Wartość Alfa Cronbacha dla poszczególnych skal wynosi odpowiednio: 0,63 dla podskali Kreatywność artystyczna, 0,76 dla podskali Kreatywność wykonawcza, 0,70 Kreatywność codzienna, 0,67 dla podskali Kreatywność mechaniczna.

2.7 Zmienne uwzględnione w badaniu oraz ich wskaźniki

Szczegółowy opis zmiennych niezależnych i ich wskaźniki wraz z zastosowanymi narzędziami badawczymi są przedstawione w Tabeli 2.7.1

Tabela 2.7.1

Zmienne niezależne i ich wskaźniki wraz narzędziami badawczymi

Zmienna badana	Wskaźnik zmiennej	Narzędzie badawcze
Trauma złożona	Wynik ogólny w ankiecie „Historia traumy”	„Historia traumy” wypełniona przez psychologa placówki opiekuńczo - wychowawczej
Spostrzegane wsparcie społeczne – wynik ogólny	Wynik ogólny w samoopisowej skali dotyczącej spostrzeganego wsparcia społecznego	Wielowymiarowa skala spostrzeganego wsparcia społecznego (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, G. Zimet i współpracownicy)
Spostrzegane wsparcie społeczne - osoba znacząca	Wynik w podskali “Osoba znacząca” w samoopisowej skali dotyczącej spostrzeganego wsparcia społecznego	Wielowymiarowa skala spostrzeganego wsparcia społecznego (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, G. Zimet i współpracownicy)
Spostrzegane wsparcie społeczne - przyjaciele	Wynik w podskali “Przyjaciele” w samoopisowej skali dotyczącej spostrzeganego wsparcia społecznego	Wielowymiarowa skala spostrzeganego wsparcia społecznego (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, G. Zimet i współpracownicy)
Spostrzegane wsparcie społeczne - rodzina	Wynik w podskali “Rodzina” w samoopisowej skali dotyczącej spostrzeganego wsparcia społecznego	Wielowymiarowa skala spostrzeganego wsparcia społecznego (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, G. Zimet i współpracownicy)
Zachowania prospołeczne	Wynik w skali zachowań prospołecznych	Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” ((Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman)
Kreatywność ogólna	Wynik ogólny w skali dotyczącej samooceny własnej kreatywności	Skala kreatywności (J. Kaufman 2012) – adaptacja własna dla potrzeb badania
Kreatywność codzienna	Wynik w podskali dotyczącej samooceny własnej kreatywności codziennej	Skala kreatywności (J. Kaufman 2012) – adaptacja własna dla potrzeb badania
Kreatywność mechaniczna	Wynik w podskali dotyczącej samooceny własnej kreatywności mechanicznej	Skala kreatywności (J. Kaufman 2012) – adaptacja własna dla potrzeb badania
Kreatywność artystycznej	Wynik w podskali dotyczącej samooceny własnej kreatywności artystycznej	Skala kreatywności (J. Kaufman 2012) – adaptacja własna dla potrzeb badania
Kreatywność wykonawcza	Wynik w podskali dotyczącej samooceny własnej kreatywności wykonawczej	Skala kreatywności (J. Kaufman 2012) – adaptacja własna dla potrzeb badania

Szczegółowo zmienne zależne i ich wskaźniki wraz narzędziami badawczymi są przedstawione w Tabeli 2.7.2.

Tabela 2.7.2

Zmienne zależne i ich wskaźniki wraz narzędziami badawczymi

Zmienna badana	Wskaźnik zmiennej	Narzędzie badawcze
Nasilenie objawów psychopatologicznych	Wynik ogólny w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Wycofanie	Wynik w podskali “Wycofanie” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Skargi somatyczne	Wynik w podskali “Skargi somatyczne” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Lęk i depresja	Wynik w podskali “Lęk i depresja” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Problemy społeczne	Wynik w podskali “Problemy społeczne” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Zaburzenia myślenia	Wynik w podskali “Zaburzenia myślenia” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Zaburzenia uwagi	Wynik w podskali “Zaburzenia uwagi” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Zachowania niedostosowane	Wynik w podskali “Zachowania niedostosowane” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Zachowania agresywne	Wynik w podskali “Zachowania agresywne” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Zachowanie eskternalizacyjne	Wynik w podskali “Zachowania eskternalizacyjne” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)
Zachowania internalizacyjne	Wynik w podskali “Zachowania internalizacyjne” w kwestionariuszu dotyczącego nasilenia objawów	Kwestionariusz CBCL (Child Behaviour Checklist, T. M. Achenbach, wersja dla opiekuna)

Zmienna badana	Wskaźnik zmiennej	Narzędzie badawcze
	psychopatologicznych u dzieci i młodzieży	
PTSD	Wynik ogólny w zrewidowanej skali wpływu zdarzeń	Zrewidowana Skala wpływu zdarzeń (N. Ogińska-Bulik i M. Kobylarczyk)
Intruzje	Wynik w podskali "Intruzje" w zrewidowanej skali wpływu zdarzeń	Zrewidowana Skala wpływu zdarzeń (N. Ogińska-Bulik i M. Kobylarczyk)
Pobudzenie	Wynik w podskali "Pobudzenie" w zrewidowanej skali wpływu zdarzeń	Zrewidowana Skala wpływu zdarzeń (N. Ogińska-Bulik i M. Kobylarczyk)
Unikanie	Wynik w podskali "Unikanie" w zrewidowanej skali wpływu zdarzeń	Zrewidowana Skala wpływu zdarzeń (N. Ogińska-Bulik i M. Kobylarczyk)
Trudności w zachowaniu	Wynik ogólny w kwestionariuszu mocnych stron i trudności	Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman)
Zaburzenie zachowania	Wynik w podskali "Zaburzenia zachowania" w kwestionariuszu mocnych stron i trudności	Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman)
Nadpobudliwość	Wynik w podskali "Nadpobudliwość" w kwestionariuszu mocnych stron i trudności	Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman)
Objawy emocjonalne	Wynik w podskali "Objawy emocjonalne" w kwestionariuszu mocnych stron i trudności	Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman)
Problemy rówieśnicze	Wynik w podskali "Problemy rówieśnicze" w kwestionariuszu mocnych stron i trudności	Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman)

2.8 Statystyczna analiza danych

Dane kwestionariuszowe zostały przeanalizowane standaryzowanymi testami statystycznymi za pomocą Statistical Package for the Social Sciences (IBM Corp. (2024). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 30.0*. Armonk, NY: IBM Corp.) Pierwszym krokiem była analiza statystyk opisowych, skośności i kurtozy oraz normalności rozkładu w celu dalszego wyboru odpowiednich testów statystycznych. W następnym kroku w celu weryfikacji jednorodności grupy badanej został użyty test t-Studenta dla prób niezależnych. W celu weryfikacji hipotez dotyczących porównań wewnątrzgrupowych zastosowano również test t-Studenta dla prób niezależnych. Do analizy związków między zmiennymi został użyty współczynnik korelacji r-Pearsona. W dalszej części została wykonana analiza regresji hierarchicznej w celu weryfikacji predyktorów nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych, nasilenia objawów PTSD oraz objawów związanych z trudnościami w zachowaniu. W celu analizy mediacyjnej oraz moderacyjnej roli spostrzeganego wsparcia społecznego, zachowań prospołecznych oraz kreatywności w związku między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych został wykorzystany makro Process. W ostatniej części w celu

sprawdzenia pośrednich i bezpośrednich związków spostrzeganego wsparcia społecznego, zachowań prospołecznych oraz kreatywności artystycznej między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi biorąc pod uwagę opracowany model teoretyczny została wykonana analiza ścieżek na podstawie modelowania równań strukturalnych. Ze względu na wyniki analizy ścieżek w ostatnim kroku w celach eksploracyjnych została dokonana analiza roli spostrzeganego wsparcia społecznego oraz kreatywności artystycznej jako mediatorów relacji zachowań prospołecznych a nasileniem objawów psychopatologicznych. Do danej analizy został użyty makro Process.

W celu analizy wrażliwości mocy statystycznej zostało wykorzystane oprogramowanie G*Power. Dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej.

2.9 Kwestie etyczne badania naukowego

W trakcie planowania badania naukowego dotyczącego traumy dziecięcej, ważną częścią są dylematy związane z zasadnością udziałem osób nieletnich w badaniu. Biorąc pod uwagę Kodeks dobrych praktyk w badaniach z dziećmi opublikowany przez Interdyscyplinarny zespół badań nad dzieciństwem (2018), została podjęta decyzja, że informacja zebrana od psychologów i wychowawców pracujących w placówkach opiekuńczo-wychowawczych może być niepełna i mniej obiektywna, ze względu na rolę kadry pedagogicznej w życiu wychowanków. Wychowankowie mogą nie zgadzać się z tym jak są postrzegane przez pracowników placówki w której są umieszczeni oraz być stygmatyzowani ze względu na trudności wychowawcze. Dlatego ważnym jest bezpośredni udział wychowanków w badaniu naukowym.

Ze względu na problematykę badania i ryzyko wtórnej traumatyzacji, informacje na temat przyczyny umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej oraz ewentualnych doświadczeń traumatycznych były zbierane wyłącznie od kadry pedagogicznej placówki opiekuńczo-wychowawczej na podstawie dokumentacji dziecka. Ponadto w porozumieniu z psychologiem placówki opiekuńczo-wychowawczej zostało ustalone, że młodzież, której stan emocjonalny może znacznie się pogorszyć w trakcie wypełnienia przygotowanych kwestionariuszy, nie będzie brała udziału w badaniu, a informacje będą

zbierane wyłącznie od kadry placówki opiekuńczo-wychowawczej. W celu oceny ewentualnego ryzyka rozwoju PTSD wychowankowie zostali poproszeni o wypełnienia zrewidowanej skali wpływu zdarzeń, gdzie w instrukcji jest prośba o wskazanie negatywnego zdarzenia, którego osoba w ostatnim czasie doświadczyła. Przed rozpoczęciem badania wychowankowie dostali informację, że nie muszą wpisywać danego zdarzenia lub wypełniać danej skali jeśli nie czują się do tego gotowi.

Pod uwagę również brała się ewentualna możliwość zgłoszenia przez osób badanych traumy doświadczonej w placówce opiekuńczo-wychowawczej. W przypadku ujawnienia takich zdarzeń (domniemanych lub rzeczywistych) przewidywaliśmy zastosowanie procedury obowiązującej w placówkach tego rodzaju, opierającą się na wewnętrznym dokumencie polityki ochrony dzieci przed krzywdzeniem, opracowanego przez daną placówkę opiekuńczo-wychowawczą. W każdej placówce opiekuńczo-wychowawczej taki dokument jest obowiązkowy i pozostaje w kwestii kierownika placówki.

Rozdział 3. Wyniki badań własnych

3.1 Statystyki opisowe

Analiza statystyczna otrzymanych wyników rozpoczęła się od obliczenia statystyki skośności i kurtozy oraz weryfikacji rozkładu badanych zmiennych za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa, gdyż próba badana była większa niż 100 przypadków. Analiza testem Kołmogorowa-Smirnowa (Tabela 3.1.1) wykazała, że z 31 zmiennej 30 zmiennych istotnie statystycznie odbiegają od rozkładu normalnego. W dalszej części szczegółowo wzięto pod uwagę wyniki statystyczne skośności i kurtozy.

Tabela 3.1.1

Statystyki opisowe badanych zmiennych niezależnych oraz wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa

Analizowane zmiennie	N ^a	M	SD	Min.	Max.	Skośność		Kurtoza		Z
						Dane stat.	Standard. Błąd	Dane stat.	Standard. Błąd	
Trauma złożona	252	4,58	2,12	1	15	0,76	0,15	1,40	0,31	0,17**
Wynik ogólny (MSPSS)	218	61,39	14,5	12	84	-0,64	0,17	0,29	0,33	0,07*
Osoba znacząca (MSPSS)	218	22,07	5,55	4	28	-1,09	0,17	0,80	0,33	0,14**
Przyjaciele (MSPSS)	218	21,31	5,94	4	28	-0,91	0,17	0,35	0,33	0,13**
Rodzina (MSPSS)	218	18,02	7,79	4	28	-0,43	0,17	-0,97	0,33	0,10**
Zachowania prospołeczne (sdq)	220	5,62	1,84	0	8	-0,58	0,16	0,11	0,38	0,14**
Kreatywność ogólna (wynik ogólny)	218	44,10	9,65	15	72	-0,13	0,16	0,71	0,33	0,07*
Kreatywność mechaniczna	218	7,37	2,97	3	15	0,33	0,17	-0,50	0,33	0,11**
Kreatywność codzienna	218	19,98	4,37	6	30	-0,48	0,17	0,69	0,33	0,07*
Kreatywność wykonawcza	218	6,05	2,54	2	10	-0,05	0,17	-1,10	0,33	0,11**
Kreatywność artystyczna	218	10,71	4,02	4	20	0,04	0,17	-0,75	0,33	0,08**

Adnotacja. a- suma różni się od N, gdyż nie każdy odpowiedział na wszystkie pytania; MSPSS - *Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego*; SDQ - *Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”*.

*p < ,05, **p < ,01.

Dla badanych zmiennych skośność mieściła się od -1,09 do 2,71. Kurtoza miała wartości między -1,20 a 9,41. Badacze zaznaczają, że w przypadku gdy wynik skośności i kurtozy zmiennej mieści się w granicach -2 do 2, możemy mówić o rozkładzie asymetrycznym w nieznacznym stopniu odbiegającym od rozkładu normalnego. Ponadto niektóre badacze twierdzą, że próg kurtozy może być w granicach -7 do 7 (George i Mallery, 2021; Watkins, 2021). W tym przypadku tylko trzy zmienne Skargi Somatyczne (skala CBCL; skośność=2,71, kurtoza=9,41), Zachowania Niedostosowane (skala CBCL; skośność=1,49; kurtoza=2,48) oraz Zaburzenia Myślenia (skala CBCL; skośność= 2,46; kurtoza=6,65) wychodzą poza dane granice. Pozostałe zmienne w nieznacznym stopniu odbiegają od rozkładu normalnego, dlatego w dalszych analizach statystycznych były używane testy parametryczne. Otrzymane wyniki są przedstawione w Tabeli 3.1.1 i w Tabeli 3.1.2 za pomocą statystyk opisowych takich jak: średnia (M), odchylenia standardowe (SD), minimum (Min.), maksimum (Max.) oraz wyników testu Kołgomorowa-Smirnowa (Z).

Nasilenia doświadczenia zdarzeń traumatycznych, mierzone skalą „Historia Traumy”, w danej grupie badanej równa się 4,58 co jest wynikiem wysokim wskazującym na to, że na moment badania wychowanek lub wychowanka placówki opiekuńczo-wychowawczej doświadczyła co najmniej 4 zdarzenia traumatyczne, które potencjalnie mogły wpłynąć na jego lub jej funkcjonowanie.

Nasilenia objawów PTSD (Tabela 3.1.2), mierzonego za pomocą skali CRIES-13, w danej grupie badanej równa się 27,34, co jest wynikiem podwyższonym, biorąc pod uwagę, że według autora skali wynik powyżej 30 wskazuje na wysokie ryzyko występowania PTSD. W danej grupie badanej wynik wysoki otrzymało 36,8 % (93 osoby), a wynik niski 49 % (124 osoby) osób badanych. Ponadto tylko 17 osób badanych (18,2 %) z wynikiem wysokim w skale CRIES-13 otrzymało wynik w obszarze klinicznym w kwestionariuszu CBCL. Średni wynik ogólny w kwestionariuszu CBCL, mierzący nasilenia objawów psychopatologicznych, w danej grupie badanej równa się 38,6 co jest wynikiem w obszarze normy. Średnie wyniki z podskalach zachowań internalizacyjnych oraz eksternalizacyjnych również w danej grupie nie przekraczają obszaru normy.

Tabela 3.1.2

Statystyki opisowe badanych zmiennych zależnych oraz wyniki testu Kolgomorowa-Smirnova

Analizowane zmienne	N ^a	M	SD	Min.	Max.	Skośność		Kurtoza		Z
						Dane stat.	Standard. Błąd	Dane stat.	Standard. Błąd	
PTSD wynik ogólny	217	27,34	15,5	0	65	0,04	0,17	-0,72	0,33	0,06
Intruzje	217	7,56	6,10	0	20	0,49	0,17	-0,86	0,33	0,12 **
Unikanie	217	8,48	6,19	0	20	0,08	0,17	-1,20	0,33	0,10 **
Pobudzenie	217	11,30	6,73	0	25	0,13	0,17	-0,71	0,33	0,07 *
Wynik ogólny (CBCL)	237	38,60	28,2 7	0	147	1,12	0,16	0,96	0,32	0,14 **
wcSI (CBCL)	237	10,54	9,37	0	48	1,51	0,16	2,68	0,32	0,14 **
wcSE (CBCL)	237	14,13	12,1 3	0	54	1,05	0,16	0,49	0,32	0,15 **
Wycofanie (CBCL)	237	3,64	3,45	0	17	1,22	0,16	1,63	0,32	0,15 **
Skargi Somatyczne (CBCL)	237	1,42	2,28	0	15	2,71	0,16	9,41	0,32	0,26 **
Lęk i Depresja (CBCL)	237	5,05	4,88	0	21	1,34	0,16	1,55	0,32	0,16 **
Problemy Społeczne (CBCL)	237	3,05	2,99	0	14	1,24	0,16	1,26	0,32	0,20 **
Zaburzenia Myślenia (CBCL)	237	1,09	1,97	0	11	2,46	0,16	6,65	0,32	0,32 **
Zaburzenia Uwagi (CBCL)	237	5,32	4,37	0	22	1,22	0,16	1,34	0,32	0,15 **
Zachowania Niedostosowa ne (CBCL)	237	4,72	4,27	0	22	1,49	0,16	2,48	0,32	0,14 **
Zachowania Agresywne (CBCL)	237	9,41	8,63	0	38	0,95	0,16	0,12	0,32	0,14 **
Wynik ogólny (sdq)	220	13,32	5,94	0	28	0,23	0,16	-0,42	0,38	0,10 **
Nadaktywność (sdq)	220	4,17	2,10	0	10	0,28	0,16	-0,35	0,38	0,12 **
Symptomy emocjonalne (sdq)	220	4,15	2,52	0	10	0,19	0,16	-0,81	0,38	0,12 **
Problemy z rówieśnikami (sdq)	220	2,45	1,98	0	9	0,68	0,16	-0,17	0,38	0,17 **
Problemy z zachowaniem (sdq)	220	1,98	1,67	0	8	0,76	0,16	0,30	0,38	0,16 **

Adnotacja. a- suma różni się od N, gdyż nie każdy odpowiedział na wszystkie pytania; CBCL - *Child Behaviour Checklist*; wcSI - *wynik całkowity skali Internalizacyjnej*; wcSE - *wynik całkowity skali Esternalizacyjnej*; SDQ - *Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”*.

*p <,05, **p <,01.

W tabeli 3.1.3 zostały przedstawione statystyki opisowe dotyczące zakresu doznanej traumy złożonej u młodzieży przebywającej w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

Tabela 3.1.3

Statystyki opisowe - zakres doznanej traumy złożonej

Analizowane zmienne	Wynik ogólny CBCL							
	All (N = 253)		Obszar normy (N = 188)		Obszar graniczny (N = 19)		Obszar kliniczny (N = 30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Trauma złożona (zaznaczona przez psychologa)^a								
Traumatyczna utrata/separacja/ żałoba	155	61,3	116	61,7	12	63,2	20	66,7
Przemoc domowa	151	59,7	111	59,0	13	68,4	22	73,3
Niewydolny opiekun	224	88,5	170	90,4	16	84,2	25	83,3
Nadużycie emocjonalne/psychiczne znęcanie się	195	77,1	140	74,5	16	84,2	27	90,0
Zaniedbanie	189	74,7	144	76,6	12	63,2	20	66,7
Przemoc fizyczna	82	32,4	53	28,2	9	47,4	17	56,7
Wykorzystywanie seksualne	16	6,3	9	4,8	3	15,8	4	13,3
Przemoc w społeczności	29	11,5	20	10,6	3	15,8	4	13,3
Napaść seksualna/gwałt	11	4,3	8	4,3	1	5,3	2	6,7
Przemoc w szkole	24	9,5	16	8,5	3	15,8	3	10,0
Poważny uraz/wypadek	14	5,5	8	4,3	2	10,5	4	13,3
Atak fizyczny	17	6,7	9	4,8	1	5,3	6	20,0
Choroba/ uraz medyczny	13	5,1	8	4,3	0	0,0	2	6,7
Ekstremalna przemoc interpersonalna	13	5,1	9	4,8	3	15,8	1	3,3
Kłęska żywiołowa	3	1,2	3	1,6	0	0,0	0	0,0
Porwanie	2	0,8	2	1,1	0	0,0	0	0,0
Przymusowe przesiedlenie	4	1,6	3	1,6	0	0,0	1	3,3
Wojna/przemoc polityczna/ terroryzm na terenie Polski	1	0,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Wojna/przemoc polityczna/ terroryzm poza terenami/granicami Polski	3	1,2	3	1,6	0	0,0	0	0,0
Inne	7	2,8	6	3,2	0	0,0	1	3,3
Trauma złożona (wynik ogólny)^a								
1-2 punkty zaznaczone w „Historia traumy”	39	15,4	31	16,5	2	10,5	4	13,3
3-4 punkty zaznaczone w „Historia traumy”	99	39,1	76	40,4	8	42,1	9	30,0
5 i więcej zaznaczonych punktów w „Historia traumy”	115	45,5	81	43,1	9	47,4	17	56,7

Adnotacja. a- suma różni się od N, gdyż nie każdy odpowiedział na wszystkie pytania

Dane wyniki wskazują na to, że najczęściej osoby badane doznawali traury związanej z niewydolnością opiekuna (88,5%), nadużycie emocjonalne/psychiczne znęcanie się (77,1%), zaniedbanie (74,7%), traumatyczna utrata/separacja/żałoba (61,3%) oraz przemoc domowa (59,7%). Wyżej wymienione traury doznane przez osoby badane również są najczęściej spotykane w grupie osób zaliczonych do obszaru klinicznego. Ponadto 17 osób (56,7%) z obszaru klinicznego doznało przemocy fizycznej. Osoby badane z obszaru granicznego najczęściej doświadczały nadużycie emocjonalne/psychiczne/znęcanie się (84,2%) oraz niewydolność opiekuna (84,2%). Na drugim miejscu w danej grupie była przemoc domowa (68,4%). 1-2 rodzaje traury złożonej doznali 39 wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych (15,4 %), 3-4 rodzaje traury złożonej były zaznaczone u 99 osób (39,1%) oraz 5 i więcej rodzajów traury złożonej doświadczyli 115 badanych (45,5 %). 19,4 % (49) osób badanych prezentowało nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych na poziomie granicznym lub klinicznym, z nich 26 osób (53,1 %) są wychowankami, które doznały 5 i więcej rodzajów traury złożonej, 17 osób (34,7%) – 2-3 rodzaje traury złożonej oraz 6 osób (12,2 %) – 1-2 rodzaje traury złożonej. Wyniki przedstawione w Tabeli 3.1.3 pokazują, że 45,5 % osób badanych doznało 5 i więcej zdarzeń traumatycznych, jednak z nich tylko 14,7 % (17 osób) uzyskało wyniki w kwestionariuszu CBCL w obszarze klinicznym.

W celu weryfikacji jednorodności grupy badanej kolejnym krokiem była analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych, która wykazała że różnice między wychowankami, którzy wypełniali kwestionariusz w obecności psychologa placówki opiekuńczo-wychowawczej i wychowankami, którzy wypełniali kwestionariuszy w małych 3-4 osobowych grupach nie są istotne statystycznie (Tabela 3.1.4). W celu analizy wrażliwości mocy statystycznej zostało wykorzystane oprogramowanie G*Power. Dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej. Dla testu-t dla prób niezależnych z udziałem 253 osób (190 badanych w małych grupach i 28 osób badanych w małych grupach ankietowanych indywidualnie przez psychologa) czułość analizy pozwalała na wykrycie jedynie efektów co najmniej średniej wielkości, tj. Cohen's $d = 0,57$.

Biorąc pod uwagę dane wyniki do dalszej analizy były brane wszystkie osoby badane.

Tabela 3.1.4

Wyniki analiz testem *t*-Studenta dla prób niezależnych

Analizowane zmienne	t	Istotność asymptotyczna (dwustronna)	Cohen's d
Wynik ogólny (sdq)	0,44	0,329	0,09
Nadaktywność (sdq)	0,65	0,260	0,13
Symptomy emocjonalne (sdq)	0,86	0,466	0,02
Problemy z rówieśnikami (sdq)	-0,67	0,253	-0,14
Problemy z zachowaniem (sdq)	1,26	0,104	0,26
Zachowania prospołeczne (sdq)	-0,62	0,267	-0,13
Kreatywność ogólna (wynik ogólny)	-0,30	0,383	-0,06
Kreatywność mechaniczna	-0,39	0,357	-0,08
Kreatywność codzienna	0,57	0,284	0,12
Kreatywność wykonawcza	-0,69	0,244	-0,12
Kreatywność artystyczna	-0,61	0,272	-0,14
Wynik ogólny (MSPSS)	0,87	0,386	0,18
Osoba znacząca (MSPSS)	1,69	0,109	0,32
Przyjaciele (MSPSS)	1,80	0,073	0,37
Rodzina (MSPSS)	-0,89	0,186	-0,18
PTSD wynik ogólny	-1,05	0,147	-0,21
Intruzje	-0,94	0,174	-0,19
Unikanie	-0,94	0,175	-0,19
Pobudzenie	-0,71	0,239	-0,14

Adnotacja: a. Zmienna grupująca: grupa. MSPSS - *Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego*; SDQ - *Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”*.

* $p < ,05$, ** $p < ,01$.

3.2 Analiza wyników korelacji pomiędzy zmiennymi uwzględnionymi w badaniu

Po sprawdzeniu czy sposób zbierania danych od wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych wpłynął na różnice w wynikach w zmiennych badanych, dalszym krokiem była weryfikacja związku zmiennych socjodemograficznych z zmiennymi zależnymi. Do analizy wzięto następane zmienne socjodemograficzne: wiek, czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej, płeć oraz objęcia opieką psychiatryczną lub psychoterapeutyczną. W celu analizy wrażliwości mocy statystycznej zostało wykorzystane oprogramowanie G*Power. Dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej. W analizach korelacyjnych liczebność próby umożliwia wykrycie małych efektów, na poziomie $r = 0,17$.

Najpierw zostało sprawdzone czy wiek i czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej jest związana z nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych,

objawami PTSD, spostrzeganym wsparciem społecznym, zachowaniami prospołecznymi oraz kreatywnością. W danym celu została wykonana analiza korelację r Pearsona, wyniki której są przedstawione w Tabeli 3.2.1.

Tabela 3.2.1

Korelacje (r – Pearsona) pomiędzy wiekiem, czasem pobytu a analizowanymi zmiennymi ($N=253$)

	Wiek		Czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej	
	r	p	r	p
Wiek	-	-	0,22**	<0,01
Czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej^a	0,22**	<0,01	-	-
Trauma złożona	0,09	0,14	0,14*	0,026
Wynik ogólny (MSPSS)	-0,07	0,387	-0,10	0,128
Osoba znacząca (MSPSS)	0,08	0,269	-0,06	0,237
Przyjaciele (MSPSS)	0,04	0,515	0,06	0,599
Rodzina (MSPSS)	-0,21**	0,003	-0,16*	0,014
PTSD wynik ogólny	0,00	0,970	-0,16*	0,022
Intruzje	0,13	0,069	-0,08	0,275
Unikanie	-0,04	0,555	-0,15*	0,026
Pobudzenie	-0,07	0,309	-0,15*	0,025
Wynik ogólny (CBCL)	0,11	0,093	0,06	0,365
wcSI (CBCL)	0,16*	0,012	0,00	0,958
wcSE (CBCL)	0,07	0,271	0,09	0,175
Wycofanie (CBCL)	0,13*	0,048	-0,01	0,848
Skargi Somatyczne (CBCL)	0,21**	<0,01	0,15*	0,020
Lęk i Depresja (CBCL)	0,11	0,082	-0,04	0,499
Problemy Społeczne (CBCL)	-0,04	0,566	0,03	0,640
Zaburzenia Myślenia (CBCL)	0,14*	0,035	0,04	0,527
Zaburzenia Uwagi (CBCL)	0,01	0,942	-0,01	0,845
Zachowania Niedostosowane (CBCL)	0,20**	0,002	0,05	0,452
Zachowania Agresywne (CBCL)	0,00	0,963	0,10	0,125
Wynik ogólny (sdq)	-0,07	0,334	-0,17*	0,011
Nadaktywność (sdq)	-0,03	0,644	-0,12	0,090
Symptomy emocjonalne (sdq)	-0,02	0,808	-0,18**	0,008
Problemy z rówieśnikami (sdq)	0,03	0,671	-0,15*	0,025
Problemy z zachowaniem (sdq)	-0,22**	0,001	-0,08	0,235
Zachowania prospołeczne (sdq)	-0,09	0,167	-0,04	0,549
Kreatywność wynik ogólny	-0,13	0,058	0,08	0,257
Kreatywność mechaniczna	-0,15*	0,025	0,00	0,996
Kreatywność codzienna	-0,07	0,331	0,12	0,078
Kreatywność wykonawcza	-0,02	0,777	0,15*	0,030
Kreatywność artystyczna	-0,11	0,099	-0,05	0,465

Adnotacja. ^a mniej niż rok, 1-2 lata, 2-3 lata, 3-4 lata, więcej niż 4 lata; CBCL - Child Behaviour Checklist ; wcSI - wynik całkowity skali Internalizacyjnej; wcSE - wynik całkowity skali Esternalizacyjnej; MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Wyniki współczynników korelacji między wiekiem, czasem pobytu a zmiennymi badanymi pokazują, że wiek jest związany istotnie statystycznie z zachowaniem

internalizacyjnym, co oznacza, że im starszy wychowanek tym wyższy jest jego wynik w podskali zachowań internalizacyjnych. Wiek osób badanych był dodatnio związany z czasem pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej, wynikami w skalach Wycofania, Skargi Somatyczne, Zaburzenie Myślenia, Zachowanie niedostosowane. Oznacza to, że im starsza osoba badana, tym dłużej przebywa w placówce opiekuńczo-wychowawczej oraz prezentuje więcej objawów związanych z wycofaniem, zgłaszaniem skarg somatycznych, zaburzeniem myślenia oraz zachowaniami niedostosowanymi. Ujemnie wiek osoby badanej był związany z spostrzeganym wsparciem od rodziny, problemami z zachowaniem oraz kreatywnością mechaniczną. Dane wyniki wskazują na to, że im starsza osoba badana, tym mniej w jej uznaniu otrzymuje wsparcie od rodziny i prezentuje mniej problemów zachowaniem oraz ocenia siebie jako mniej kreatywną w kontekście kreatywności mechanicznej w porównaniu do młodszych wychowanków.

Czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej jest istotnie statystycznie związana z traumą złożoną, co wskazuje na to, że więcej mają doświadczeń traumatycznych osoby, które dłużej przebywają w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Ponadto im dłużej przebywa wychowanek w placówce opiekuńczo-wychowawczej tym mniej występują u niego objawy PTSD, zwłaszcza objawy PTSD takie jak unikanie oraz pobudzenie, jednak więcej jest zgłaszanych skarg somatycznych. Ponadto młodzież, która dłużej przebywała w placówce opiekuńczo-wychowawczej, postrzegала siebie jako bardziej kreatywną wykonawczo. Czas pobytu w pieczy instytucjonalnej ujemnie była związana z spostrzeganym wsparciem od rodziny, symptomami emocjonalnymi oraz problemami z rówieśnikami.

Jednak wszystkie istotne statycznie korelacje przedstawione w Tabeli 3.2.1 mają niski efekt lub ich wartość jest mniejsza niż minimalny efekt wykrywalny przy założonej mocy statystycznej ($r = 0,17$), co może skutkować ryzykiem występowania błędu typu 1.

W tabeli 3.2.2 zostały zaprezentowane związki między nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych mierzonych kwestionariuszem CBCL a zmienną niezależną (traumą złożoną), spostrzeganym wsparciem społecznym, trudnościami w funkcjonowaniu, objawami PTSD oraz kreatywnością, analizowane za pomocą korelacji r Pearsona. Dane wyniki wskazują na to, że im więcej traumatycznych wydarzeń tym więcej osoba badana prezentuje zachowań internalizacyjnych oraz większe jest nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, zwłaszcza objawów związanych z wycofaniem, skargami somatycznymi, lękiem i depresją oraz zaburzeniem myślenia.

Tabela 3.2.2

Korelacje (r- Pearsona) pomiędzy zmiennymi zależnymi i niezależnymi a ogólnymi objawami psychopatologicznymi (N=253)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
Trauma złożona	0,19**	0,17**	0,14*	0,11	0,14*	0,12	0,11	0,10	0,20**	0,11	0,16*
Wynik ogólny (sdq)	0,21**	0,29**	0,30**	0,23**	0,26**	0,27**	0,22**	0,22**	0,32**	0,23**	0,34**
Nadaktywność (sdq)	0,10	0,20**	0,20**	0,20	0,15*	0,24**	0,16*	0,13	0,20**	0,15*	0,23**
Symptomy emocjonalne (sdq)	0,19**	0,34**	0,32**	0,17*	0,19**	0,16*	0,16*	0,12	0,34**	0,15*	0,28**
Problemy z rówieśnikami (sdq)	0,26**	0,16*	0,17*	0,18*	0,18**	0,13	0,04	0,07	0,23**	0,06	0,17*
Zachowanie prospołeczne (sdq)	-0,06	0,02	-0,04	-0,06	-0,06	-0,04	-0,09	-0,11	-0,04	-0,11	-0,09
Problemy z zachowaniem (sdq)	0,02	0,06	0,11	0,22**	0,23**	0,22**	0,25**	0,34**	0,08	0,33**	0,27**
Intruzje (PTSD)	0,22**	0,33**	0,28**	0,04	0,17*	0,12	0,16*	0,06	0,32**	0,10	0,22**
Unikanie (PTSD)	0,11	0,07	0,13	0,03	0,10	0,09	0,12	0,03	0,14	0,06	0,12
Pobudzenie (PTSD)	0,22**	0,28**	0,23**	0,16**	0,21**	0,19**	0,23**	0,16*	0,28**	0,20**	0,28**
Wynik ogólny (PTSD)	0,22**	0,28**	0,27**	0,09	0,20**	0,17*	0,21**	0,11	0,30**	0,15*	0,26**
Kreatywność ogólna (wynik ogólny)	-0,07	-0,02	-0,17*	-0,15**	-0,04	-0,11	-0,08	-0,03	-0,12	-0,05	-0,13
Kreatywność mechaniczna	0,05	-0,06	-0,14*	-0,12	-0,07	-0,04	-0,06	-0,06	-0,07	-0,07	-0,09
Kreatywność codzienna	-0,12	-0,03	-0,21**	-0,14*	-0,12	-0,14*	-0,14*	-0,04	-0,17*	-0,08	-0,17*
Kreatywność wykonawcza	-0,04	-0,01	-0,06	-0,20**	-0,00	-0,08	0,00	-0,03	-0,05	0,03	-0,07
Kreatywność artystyczna	-0,06	0,04	-0,02	0,01	0,08	-0,02	-0,02	-0,01	-0,02	-0,01	-0,01
Wynik ogólny (MSPSS)	-0,13	-0,13	-0,18*	-0,18*	-0,10	-0,06	-0,11	-0,12	-0,18**	-0,13	-0,18**
Osoba znacząca (MSPSS)	-0,11	0,05	-0,04	-0,12	0,01	-0,01	0,03	-0,04	-0,05	-0,02	-0,05
Przyjaciele (MSPSS)	-0,17	-0,07	-0,10	-0,13	-0,06	-0,01	-0,01	-0,05	-0,11	-0,04	-0,09
Rodzina (MSPSS)	-0,09	-0,23**	-0,24**	-0,16*	-0,14*	-0,10	-0,23**	-0,15*	-0,22**	-0,19**	-0,23**

Adnotacja. CBCL - Child Behaviour Checklist ; 1. – Skala Wycofania (CBCL); 2. – Skala Skargi somatyczne (CBCL); 3. – Skala Lęku i Depresji (CBCL); 4. – Skala Problemy społeczne (CBCL); 5. – Skala Zaburzenia Myślenia (CBCL); 6. – Skala Zaburzenia Uwagi (CBCL); 7. – Skala Zachowania Niedostosowane (CBCL); 8. - Skala Zachowania Agresywne (CBCL); 9. - wynik całkowity skali Internalizacyjnej (CBCL); 10. - wynik całkowity skali Esternalizacyjnej (CBCL); 11. – wynik ogólny (CBCL); MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”.

*p <,05, **p <,01.

Trudności w zachowaniu u młodzieży były dodatnio związane z nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych, co wskazywałoby na to, że im większe trudności w zachowaniu prezentuje osoba badana, tym większe jest u niej nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, w tym objawów zaburzeń internalizacyjnych

oraz eksternalizacyjnych. Im większa nadaktywność oraz symptomy emocjonalne u osoby badanej tym większe nasilenie objawów somatycznych, związanych z lękiem i depresją, zaburzeniem myślenia i uwagi oraz zachowaniami niedostosowanymi (Tabela 3.2.2)

Problemy z rówieśnikami (Tabela 3.2.2) dodatkowo koreluje z zaburzeniami o charakterze internalizacyjnym. Im większe problemy z rówieśnikami tym większe nasilenie objawów związanych z wycofaniem, skargami somatycznymi, lękiem i depresją, problemami społecznymi oraz zaburzeniem myślenia. Z kolei problemy z zachowaniem dodatkowo były związane z zaburzeniami o charakterze ekstralizacyjnym. Ponadto im większe problemy z zachowaniem tym większe jest nasilenie objawów związanych z problemami społecznymi, zaburzeniem myślenia, zaburzeniem uwagi, zachowaniami niedostosowanymi oraz zachowaniami agresywnymi.

Intruzje jako objaw PTSD pozytywnie koreluje z objawami wycofania, skarg somatycznych, lęku i depresji, zaburzenia myślenia, zachowań niedostosowanych, zachowań internalizacyjnych i ogólnym nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych. Unikanie jako objaw PTSD nie koreluje istotnie statystycznie z żadną skalą nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych. Pobudzenie jako objaw PTSD z kolei koreluje istotnie statystycznie z każdą skalą kwestionariusza CBCL, czyli: objawami wycofania, skarg somatycznych, lęku i depresji, problemów społecznych, zaburzenia myślenia i uwagi, zachowań niedostosowanych i agresywnych, zachowań internalizacyjnych i eksternalizacyjnych oraz ogólnego nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych. Wynik ogólny w skali PTSD koreluje pozytywnie z objawami wycofania, skarg somatycznych, lęku i depresji, zaburzenia myślenia i uwagi, zachowań niedostosowanych, zachowań internalizacyjnych oraz eksternalizacyjnych i ogólnym nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych.

Analiza związku kreatywności z nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych wskazuje na to, że im większe nasilenie objawów związanych z lękiem i depresją oraz problemami społecznymi tym mniejsze jest postrzeganie siebie jako osoby kreatywnej. Ponadto, im większy wynik w Skali Lęku i Depresji, tym mniejsza jest postrzegana kreatywność mechaniczna. Im większe jest nasilenie objawów związanych z lękiem i depresją, problemami społecznymi, zaburzenia uwagi, zachowania niedostosowane, zaburzeniami internalizacyjnymi oraz nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych, tym mniejsza jest postrzegana kreatywność codzienna. Nasilenie

ogólnych objawów psychopatologicznych związanych z problemami społecznymi było ujemnie związane z kreatywnością wykonawczą.

Analiza korelacji spostrzeganego wsparcia społecznego wskazuje na to, że im większe nasilenie ogólnych objawów związanych z lękiem i depresją, problemami społecznymi oraz zaburzeń internalizacyjnych tym mniejsze jest spostrzegane wsparcie społeczne. Spostrzegane wsparcie od rodziny ujemnie koreluje z objawami somatycznymi, lęku i depresji, problemami społecznymi, zaburzeniami myślenia, zachowaniami niedostosowanymi, zachowaniami agresywnymi, zaburzeniami internalizacyjnymi oraz eksternalizacyjnymi. Im większe nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych tym mniejsze jest spostrzegane wsparcie od rodziny.

Przedstawione w Tabeli 3.2.2 wartości współczynnika korelacji mieszczą się w zakresie efektu małego lub zbliżonego do efektu średniego, zgodnie z rekomendacjami Cohena (1988). Jednocześnie część korelacji jest mniejsza niż minimalny efekt wykrywalny przy założonej mocy statystycznej ($r = 0,17$), co świadczy o tym, że dane wyniki warto ostrożnie interpretować ze względu na ryzyko popełnienia błędu typu 1.

W tabeli 3.2.3 zostały zaprezentowane związki między objawami PTSD mierzonych za pomocą skali CRIES-13 a zmienną niezależną (trauma złożona), spostrzeganym wsparciem społecznym, trudnościami w funkcjonowaniu oraz kreatywnością, analizowane za pomocą korelacji r Pearsona. Objawy PTSD (Intruzje, Unikanie oraz Pobudzenie) były dodatnio związane z trudnościami w zachowaniu, zwłaszcza z nadaktywnością, symptomami emocjonalnymi oraz problemami z rówieśnikami. Ponadto, biorąc pod uwagę rekomendacje Cohena (1988), między pobudzeniem jako objawem PTSD a nadaktywnością, problemami emocjonalnymi oraz trudnościami w zachowaniu zachodzi efekt duży. Między ogólnym wynikiem PTSD a trudnościami w zachowaniu oraz symptomami emocjonalnymi również można obserwować efekt duży. Z kolei problemy z zachowaniem dodatnio korelowały z pobudzeniem (efekt średni) oraz ogólnym wynikiem PTSD (efekt niski). Między Intruzje jako objaw PTSD a trudnościami w zachowaniu, nadaktywnością, symptomy emocjonalne oraz problemy z rówieśnikami zachodzi efekt średni.

Tabela 3.2.3

Współczynniki korelacji pomiędzy objawami PTSD a zmiennymi zależnymi i niezależnymi (N=253)

	Intruzje (PTSD)	Unikanie (PTSD)	Pobudzenie (PTSD)	Wynik ogólny (PTSD)
Trauma złożona	-0,02	-0,00	0,06	0,02
Wynik ogólny (sdq)	0,40**	0,28**	0,63**	0,54**
Nadaktywność (sdq)	0,31**	0,17*	0,53**	0,42**
Symptomy emocjonalne (sdq)	0,44**	0,27**	0,56**	0,52**
Problemy z rówieśnikami (sdq)	0,28**	0,26**	0,35**	0,36**
Zachowanie prospołeczna (sdq)	0,07	0,04	0,02	0,05
Problemy z zachowaniem (sdq)	0,05	0,08	0,32**	0,19**
Kreatywność ogólna (wynik ogólny)	0,07	-0,11	0,09	0,03
Kreatywność mechaniczna	-0,09	-0,05	0,01	-0,05
Kreatywność codzienna	0,01	-0,13	0,01	-0,04
Kreatywność wykonawcza	0,13	-0,18*	-0,00	-0,02
Kreatywność artystyczna	0,15**	0,39	0,20**	0,16**
Wynik ogólny (MSPSS)	-0,13	-0,07	-0,13	-0,14*
Osoba znacząca (MSPSS)	0,04	0,03	0,02	0,03
Przyjaciele (MSPSS)	-0,16*	-0,07	-0,20*	-0,17*
Rodzina (MSPSS)	-0,15*	-0,10	-0,10	-0,15*

Adnotacja. MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”.

* $p < ,05$, ** $p < ,01$.

Objawy PTSD dodatnio korelują z kreatywnością artystyczną, co wskazywałoby na to, że im większe nasilenie danych objawów zwłaszcza objawów intruzji oraz pobudzenia tym większa jest postrzegana kreatywność artystyczna. Kreatywność wykonawcza ujemnie jest związana z unikaniem.

Analiza korelacji spostrzeganego wsparcia społecznego pokazuje, że wsparcie uzyskane od przyjaciół jest tym mniejsze im większe jest nasilenie pobudzenia i ogólnego wyniku PTSD. Spostrzeganie wsparcie od rodziny jest ujemnie związane z objawami intruzji oraz ogólnym wynikiem w skali PTSD. Im większe jest ogólne spostrzeganie wsparcie społeczne tym mniejsze jest nasilenie objawów PTSD (wynik ogólny w skali PTSD).

Jednak dane wartości współczynnika korelacji dotyczące objawów PTSD a kreatywności i wsparcia społecznego są w granicach efektu niskiego albo poniżej

minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej ($r = 0,17$), co może skutkować ryzykiem występowania błędu typu 1.

W tabeli 3.2.4. są przedstawione wyniki współczynnika korelacji pomiędzy trudnościami w zachowaniu a zmiennymi zależnymi, do których należą, trauma złożona, spostrzegane wsparcie społeczne, w tym spostrzegane wsparcie społeczne od rodziny, osoby znaczącej i przyjaciół, zachowania prospołeczne oraz kreatywność, do której zaliczana jest kreatywność mechaniczna, codzienna, wykonawcza oraz artystyczna.

Tabela 3.2.4

*Współczynniki korelacji pomiędzy objawami trudności w zachowaniu (sdq)
a zmiennymi niezależnymi (N=253)*

	Wynik ogólny (sdq)	Nadaktywność (sdq)	Symptomy emocjonalne (sdq)	Problemy z rówieśnikami (sdq)	Problemy z zachowaniem (sdq)
Trauma złożona	0,04	0,08	-0,00	0,01	-0,07
Wynik ogólny (MSPSS)	-0,28**	-0,22**	-0,14*	-0,32**	-0,08
Osoba znacząca (MSPSS)	-0,08	-0,09	0,07	-0,19**	0,03
Przyjaciele (MSPSS)	-0,33**	-0,18**	-0,18**	-0,44**	-0,13
Rodzina (MSPSS)	-0,22**	-0,20**	-0,17*	-0,12	-0,06
Zachowanie prospołeczne (sdq)	-0,16*	-0,15*	0,10	-0,27**	-0,09
Kreatywność ogólna (wynik ogólny)	-0,02	-0,06	0,03	-0,08	0,11
Kreatywność mechaniczna	-0,03	-0,07	-0,12	0,05	0,12
Kreatywność codzienna	-0,13	-0,14*	0,00	-0,16*	-0,03
Kreatywność wykonawcza	-0,10	-0,05	-0,06	-0,19**	0,04
Kreatywność artystyczna	0,19**	0,08	0,20**	0,08	0,18**

Adnotacja. MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”.

* $p < ,05$, ** $p < ,01$.

Dane wyniki wskazują na to, że trauma złożona nie koreluje istotnie statystycznie ze skalami kwestionariusza dotyczącego trudności w zachowaniu. Im większe spostrzegane wsparcie społeczne tym mniejsze jest nasileniem trudności w zachowaniu, objawów nadaktywności, symptomów emocjonalnych oraz problemów z rówieśnikami. Im wyższe jest spostrzegane wsparcie od osoby znaczącej tym mniejsze jest nasilenie problemów związanych z rówieśnikami. Z kolei im wyższe spostrzegane wsparcie od

przyjaciół tym mniejsze nasilenie trudności w zachowaniu, w tym objawów nadaktywności, symptomów emocjonalnych oraz problemów z rówieśnikami. Wyższe spostrzegane wsparcie od rodziny obniżało ogólne trudności w zachowaniu, objawy nadaktywności oraz symptomy emocjonalne. Im wyższe zachowania prospołeczne tym mniejsze są trudności w zachowaniu, objawy nadaktywności oraz problemy z zachowaniem. Wyższa kreatywność codzienna obniża objawy nadaktywności oraz problemy z rówieśnikami. Im wyższa jest kreatywność wykonawcza tym mniejsze są problemy z rówieśnikami. Z kolei wyższa kreatywność artystyczna nasila objawy trudności w zachowaniu, symptomy emocjonalne oraz problemy z zachowaniem (Tabela 3.2.4).

Przedstawione wyniki współczynnika korelacji w Tabeli 3.2.4 są w granicach efektu niskiego albo poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej ($r = 0,17$), co może skutkować ryzykiem występowania błędu typu 1. Tylko zależność między problemami z rówieśnikami a spostrzeganym wsparciem społecznym oraz spostrzeganym wsparciem społecznym od przyjaciół prezentują efekt w granicach średnich (Cohen, 1988).

Analiza wyników przedstawionych w Tabeli 3.2.5 wskazuje na to, że im większa jest trauma złożona tym mniejsze jest spostrzegane wsparcie uzyskane od rodziny (wartość efektu jest poniżej minimalnego efektu wykrywalnego). Większe ogólne spostrzegane wsparcie od rodziny tym większe jest nasilenie zachowań prospołecznych (efekt średni), kreatywności ogólnej (efekt bliski średniego), w tym kreatywności mechanicznej (wartość efektu jest poniżej minimalnego efektu wykrywalnego), codziennej (efekt średni) oraz wykonawczej (wartość efektu jest poniżej minimalnego efektu wykrywalnego; Tabela 3.2.5). Spostrzegane wsparcie uzyskane od osoby znaczącej pozytywnie koreluje z zachowaniami prospołecznymi (efekt pomiędzy niskim a średnim), kreatywnością ogólną (efekt pomiędzy niskim a średnim), w tym kreatywnością codzienną (efekt średni) i wykonawczą (efekt pomiędzy niskim a średnim). Spostrzegane wsparcie uzyskane od przyjaciół pozytywnie koreluje z zachowaniami prospołecznymi (efekt pomiędzy niskim a średnim), kreatywnością ogólną (efekt pomiędzy niskim a średnim), w tym kreatywnością codzienną (efekt pomiędzy niskim a średnim). Spostrzegane wsparcie uzyskane od rodziny pozytywnie koreluje z zachowaniami prospołecznymi (efekt pomiędzy niskim a średnim), kreatywnością ogólną (efekt pomiędzy niskim a średnim), w tym kreatywnością codzienną (efekt pomiędzy

niskim a średnim) i mechaniczną (efekt pomiędzy niskim a średnim). Dane wyniki wskazują na dodatnią zależność między zachowaniami prospołecznymi a spostrzeganym wsparciem społecznym i jego podskalami (rodzina, osoba znacząca, przyjaciele) oraz kreatywnością ogólną, w tym kreatywnością codzienną i wykonawczą. Z kolei wyższy poziom kreatywności ogólnej wiąże się pozytywnie z spostrzeganym wsparciem społecznym (efekt pomiędzy niskim a średnim) i jego podskalami (rodzina, osoba znacząca, przyjaciele - efekt pomiędzy niskim a średnim) oraz zachowaniami prospołecznymi (efekt pomiędzy niskim a średnim). Podsumowując spostrzegane wsparcie społeczne, zachowania prospołeczne oraz kreatywność jest nawzajem dodatnio skorelowani. Trauma złożona negatywnie koreluje tylko z spostrzeganym wsparciem społecznym od rodziny, jednak dany wynik warto interpretować ostrożnie, ze względu na wartość współczynnika korelacji, który jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej ($r = 0,17$), co może skutkować ryzykiem występowania błędu typu 1.

Tabela 3.2.5

Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi niezależnymi (N=253)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1.Trauma złożona	-									
2.Wynik ogólny (MSPSS)	-0,13	-								
3.Osoba znacząca (MSPSS)	-0,07	0,75**	-							
4.Przyjaciele (MSPSS)	-0,04	0,76**	0,56**	-						
5.Rodzina (MSPSS)	- 0,16*	0,74**	0,26**	0,24**	-					
6.Zachowania prospołeczne (sdq)	-0,10	0,33**	0,22**	0,27**	0,25**	-				
7.Kreatywność ogólna (wynik ogólny)	-0,01	0,28**	0,25**	0,18**	0,20**	0,29**	-			
8.Kreatywność mechaniczna	0,01	0,16*	0,07	0,09	0,18**	0,10	0,62**	-		
9.Kreatywność codzienna	0,01	0,37**	0,32**	0,27**	0,25**	0,39**	0,75**	0,27**	-	
10.Kreatywność wykonawcza	-0,01	0,16*	0,21**	0,09	0,07	0,18**	0,68**	0,28**	0,43**	-
11.Kreatywność artystyczna	-0,05	0,04	0,05	0,01	0,03	0,09	0,70**	0,30**	0,24**	0,31**

Adnotacja. MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”;

* $p < ,05$, ** $p < ,01$.

3.3 Analiza związku płci oraz zmiennych związanych z opieką zdrowotną oraz zmiennymi uwzględnionymi w badaniu własnym

W celu sprawdzenia czy płeć ma związek z czasem pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej, traumą złożoną, nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych oraz objawów PTSD została wykonana analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych. Rezultaty testu przedstawione w Tabeli 3.3.1. W celu analizy wrażliwości mocy statystycznej zostało wykorzystane oprogramowanie G*Power. Dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej. W analizie testu t dla prób niezależnych przy analizie różnic między chłopcami a dziewczynami, przy łącznej liczebności 252 osób, analiza wrażliwości mocy statystycznej wskazała, że minimalna wykrywalna wielkość efektu wynosiła Cohen's $d = 0,35$. Wyniki testu pokazują, że płeć różnicuje istotnie statystycznie nasilenia objawów PTSD, wyższy poziom którego jest zaobserwowany u dziewczyn w porównaniu do chłopców. Ponadto istotna statystycznie jest różnica między wynikami w występowaniu objawów somatycznych oraz lękowo-depresyjnych u dziewczyn w porównaniu do chłopców. Dziewczyny w odniesieniu do chłopców prezentują wyższy wynik nasilenia objawów somatycznych oraz lękowo-depresyjnych. W grupie dziewczyn również jest istotnie statystycznie wyższy wynik w występowaniu zaburzeń internalizacyjnych w porównaniu do chłopców. Istotnie statystycznie wyższy również w grupie dziewczyn w porównaniu do chłopców jest ogólny wynik w kwestionariuszu SDQ (trudności w zachowaniu) oraz symptomy emocjonalne. W grupie chłopców z kolei postrzegana kreatywność mechaniczna oraz ogólny wynik w skali samoopisowej dotyczącej kreatywności jest istotno statystycznie większy w porównaniu do dziewczyn. Analiza wartości wskaźnika Cohen's d , biorąc pod uwagę zalecenia Cohena (1988) wskazuje na to, że większość istotnie statystycznych różnic jest w granicach efektu małego lub zbliżone do wyniku średniego (np. wynik ogólny PTSD). Z kolei różnice w symptomach emocjonalnych prezentują efekt średni, a różnice w kreatywności mechanicznej są w granicach efektu dużego. Wartość Cohen's d dla pobudzenie oraz kreatywność ogólna są poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej ($d = 0,35$), co może skutkować ryzykiem występowania błędu typu 1.

Tabela 3.3.1

Wyniki analiz testem *t*-Studenta dla prób niezależnych pomiędzy dziewczynami a chłopcami

	Dziewczyny		Chłopcy		t	Statystyki	
	M	SD	M	SD		Istotność asymptotyczna (dwustronna)	Cohen's d
Czas pobytu w placówce opiekuńczo-wychowawczej	1,99	1,48	2,02	1,53	0,17	0,865	0,02
Trauma Złożona	4,66	2,17	4,48	2,07	-0,70	0,491	-0,09
Wynik ogólny PTSD	30,40	15,28	23,88	15,14	-3,15	0,002**	-0,43
Intruzje (PTSD)	8,64	6,13	6,33	5,86	-2,83	0,005**	-0,39
Unikanie (PTSD)	9,54	5,98	7,28	6,22	-2,84	0,007**	-0,37
Pobudzenie (PTSD)	12,22	6,93	10,26	6,37	-2,15	0,032*	-0,29
Wynik ogólny CBCL	39,82	29,15	37,27	27,33	-0,69	0,488	-0,09
wcSI (CBCL)	12,13	10,14	8,81	8,12	-2,77	0,006**	-0,36
wcSE (CBCL)	13,60	11,46	14,72	12,86	0,71	0,479	0,09
Wycofanie (CBCL)	3,83	3,36	3,42	3,55	-0,90	0,367	-0,12
Skargi Somatyczne (CBCL)	1,85	2,78	0,96	1,42	-3,15	0,002**	-0,40
Lęk i Depresja (CBCL)	5,96	5,17	4,06	4,36	-3,04	0,003**	-0,40
Problemy Społeczne (CBCL)	2,97	2,75	3,14	3,23	0,45	0,328	0,06
Zaburzenia Myślenia (CBCL)	1,13	1,94	1,05	2,01	-0,30	0,384	-0,04
Zaburzenia Uwagi (CBCL)	5,09	4,34	5,58	4,41	0,87	0,192	0,11
Zachowania Niedostosowane (CBCL)	4,54	3,95	4,91	4,61	0,67	0,252	0,09
Zachowania Agresywne (CBCL)	9,06	8,35	9,81	8,94	0,67	0,253	0,09
Wynik ogólny (MSPSS)	60,72	14,11	62,16	14,85	0,73	0,466	0,10
Osoba znacząca (MSPSS)	22,43	5,07	21,66	6,04	-1,03	0,305	-0,14
Przyjaciele (MSPSS)	21,08	6,15	21,57	5,71	0,61	0,544	0,08
Rodzina (MSPSS)	17,22	7,77	18,93	7,75	1,63	0,105	0,22
Wynik ogólny (sdq)	14,30	5,65	12,21	6,09	-2,63	0,009**	-0,36
Nadaktywność (sdq)	4,40	2,15	3,90	2,08	-1,77	0,079	-0,24
Symptomy emocjonalne (sdq)	4,82	2,39	3,38	2,45	-4,42	<0,001**	-0,60
Problemy z rówieśnikami (sdq)	2,66	2,04	2,20	1,90	-1,70	0,090	-0,23
Problemy z zachowaniem (sdq)	1,88	1,56	2,09	1,78	0,92	0,359	0,12
Zachowania prospołeczne (sdq)	5,68	1,72	5,54	1,98	-0,56	0,575	-0,08
Kreatywność ogólna (wynik ogólny)	42,86	8,96	45,51	10,23	2,04	0,043*	0,28
Kreatywność mechaniczna	6,17	2,43	8,73	2,96	6,90	<0,001**	0,95
Kreatywność codzienna	19,91	4,35	20,06	4,42	0,26	0,796	0,04
Kreatywność wykonawcza	5,83	2,65	6,29	2,40	1,36	0,176	0,18
Kreatywność artystyczna	10,96	3,89	10,43	4,17	-0,96	0,337	-0,13

Adnotacja. a. Zmienna grupująca: płeć. MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; CBCL - Child Behaviour Checklist; wcSI - wynik całkowity skali Internalizacyjnej; wcSE - wynik całkowity skali Esternalizacyjnej; MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

W celu sprawdzenia czy objęcia opieką psychiatryczną ma związek z traumą złożoną, nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych oraz objawów PTSD została wykonana analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych (Tabela 3.3.2). W celu oceny wrażliwości mocy statystycznej dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej. W analizie testu t dla prób niezależnych przy porównaniu osób objętych opieką psychiatryczną lub bez opieki psychiatrycznej, przy łącznej liczebności 236 osób, analiza wrażliwości mocy statystycznej wskazała, że minimalna wykrywalna wielkość efektu wynosiła Cohen's $d = 0,38$. Wyniki zaprezentowane w Tabeli 3.3.2 pokazują, że młodzież objęta opieką psychiatryczną (pod opieką lekarza psychiatry vs nie objęci opieką psychiatry) prezentuje większe nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych (wycofanie, skargi somatyczne, lęk i depresja, problemy społeczne, zaburzenia uwagi, zaburzenia myślenia, zachowania niedostosowane oraz zachowania agresywne, zachowania internalizacyjne i eksternalizacyjne) oraz objawów PTSD (Unikanie i Pobudzenie). Różnice w opiece psychiatrycznej mają efekt duży w ogólnych objawach psychopatologicznych oraz bliski do efektu dużego w zachowaniach eksternalizacyjnych oraz zachowaniach niedostosowanych. Z kolei wartości Cohen's d dla skarg somatycznych oraz wycofania są poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej ($d = 0,38$), co może skutkować ryzykiem występowania błędu typu 1. Pozostałe objawy dotyczące kwestionariusza CBCL przyjmują wartość wskazującą na występowanie efektu średniego. Wartość Cohen's d dla objawów PTSD oraz związanych z nadaktywnością i problemami z zachowaniem jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej ($d = 0,38$), i dane wyniki warto interpretować ostrożnie, gdyż może być ryzyko występowania błędu typu 1. W grupie osób objętych opieką psychiatryczną obserwuje się znacząco wyższe nasilenie ogólnych trudności w zachowaniu (efekt niski) oraz znacząco niższe spostrzegane wsparcie od rodziny (efekt niski) w porównaniu do grupy osób nieobjętych opieką psychiatryczną. Osoby objęte opieką psychiatryczną spostrzegali siebie jako bardziej kreatywnych pod kątem artystycznym w porównaniu do osób nie objętych opieką psychiatryczną, jednak wartość Cohen's d jest poniżej minimalnego efektu wykrywalnego.

Tabela 3.3.2

Wyniki analiz testem *t*-Studenta dla prób niezależnych

	Objęcie opieką psychiatryczną		Brak objęcia opieką psychiatryczną		t	Statystyki	
	M	SD	M	SD		Istotność asymptotyczna (dwustronna)	Cohen's d
Trauma Złożona	4,73	2,15	4,48	2,11	-0,87	0,383	-0,12
Wynik ogólny PTSD	30,67	16,82	25,45	14,53	-2,38	0,018*	-0,34
Intruzje (PTSD)	8,48	6,45	7,06	5,89	-1,63	0,105	-0,23
Unikanie (PTSD)	9,61	6,28	7,85	6,08	-2,00	0,046*	-0,29
Pobudzenie (PTSD)	12,57	7,11	10,54	6,38	-2,15	0,033*	-0,31
Wynik ogólny CBCL	52,80	31,03	30,21	22,79	-5,89	p<0,01**	-0,87
wcSI (CBCL)	13,76	9,75	8,69	8,67	-4,12	p<0,01**	-0,56
wcSE (CBCL)	19,49	13,87	10,94	9,71	-5,04	p<0,01**	-0,75
Wycofanie (CBCL)	4,29	3,45	3,27	3,41	-2,20	0,029*	-0,30
Skargi Somatyczne (CBCL)	1,94	2,63	1,13	2,00	-2,47	0,015*	-0,36
Lęk i Depresja (CBCL)	6,91	5,18	3,95	4,36	-4,45	p<0,01**	-0,63
Problemy Społeczne (CBCL)	4,10	3,25	2,39	2,55	-4,21	p<0,01**	-0,61
Zaburzenia Myślenia (CBCL)	1,88	2,40	0,61	1,48	-4,45	p<0,01**	-0,69
Zaburzenia Uwagi (CBCL)	7,05	4,70	4,27	3,77	-4,96	p<0,01**	-0,67
Zachowania Niedostosowane (CBCL)	6,64	5,34	3,61	3,03	-4,84	p<0,01**	-0,75
Zachowania Agresywne (CBCL)	12,90	9,50	7,33	7,30	-4,65	p<0,01**	-0,68
Wynik ogólny (MSPSS)	59,36	14,07	62,61	14,52	1,58	0,115	0,23
Osoba znacząca (MSPSS)	22,29	5,58	21,95	5,56	-0,43	0,333	-0,06
Przyjaciele (MSPSS)	21,07	6,10	21,47	5,87	0,48	0,634	-0,07
Rodzina (MSPSS)	16,00	7,37	19,18	7,55	2,92	0,004**	0,42
Wynik ogólny (sdq)	14,83	6,37	12,43	5,47	-2,91	0,004**	-0,41
Nadaktywność (sdq)	4,58	2,17	3,94	2,04	-2,14	0,033*	-0,30
Symptomy emocjonalne (sdq)	4,58	2,58	3,91	2,47	-1,88	0,061	-0,27
Problemy z rówieśnikami (sdq)	2,74	2,27	2,26	1,76	-1,60	0,113	-0,25
Problemy z zachowaniem (sdq)	2,32	1,71	1,76	1,57	-2,41	0,017*	-0,34
Zachowania prospołeczne (sdq)	5,51	1,63	5,71	1,90	0,779	0,437	0,11
Kreatywność ogólna (wynik ogólny)	44,83	10,17	43,70	9,40	-0,82	0,414	-0,12
Kreatywność mechaniczna	7,53	3,21	7,29	2,85	-0,58	0,566	-0,08
Kreatywność codzienna	19,57	4,35	20,21	4,39	1,02	0,309	0,15
Kreatywność wykonawcza	6,13	2,75	5,97	2,41	-0,43	0,669	-0,06
Kreatywność artystyczna	11,59	4,43	10,23	3,84	-2,39	0,017*	-0,34

Adnotacja. a. Zmienna grupująca: płeć. MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; CBCL - Child Behaviour Checklist ; wcSI - wynik całkowity skali Internalizacyjnej; wcSE - wynik całkowity skali Esternalizacyjnej; SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabela 3.3.3

Wyniki analiz testem t-Studenta dla prób niezależnych pomiędzy osobami objętymi opieką psychoterapeutyczną a osobami bez opieki psychoterapeutycznej

	Objęcia opieką psychoterapeutyczną		Brak objęcia opieką psychoterapeutyczną		Statystyki		
	M	SD	M	SD	t	Istotność asymptotyczna (dwustronna)	Cohen's d
Trauma Złożona	4,65	2,22	4,49	2,02	-0,63	0,533	-0,08
Wynik ogólny PTSD	28,5	16,09	26,03	14,82	-1,17	0,244	-0,16
Intruzje (PTSD)	7,81	6,38	7,27	5,79	-0,64	0,521	-0,09
Unikanie (PTSD)	8,91	6,27	7,99	6,08	-1,10	0,274	-0,15
Pobudzenie (PTSD)	11,77	6,88	10,76	6,53	-1,10	0,271	-0,15
Wynik ogólny CBCL	40,86	28,40	36,00	28,01	-1,32	0,188	-0,18
wcSI (CBCL)	11,61	9,86	9,31	8,64	-1,90	0,059	-0,25
wcSE (CBCL)	14,57	11,86	13,62	12,48	-0,61	0,546	-0,08
Wycofanie (CBCL)	3,61	3,40	3,67	3,52	0,15	0,883	0,02
Skargi Somatyczne (CBCL)	1,53	2,53	1,30	1,95	-0,77	0,444	-0,10
Lęk i Depresja (CBCL)	5,96	5,01	4,01	4,53	-3,13	0,002**	-0,41
Problemy Społeczne (CBCL)	3,38	3,18	2,67	2,71	-1,82	0,070	-0,24
Zaburzenia Myślenia (CBCL)	1,34	2,12	0,81	1,75	-2,08	0,039*	-0,27
Zaburzenia Uwagi (CBCL)	5,64	4,41	4,96	4,31	-1,19	0,237	-0,15
Zachowania Niedostosowane (CBCL)	4,74	4,19	4,69	4,38	0,09	0,930	-0,01
Zachowania Agresywne (CBCL)	9,83	8,56	8,93	8,71	-0,81	0,420	-0,11
Wynik ogólny (MSPSS)	60,89	14,27	61,96	14,69	0,55	0,585	0,08
Osoba znacząca (MSPSS)	22,29	5,39	21,83	5,74	-0,61	0,541	-0,08
Przyjaciele (MSPSS)	21,22	6,07	21,41	5,82	0,24	0,814	0,03
Rodzina (MSPSS)	17,38	7,84	18,73	7,71	1,28	0,204	0,17
Wynik ogólny (sdq)	14,23	6,28	12,29	5,38	-2,44	0,015*	-0,33
Nadaktywność (sdq)	4,41	2,27	3,89	1,86	-1,83	0,068	-0,25
Symptomy emocjonalne (sdq)	4,42	2,58	3,83	2,42	-1,73	0,086	-0,23
Problemy z rówieśnikami (sdq)	2,67	2,11	2,19	1,80	-1,77	0,078	-0,24
Problemy z zachowaniem (sdq)	2,18	1,60	1,75	1,71	-2,43	0,055	-0,26
Zachowania prospołeczne (sdq)	5,63	1,87	5,60	1,82	-0,12	0,903	-0,02
Kreatywność ogólna (wynik ogólny)	44,85	9,8	43,26	9,43	-1,21	0,225	-0,17
Kreatywność mechaniczna	7,31	2,97	7,43	2,99	0,28	0,778	0,04
Kreatywność codzienna	20,37	4,49	19,54	4,22	-1,39	0,167	-0,19
Kreatywność wykonawcza	5,94	2,58	6,17	2,50	0,66	0,513	-0,09
Kreatywność artystyczna	11,23	4,07	10,13	3,90	-2,05	0,042*	-0,28

Adnotacja. a. Zmienna grupująca: płeć. MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; CBCL - Child Behaviour Checklist; wcSI - wynik całkowity skali Internalizacyjnej; wcSE - wynik całkowity skali Externalizacyjnej; MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”.

*p < ,05, **p < ,01.

W celu sprawdzenia czy objęcia opieką psychoterapeutyczną (tzn. psychoterapia indywidualna lub grupowa, socjoterapia albo inne zajęcia o charakterze terapeutycznym) ma związek z traumą złożoną, nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych oraz objawów PTSD została wykonana analiza testem t-Studenta dla prób niezależnych (Tabela 3.3.3). W celu oceny wrażliwości mocy statystycznej dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej. W analizie testu t dla prób niezależnych dla grupy osób objętych opieką psychoterapeutyczną lub bez opieki psychoterapeutycznej, przy łącznej liczebności 237 osób, analiza wrażliwości mocy statystycznej wskazała, że minimalna wykrywalna wielkość efektu wynosiła Cohen's $d = 0,37$. Wyniki analizy przedstawione w Tabeli 3.3.3 wskazują na to, że osoby badane objęte opieką psychoterapeutyczną wykazują znacząco większe nasilenie objawów związanych z lękiem i depresją, zaburzeniem myślenia oraz objawów związanych z trudnościami w zachowaniu w porównaniu do osób nieobjętych opieką psychoterapeutyczną. Ponadto osoby badane objęte jednym z rodzajów opieki psychoterapeutycznej spozstrzegają siebie jako osobę bardziej kreatywną pod kątem artystycznym w porównaniu do osób badanych nie objętych opieką psychoterapeutyczną. Jednak biorąc pod uwagę rekomendacje Cohena (1988) oraz że minimalny efekt wykrywalny przy założonej mocy statystycznej jest $d = 0,37$, tylko różnice zachodzące w nasileniu lęku i depresji mają siłę efektu w granicach pomiędzy niską a średnią. Pozostałe wyniki należy interpretować biorąc pod uwagę ryzyko błędu typu I.

3.4 Analizy regresji hierarchicznej przewidujące nasilenie objawów psychopatologicznych w zależności od zmiennych związanych ze wsparciem społecznym

Pierwszym krokiem w analizie nasilenia objawów psychopatologicznych została wykonana regresja hierarchiczna, oparta na wcześniejszej analizie teoretycznej, w celu analizy efektów prostych. W celu analizy wrażliwości mocy statystycznej zostało wykorzystane oprogramowanie G*Power. Dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej. W analizach regresji liczebność próby umożliwia wykrycie małych efektów, na poziomie $f^2 = 0,03$ dla jednego

predyktora, $f^2=0,04$ dla 3 predyktorów, $f^2=0,04$ dla 6 predyktorów. Współczynnik f^2 Cohena został obliczony za pomocą formuły dla regresji hierarchicznej.

Tabela 3.4.1

*Wartości standaryzowane współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej:
zmiennie zależne - ogólne objawy psychopatologiczne*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β
Trauma złożona	0,15**	0,15*	0,12	0,06	0,09	0,06	0,05	0,05	0,17*	0,05	0,10
p	0,029	0,025	0,085	0,385	0,173	0,412	0,493	0,510	0,016	0,475	0,137
Skoryg.R²	0,02	0,02	0,01	-0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	0,02	-0,00	0,01
Trauma złożona	0,13	0,12	0,09	0,07	0,09	0,06	0,03	0,05	0,14*	0,05	0,09
Płeć	0,04	0,16*	0,20*	-0,01	0,01	-0,05	-0,05	-0,02	0,16*	-0,03	0,05
Wiek	0,13	0,20*	0,11	-0,05	0,09	-0,02	0,17	-0,02	0,16*	0,04	0,09
p	0,039	<0,001	0,003	0,741	0,340	0,717	0,069	0,885	<0,001	0,774	0,247
Skoryg.R²	0,03	0,08	0,05	-0,01	0,00	-0,01	0,02	-0,01	0,06	-0,01	0,01
f²	0,02	0,07	0,06	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,05	0,00	0,01
Trauma złożona	0,13	0,11	0,07	0,05	0,07	0,05	0,01	0,03	0,12	0,27	0,07
Płeć	0,04	0,13*	0,18**	-0,03	-0,01	-0,07	-0,08	-0,05	0,14*	-0,06	0,02
Wiek	0,14	0,16*	0,08	-0,07	0,06	-0,05	0,12	-0,06	0,13	0,00	0,04
msspsOZ	-0,08	0,14	0,03	-0,04	0,08	0,02	0,08	0,03	0,02	0,05	0,02
msspsPR	-0,06	-0,11	-0,06	-0,06	-0,06	0,01	0,00	-0,03	-0,08	-0,02	-0,05
msspsR	0,00	-0,17*	-0,18*	-0,14	-0,12	-0,12	-0,23**	-0,17	-0,14	-0,20	-0,21**
p	0,072	<0,001	0,001	0,207	0,296	0,735	0,009	0,408	<0,001	0,198	0,036
Skoryg.R²	0,03	0,10	0,08	0,01	0,01	-0,01	0,05	-0,00	0,08	0,01	0,04
f²	0,02	0,04	0,04	0,03	0,02	0,01	0,05	0,03	0,03	0,03	0,05

Adnotacja. β – Beta - standaryzowany współczynnik regresji; CBCL - Child Behaviour Checklist ; 1. – Skala Wycofania (CBCL); 2. – Skala Skargi somatyczne (CBCL); 3. – Skala Lęku i Depresji (CBCL); 4. – Skala Problemy społeczne (CBCL); 5. – Skala Zaburzenia Myślenia (CBCL); 6. – Skala Zaburzenia Uwagi (CBCL); 7. – Skala Zachowania Niedostosowane (CBCL); 8. - Skala Zachowania Agresywne (CBCL); 9. - wynik całkowity skali Internalizacyjnej (CBCL); 10. - wynik całkowity skali Esternalizacyjnej (CBCL); 11. – wynik ogólny (CBCL); MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; OZ- osoba znacząca; PR-przyjaciele; R-rodzina; *p < ,05, **p < ,01.

W tabeli 3.4.1 są zaprezentowane wyniki współczynnika standaryzowanego Beta dla modelu regresji hierarchicznej, w której predyktorami są: nasilenie traumy złożonej, płeć, wiek oraz spostrzegane wsparcia społeczne a zmienną wynikową było nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych (skala wycofania, skala skargi somatyczne,

skala lęku i depresji, skala problemy społeczne, skala zaburzenia myślenia, skala zaburzenia uwagi, skala zachowania niedostosowane, skala zachowania agresywne, skala zachowań internalizacyjnych, skala zachowań eksternalizacyjnych (CBCL); wynik ogólny nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych (CBCL).

Wyniki pokazują, że dla objawu wycofania (skala CBCL) tylko trauma złożona jest istotnie statystycznym predyktorem ($f^2=0,02$, siła efektu mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,03$). W nasileniu objawów somatycznych istotnie statystycznie są takie predyktory jak płeć, wiek oraz spostrzegane wsparcie społeczne uzyskane od rodziny, które wyjaśniają 10 % wariacji zmiennej zależnej, co stanowi mały efekt zgodnie z kryteriami Cohena (1988). Ponadto, biorąc pod uwagę wartość współczynnika standaryzowanego Beta, widzimy że mniejsze spostrzegane wsparcie uzyskane od rodziny wskazują na większe nasilenie zgłaszanych objawów somatycznych oraz zachowań niedostosowanych. Predyktorami nasilenia zachowań internalizacyjnych jest trauma złożona, płeć żeńska oraz wiek (8 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu mała - jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,04$). Większe nasilenie objawów lęku i depresji było związane z płcią żeńską, oraz mniejszym spostrzeganym wsparcia społecznego uzyskanego od rodziny (8 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu mała). Ogólne nasilenie objawów psychopatologicznych jest związane z mniejszym spostrzeganym wsparciem od rodziny, co wyjaśnia tylko 4 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała.

Wyniki współczynnika standaryzowanego Beta dla modeli regresji hierarchicznej objawów PTSD (Tabela 3.4.2) wskazują na to, że predyktorami większego nasilenia PTSD ogólnego (8 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest między małą a umiarkowaną) oraz intruzji (8 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała) jako objawu PTSD jest płeć żeńska oraz większe spostrzegane wsparcie społeczne uzyskane od osoby znaczącej i mniejsze spostrzegane wsparcie uzyskane od przyjaciół. Płeć żeńska była istotnie statystycznym predyktorem nasilenia unikania jako objawu PTSD (2 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu mała). Predyktorami pobudzenia jako objawu PTSD są większe wsparcie społeczne uzyskane od osoby znaczącej oraz mniejsze wsparcie społeczne uzyskane od przyjaciół, co odpowiada za 7% zmienności obserwowanej w zmiennej zależnej, siła efektu jest między wartością małą a umiarkowaną.

Tabela 3.4.2

Wartości standaryzowane współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej:
zmiennie zależne - objawy PTSD

	PTSD wynik ogólny	Intruzje (PTSD)	Unikanie (PTSD)	Pobudzenie (PTSD)
	β	β	β	β
Trauma złożona	0,02	-0,02	-0,00	0,06
p	0,809	0,793	0,970	0,406
Skoryg.R ²	-0,00	-0,00	-0,01	-0,00
Trauma złożona	0,01	-0,04	-0,01	0,06
Płeć	0,21**	0,19**	0,18**	0,14*
Wiek	-0,00	0,12	-0,05	-0,08
p	0,026	0,009	0,059	0,116
Skoryg.R ²	0,03	0,04	0,02	0,01
f ²	0,05	0,06	0,04	0,03
Trauma złożona	-0,00	-0,05	-0,02	0,05
Płeć	0,18**	0,16*	0,16*	0,10
Wiek	-0,03	0,10	-0,07	-0,10
mspssOZ	0,22*	0,17*	0,09	0,20*
mspssPR	-0,23**	-0,22**	-0,08	-0,28**
mspssR	-0,12	-0,12	-0,11	-0,09
p	<0,001	<0,001	0,092	0,003
Skoryg.R ²	0,08	0,08	0,02	0,07
f ²	0,07	0,06	0,02	0,07

Adnotacja. β –Beta - standaryzowany współczynnik regresji; MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; OZ- osoba znacząca; PR-przyjaciele; R-rodzina;

*p < ,05, **p < ,01.

Analiza modelu regresji hierarchicznej dla zmiennych zależnych związanych z trudnościami w zachowaniu (Tabela 3.4.3) wskazuje na to, że nasilenie trudności w zachowaniu jest związane z mniejszym spostrzeganym wsparciem społecznym uzyskanym od rodziny oraz przyjaciół i większym spostrzeganym wsparciem od osoby znaczącej, co wyjaśnia 16 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu umiarkowana. Płeć żeńska, większe spostrzeganie wsparcie społeczne uzyskane od osoby znaczącej oraz mniejsze spostrzeganie wsparcie uzyskane od rodziny i przyjaciół istotnie statystycznie nasilają symptomy emocjonalne (14 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest między małą a umiarkowaną). Nadaktywność była tym większa im mniejsze było spostrzeganie wsparcie uzyskane od rodziny (5 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu mała). Z kolei problemy z rówieśnikami są tym większe im mniejsze jest spostrzeganie

wsparcie społeczne od przyjaciół, co tłumaczy 18% rozproszenia wyników zmiennej zależnej, siła efektu mieści się między umiarkowaną a dużą. Problemy z zachowaniem nasilają się wraz z spostrzeganym wsparciem społecznym od osoby znaczącej oraz zmniejszają się wraz z wiekiem oraz większym spostrzeganym wsparciem społecznym od przyjaciół (8 % wariancji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała).

Tabela 3.4.3

Wartości standaryzowane współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy związane z trudnościami w zachowaniu (SDQ)

	Wynik ogólny (sdq)	Nadaktywność (sdq)	Symptomy emocjonalne (sdq)	Problemy z rówieśnikami (sdq)	Problemy z zachowaniem (sdq)
	β	β	β	β	β
Trauma złożona	0,03	0,07	-0,01	0,00	-0,01
p	0,633	0,299	0,887	0,955	0,872
Skoryg.R²	-0,00	0,00	-0,01	-0,01	-0,01
Trauma złożona	0,03	0,07	-0,03	-0,01	0,02
Płeć	0,17*	0,11	0,29**	0,11	-0,06
Wiek	-0,08	-0,05	-0,02	0,02	-0,23**
p	0,052	0,246	<0,001	0,436	0,007
Skoryg.R²	0,02	0,01	0,07	-0,00	0,04
<i>f²</i>	0,04	0,01	0,09	0,01	0,06
Trauma złożona	0,01	0,04	-0,04	-0,02	0,01
Płeć	0,13	0,09	0,24**	0,09	-0,09
Wiek	-0,11	-0,08	-0,06	0,04	-0,26**
mspssOZ	0,20*	0,04	0,24**	0,07	0,20*
mspssPR	-0,39**	-0,15	-0,26**	-0,48**	-0,21**
mspssR	-0,18*	-0,18*	-0,16*	-0,01	-0,12
p	<0,001	0,012	<0,001	<0,001	<0,001
Skoryg.R²	0,16	0,05	0,14	0,18	0,08
<i>f²</i>	0,18	0,06	0,09	0,24	0,06

Adnotacja. β –Beta - standaryzowany współczynnik regresji; MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; OZ- osoba znacząca; PR-przyjaciele; R-rodzina;; SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”.

*p < ,05, **p < ,01.

3.5 Analiza regresji hierarchicznej przewidujące nasilenie objawów psychopatologicznych w zależności od zmiennych związanych ze zachowaniami prospołecznymi

W kolejnym kroku została wykonana analiza modeli regresji hierarchicznej dla zachowań prospołecznych i ogólnych objawów psychopatologicznych, objawów PTSD oraz objawów związanych z trudnościami w zachowaniu. W celu analizy wrażliwości mocy statystycznej zostało wykorzystane oprogramowanie G*Power. Dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej. W analizach regresji liczebność próby umożliwia wykrycie małych efektów, na poziomie $f^2 = 0,03$ dla jednego predyktora, $f^2=0,04$ dla 3 predyktorów, $f^2=0,03$ dla 4 predyktorów. Współczynnik f^2 Cohena został obliczony za pomocą formuły dla regresji hierarchicznej.

W tabeli 3.5.1 są zaprezentowane wyniki współczynnika standaryzowanego Beta dla modelu regresji hierarchicznej z ujęciem traumy złożonej, płci, wieku oraz zachowań prospołecznych jako predyktora nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych. Wycofanie jako jedno z ogólnych objawów psychopatologicznych nasila się wraz z traumą złożoną, przy tym tylko pierwszy model regresji jest istotny statystycznie a przy kolejnych zmiana R^2 nie jest istotna statystycznie, poza tym siła efektu jest mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,03$. Trauma złożona, płeć żeńska i wiek są istotnie statystycznie predyktorami skarg somatycznych, i wyjaśniają 9% wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest między małą a umiarkowaną. Predyktorem objawów lęku i depresji jest płeć żeńska i odpowiada za 7% zmienności obserwowanej w zmiennej zależnej (siła efektu mała). Z kolei zachowanie niedostosowane nasila się wraz z wiekiem, ale siła efektu jest mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,04$. Predyktorami zachowań internalizacyjnych są trauma złożona, płeć żeńska oraz wiek, co tłumaczy 7% rozproszenia wyników zmiennej zależnej (siła efektu mała). Zachowania prospołeczne w żadnym modelu nie wystąpiło jako istotny statystycznie predyktor dla ogólnych objawów psychopatologicznych (Tabela 3.5.1).

Tabela 3.5.1

Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - ogólne objawy psychopatologiczne (CBCL)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β
Trauma złożona	0,17*	0,20**	0,14*	0,06	0,12	0,08	0,08	0,06	0,19*	0,07	0,13
p	0,017	0,004	0,046	0,358	0,084	0,276	0,242	0,360	0,005	0,285	0,056
Skoryg.R²	0,02	0,03	0,01	-0,00	0,01	0,00	0,00	-0,00	0,03	0,00	0,01
Trauma złożona	0,15*	0,16*	0,11	0,07	0,11	0,08	0,06	0,06	0,16*	0,07	0,12
Płeć	0,04	0,17*	0,21**	-0,01	0,03	-0,02	-0,03	-0,02	0,17*	-0,02	0,06
Wiek	0,13	0,20**	0,11	-0,05	0,09	-0,05	0,18*	-0,02	0,16*	0,05	0,09
p	0,022	<0,001	0,001	0,723	0,186	0,630	0,043	0,816	<0,001	0,628	0,107
Skoryg.R²	0,03	0,09	0,06	-0,01	0,01	-0,01	0,02	-0,01	0,08	-0,01	0,02
f²	0,02	0,07	0,06	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,06	0,00	0,01
Trauma złożona	0,14*	0,16*	0,11	0,06	0,10	0,08	0,06	0,06	0,16*	0,06	0,11
Płeć	0,04	0,17*	0,21**	-0,00	0,03	-0,05	-0,03	-0,01	0,17*	-0,02	0,06
Wiek	0,13	0,20**	0,12	-0,01	0,09	-0,02	0,17*	-0,03	0,16*	0,04	0,09
Zach. prospołeczne	-0,04	0,04	-0,03	-0,05	-0,04	-0,03	-0,06	-0,10	-0,02	-0,10	-0,07
p	0,043	<0,001	0,003	0,744	0,274	0,749	0,59	0,534	<0,001	0,446	0,126
Skoryg.R²	0,03	0,09	0,06	-0,01	0,01	-0,01	0,02	-0,00	0,07	-0,00	0,02
f²	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01

Adnotacja. β – Beta - standaryzowany współczynnik regresji; CBCL - Child Behaviour Checklist ; 1. – Skala Wycofania (CBCL); 2. – Skala Skargi somatyczne (CBCL); 3. – Skala Lęku i Depresji (CBCL); 4. – Skala Problemy społeczne (CBCL); 5. – Skala Zaburzenia Myślenia (CBCL); 6. – Skala Zaburzenia Uwagi (CBCL); 7. – Skala Zachowania Niedostosowane (CBCL); 8. - Skala Zachowania Agresywne (CBCL); 9. - wynik całkowity skali Internalizacyjnej (CBCL); 10. - wynik całkowity skali Esternalizacyjnej (CBCL); 11. – wynik ogólny (CBCL); Zach. – zachowania;

*p < .05, **p < .01.

Wyniki przedstawione w tabeli 3.5.2 wskazują, na to że dla modelu regresji hierarchicznej z uwzględnieniem objawów PTSD jako zmiennej zależnej oraz zachowań prospołecznych jako predyktora tylko płeć żeńska była istotnie statystycznym predyktorem nasilenia PTSD (wynik ogólny), intruzji oraz unikania jako objawów PTSD i tłumaczy od 2% do 4 % rozproszenia wyników zmiennej zależnej (siłą efektu jest mała). Zachowania prospołeczne nie występowały w danych modelach jako predyktor nasilenia objawów PTSD.

Tabela 3.5.2

Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy PTSD

	PTSD wynik ogólny	Intruzje (PTSD)	Unikanie (PTSD)	Pobudzenie (PTSD)
	β	β	β	β
Trauma złożona	0,02	-0,02	-0,01	0,06
p	0,790	0,807	0,986	0,394
Skoryg.R ²	-0,00	-0,00	-0,01	-0,00
Trauma złożona	0,01	-0,04	-0,00	0,06
Płeć	0,21**	0,20**	0,19**	0,14*
Wiek	0,00	0,12	-0,04	-0,08
p	0,019	0,007	0,048	0,096
Skoryg.R ²	0,03	0,04	0,02	0,02
f ²	0,05	0,06	0,04	0,03
Trauma złożona	0,01	-0,03	-0,00	0,06
Płeć	0,21**	-0,20**	0,19**	0,14*
Wiek	0,00	0,13	-0,04	-0,08
Zachowania prospołeczne	0,04	0,07	0,03	0,01
p	0,035	0,012	0,087	0,173
Skoryg.R ²	0,03	0,04	0,02	0,01
f ²	0,00	0,00	0,00	0,00

*p < ,05, **p < ,01.

Analiza modeli regresji hierarchicznej przedstawiona w Tabeli 3.5.3 pokazuje, że predyktorami objawów związanych z trudnościami w zachowaniu istotnie statystycznie były związane z płcią żeńską oraz mniejszym nasileniem zachowań prospołecznych, co wyjaśnia 5% wariancji zmiennej zależnej, siłą efektu jest mała. Nasilenie symptomów emocjonalnych było również związane z płcią żeńską, co tłumaczyło 7 % wariancji zmiennej zależnej, siłą efektu między wartością małą a wartością umiarkowaną. Z kolei problemy z rówieśnikami były tym większe im mniejsze nasilenie zachowań prospołecznych (7 % wariancji zmiennej zależnej, siła efektu między małą a umiarkowaną). Nasileniem problemów z zachowaniem zmniejszały się wraz z wiekiem osoby badanej. Wiek jako predyktor odpowiadał, za 4 % wariancji zmiennej zależnej, siłą efektu mała.

Tabela 3.5.3

Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy związane z trudnościami w zachowaniu

	Wynik ogólny (SDQ)	Nadaktywność (SDQ)	Symptomy emocjonalne (sdq)	Problemy z rówieśnikami (sdq)	Problemy z zachowaniem (sdq)
	β	β	β	β	β
Trauma złożona	0,04	0,08	-0,00	0,01	0,01
p	0,514	0,226	0,970	0,872	0,933
Skoryg.R ²	-0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,01
Trauma złożona	0,04	0,08	-0,02	0,00	0,03
Płeć	0,17**	0,11	0,29**	0,12	-0,06
Wiek	-0,08	-0,04	-0,02	0,03	-0,24**
p	0,044	0,205	<0,001	0,418	0,007
Skoryg.R ²	0,02	0,01	0,07	-0,00	0,04
f ²	0,04	0,01	0,09	0,01	0,06
Trauma złożona	0,03	0,06	-0,01	-0,02	0,02
Płeć	0,18**	0,12	0,29**	0,12	-0,05
Wiek	-0,09	-0,06	-0,02	0,00	-0,24
Zachowania prospołeczne	-0,17*	-0,15	0,09	-0,27**	-0,11
p	0,005	0,054	<0,001	<0,001	0,006
Skoryg.R ²	0,05	0,02	0,07	0,07	0,05
f ²	0,03	0,02	0,01	0,08	0,01

Adnotacja. SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”.

*p < ,05, **p < ,01.

3.6 Analiza regresji hierarchicznej przewidujące nasilenie objawów psychopatologicznych w zależności od zmiennych związanych ze kreatywnością

W danej części zostały przedstawione wyniki analizy modeli regresji hierarchicznej uwzględniając takie predyktory jak traumę złożoną, płeć, wiek oraz kreatywność dla zmiennych zależnych: ogólnych objawów psychopatologicznych, objawów PTSD oraz objawów związanych z trudnościami w zachowaniu. W celu analizy wrażliwości mocy statystycznej zostało wykorzystane oprogramowanie G*Power. Dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej. W analizach regresji liczebność próby umożliwia wykrycie małych efektów, na poziomie $f^2 = 0,03$ dla

jednego predyktora, $f^2=0,04$ dla 3 predyktorów, $f^2=0,05$ dla 7 predyktorów. Współczynnik f^2 Cohena został obliczony za pomocą formuły dla regresji hierarchicznej.

Istotnie statystycznymi predyktorami nasilenia objawu wycofania były wiek oraz kreatywność mechaniczna (Tabela 3.6.1), co tłumaczyło 4 % wariacji zmiennej zależnej, siłą efektu mała. Objawy skarg somatycznych nasilały się wraz z traumą złożoną, wiekiem oraz płcią żeńską (6 % wariacji zmiennej zależnej, siłą efektu mała).

Tabela 3.6.1

Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - ogólne objawy psychopatologiczne

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β
Trauma złożona	0,15*	0,15*	0,12	0,06	0,10	0,01	0,05	0,05	0,17*	0,05	0,10
p	0,029	0,026	0,085	0,385	0,173	0,412	0,493	0,510	0,016	0,475	0,137
Skoryg.R²	0,02	0,02	0,01	-0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	0,02	-0,00	0,01
Trauma złożona	0,14	0,12	0,09	0,07	0,09	0,06	-0,03	0,05	0,14*	0,05	0,09
Płeć	0,04	0,16*	0,20**	-0,01	0,01	-0,05	-0,05	-0,02	0,16*	-0,03	0,05
Wiek	0,13	0,20**	0,11	-0,05	0,08	-0,02	0,17*	-0,02	0,16*	0,04	0,09
p	0,039	<0,001	0,003	0,741	0,340	0,717	0,069	0,885	<0,001	0,774	0,247
Skoryg.R²	0,03	0,08	0,05	-0,01	0,00	-0,01	0,02	-0,01	0,06	-0,01	0,01
f²	0,02	0,07	0,06	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,05	0,00	0,01
Trauma złożona	0,13	0,12	0,10	0,08	0,10	0,07	0,04	0,06	0,14*	0,06	0,10
Płeć	0,11	0,17*	0,20*	-0,09	-0,03	-0,08	-0,08	-0,07	0,19*	-0,07	0,02
Wiek	0,13	0,21**	0,10	-0,06	0,08	-0,03	0,16*	-0,04	0,16*	0,03	0,07
Kr. Mech.	0,17*	0,04	-0,00	-0,12	-0,08	-0,04	-0,07	-0,11	0,07	-0,10	-0,05
Kr. Codz.	-0,14	-0,04	-0,23**	-0,06	-0,15	-0,13	-0,15	-0,06	-0,19*	-0,09	-0,17
Kr. Wykon.	-0,00	-0,00	0,05	-0,17*	0,04	0,04	0,07	0,08	0,02	0,08	0,05
Kr. Art.	-0,07	0,05	0,02	0,10	0,14	0,03	0,04	0,02	-0,01	0,03	0,00
p	0,030	0,005	0,001	0,053	0,159	0,524	0,101	0,837	0,002	0,707	0,164
Skoryg.R²	0,04	0,06	0,08	0,03	0,02	-0,00	0,02	-0,02	0,08	-0,01	0,02
f²	0,04	0,00	0,05	0,06	0,04	0,02	0,02	0,01	0,03	0,02	0,03

Adnotacja. CBCL - Child Behaviour Checklist ; 1. - Skala Wycofania (CBCL); 2. - Skala Skargi somatyczne (CBCL); 3. - Skala Lęku i Depresji (CBCL); 4. - Skala Problemy społeczne (CBCL); 5. - Skala Zaburzenia Myślenia (CBCL); 6. - Skala Zaburzenia Uwagi (CBCL); 7. - Skala Zachowania Niedostosowane (CBCL); 8. - Skala Zachowania Agresywne (CBCL); 9. - wynik całkowity skali Internalizacyjnej (CBCL); 10. - wynik całkowity skali Esternalizacyjnej (CBCL); 11. - wynik ogólny (CBCL); Kr.-kreatywność; Mech.- mechaniczna; Codz.-codzienna; Wykon.-wykonawcza; Art.-artystyczna

*p < .05, **p < .01.

Z kolei, płęć żeńska jest powięzana z nasileniem objawów lęku i depresji, kiedy kreatywność codzienna ich zmniejsza, co odpowiada za 8 % wariacji zmiennej zależnej, a siła efektu jest pomiędzy mała a umiarkowaną. Problemy społeczne były wyjaśniane przez niższą kreatywność wykonawczą, co wyjaśniało tylko 3 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu mała. Wiek jest istotnie statystycznym predyktorem nasilenia objawów zachowań niedostosowanych (2 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,04$). Zachowania internalizacyjne były wyjaśnione przez traumę złożoną, płęć żeńską, wiek oraz mniejszą spostrzeganą kreatywność codzienną, co odpowiadało za 8 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała i dla 7 predyktorów jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$.

Tabela 3.6.2

Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy PTSD

	PTSD wynik ogólny	Intruzje (PTSD)	Unikanie (PTSD)	Pobudzenie (PTSD)
	β	β	β	β
Trauma złożona	0,02	-0,02	-0,00	0,06
p	0,809	0,793	0,970	0,406
Skoryg.R ²	-0,00	-0,00	-0,01	-0,00
Trauma złożona	0,01	-0,04	-0,01	0,06
Płęć	0,21*	0,19*	0,18*	0,14*
Wiek	-0,00	0,12	-0,05	-0,08
p	0,026	0,009	0,059	0,116
Skoryg.R ²	0,03	0,04	0,02	0,01
f^2	0,05	0,06	0,04	0,03
Trauma złożona	0,01	-0,03	-0,01	0,07
Płęć	0,20*	0,16*	0,18*	0,12
Wiek	0,01	0,13	-0,04	-0,06
Kr. Mechaniczna	0,01	-0,08	0,08	0,02
Kr. Codzienna	-0,08	-0,07	-0,10	-0,02
Kr. Wykonawcza	-0,03	0,15*	-0,17*	-0,05
Kr. Artystyczna	0,17*	0,14	-0,08	0,20*
p	0,028	0,004	0,015	0,050
Skoryg.R ²	0,04	0,07	0,05	0,03
f^2	0,03	0,05	0,05	0,04

Adnotacja. Kr.-kreatywność; Mech.- mechaniczna; Codz.-codzienna; Wykon. -wykonawcza; Art.-artystyczna
*p < ,05, **p < ,01.

Wyniki przedstawione w tabeli 3.6.2 wskazują na to, że płęć żeńska oraz większa spostrzegana kreatywność artystyczna są istotnie statystycznie predyktorami PTSD (4% wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała i dla 7 predyktorów jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$).

Z kolei, predyktorami Intruzji jako objawu PTSD są płęć żeńska większa kreatywność wykonawcza, co tłumaczy 7 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu mała. Unikanie jako objaw PTSD był wyjaśniony przez płęć żeńską oraz mniejszą kreatywność wykonawczą, co wyjaśnia 6 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu mała. Większa kreatywność artystyczna nasilała objawy pobudzenia (3 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$).

Tabela 3.6.3

Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy związane z trudnościami w zachowaniu

	Wynik ogólny (SDQ)	Nadaktywność (SDQ)	Symptomy emocjonalne (sdq)	Problemy z rówieśnikami (sdq)	Problemy z zachowaniem (sdq)
	β	β	β	β	β
Trauma złożona	0,03	0,07	-0,01	0,00	-0,01
p	0,633	0,299	0,877	0,955	0,872
Skoryg.R ²	-0,00	0,00	-0,01	-0,01	-0,01
Trauma złożona	0,03	0,07	-0,03	-0,01	0,02
Płęć	0,17*	0,11	0,28**	0,11	-0,06
Wiek	-0,08	-0,05	-0,02	-0,02	-0,23**
p	0,052	0,246	<0,001	0,436	0,007
Skoryg.R ²	0,02	0,01	0,07	-0,00	0,04
f^2	0,04	0,01	0,09	0,01	0,06
Trauma złożona	0,04	0,08	-0,01	-0,01	0,02
Płęć	0,16*	0,09	0,23**	0,17	-0,05
Wiek	-0,06	-0,05	-0,01	0,05	-0,21**
Kr. Mechaniczna	0,04	-0,03	-0,06	0,20*	0,04
Kr. Codzienna	-0,15*	-0,16*	-0,01	-0,14	-0,10
Kr. Wykonawcza	-0,10	-0,01	-0,10	-0,21**	0,01
Kr. Artystyczna	0,23**	0,12	0,23**	0,12	0,17*
p	0,002	0,133	<0,001	0,002	0,006
Skoryg.R ²	0,07	0,02	0,10	0,07	0,06
f^2	0,08	0,03	0,05	0,10	0,04

Adnotacja. SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”; Kr.-kreatywność; Mech.- mechaniczna; Codz.-codzienna; Wykon.-wykonawcza; Art.-artystyczna

*p < ,05, **p < ,01.

Analiza modelu regresji hierarchicznej dla objawów związanych z trudnościami w zachowaniu ze predyktorami spostrzeganej kreatywności dziecka wskazuje na to, że większa kreatywność artystyczna i mniejsza kreatywność codzienna oraz płć żeńska nasilają objawy związane z trudnościami w zachowaniu (Tabela 3.6.3), co odpowiada za 7 % wariacji zmiennej zależnej, siłą efektu jest między małą a umiarkowaną. Z kolei, nadaktywność jest związana z mniejszą spostrzeganą kreatywnością codzienną (2 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała i dla 7 predyktorów jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$). Predyktorami nasilenia symptomów emocjonalnych były płć żeńska oraz większa kreatywność artystyczna, co wyjaśniało 10 % wariacji zmiennej zależnej, siłą efektu mała. Problemy z rówieśnikami były wyjaśniane przez takie predyktory jak mniejszą kreatywność mechaniczną oraz większą kreatywność artystyczną – 7 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu pomiędzy małą a umiarkowaną, bliżej do umiarkowanej. Problemy z zachowaniem były związane z ujemnie z wiekiem oraz dodatnio z kreatywnością artystyczną, co odpowiadało za 6 % wariacji zmiennej zależnej (siła efektu jest mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$).

3.7 Analiza regresji hierarchicznej przewidujące nasilenie objawów psychopatologicznych w zależności od zmiennych związanych ze wsparciem społecznym, zachowaniami prospołecznymi i kreatywnością

W kolejnym kroku do modelu regresji hierarchicznej po kolei zostały wprowadzone wszystkie zmienne niezależne w celu sprawdzenia efektów prostych dla predyktorów nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych, objawów PTSD oraz objawów związanych z trudnościami w zachowaniu. W celu analizy wrażliwości mocy statystycznej zostało wykorzystane oprogramowanie G*Power. Dla poziomu istotności $\alpha = 0,05$, zgodnie z zaleceniami Cohena (1988), w przeprowadzonych analizach przyjęto wartość 0,80 jako minimalny, akceptowalny poziom mocy statystycznej. W analizach regresji liczebność próby umożliwia wykrycie małych efektów, na poziomie $f^2 = 0,03$ dla jednego predyktora, $f^2=0,04$ dla 3 predyktorów, $f^2=0,04$ dla 6 predyktorów, $f^2=0,05$ dla 7 predyktorów, $f^2=0,05$ dla 11 predyktorów. Współczynnik f^2 Cohena został obliczony za pomocą formuły dla regresji hierarchicznej.

Wyniki przedstawione w tabeli 3.7.1 wskazują na to, że objawy wycofania są nasilone przez traumę złożoną, gdyż tylko pierwszy model jest istotny statystycznie i odpowiada za 2 % wariacji zmiennej zależnej ($f^2=0,02$, siła efektu mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,03$). Skargi somatyczne były wyjaśnione przez takie predyktory jak starszy wiek, płeć żeńską oraz mniejsze spostrzegane wsparcie uzyskane od rodziny, co wyjaśnia 10 % wariacji zmiennej zależnej (siła efektu mała). Z kolei, nasilenie objawów lęku i depresji zależały od płci żeńskiej, mniejszego spostrzeganego wsparcia uzyskanego od rodziny oraz mniejszej spostrzeganego kreatywności codziennej, co tłumaczy 9 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$.

Tabela 3.7.1

Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - ogólne objawy psychopatologiczne

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
	β	β	β	β	B	β	β	β	β	β	β
Trauma zł.	0,15*	0,15*	0,12	0,06	0,09	0,06	0,05	0,46	0,16*	0,05	0,10
p	0,029	0,026	0,085	0,385	0,173	0,412	0,493	0,510	0,016	0,475	0,137
Skoryg.R ²	0,02	0,02	0,01	-0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	0,02	-0,00	0,01
Trauma zł.	0,14	0,12	0,09	0,07	0,09	0,06	0,03	0,05	0,14*	0,05	0,09
Płeć	0,03	0,16*	0,20*	-0,01	0,01	-0,05	-0,05	-0,02	0,16*	-0,03	0,05
Wiek	0,13	0,20**	0,11	-0,05	0,09	-0,02	0,18*	-0,02	0,16*	0,04	0,09
p	0,039	<0,001	0,003	0,741	0,340	0,717	0,069	0,885	<0,001	0,774	0,247
Skoryg.R ²	0,03	0,07	0,05	-0,01	0,00	-0,01	0,02	-0,01	0,06	-0,01	0,01
f^2	0,02	0,08	0,05	0,00	0,01	0,00	0,04	0,00	0,06	0,00	0,01
Trauma zł.	0,13	0,11	0,07	0,04	0,07	0,05	0,13	0,03	0,12	0,03	0,07
Płeć	0,04	0,12*	0,18*	-0,03	-0,01	-0,07	-0,08	-0,05	0,14*	-0,06	0,02
Wiek	0,13	0,16*	0,08	-0,07	0,06	-0,05	0,12	-0,06	0,13	0,00	0,04
mspssOZ	-0,08	0,14	0,03	-0,04	0,08	0,02	0,08	0,03	0,02	0,05	0,02
mspssPR	-0,06	-0,11	-0,06	-0,06	-0,08	0,01	0,00	-0,03	-0,08	-0,02	-0,05
mspssR	-0,00	-0,17*	-0,18*	-0,14	0,12	-0,11	-0,23**	-0,17*	-0,14	-0,20	-0,20*
P	0,072	<0,001	0,001	0,207	0,296	0,735	0,009	0,408	<0,001	0,198	0,036
Skoryg.R ²	0,03	0,10	0,08	0,01	0,01	-0,01	0,05	0,00	0,08	0,01	0,04
f^2	0,02	0,04	0,04	0,04	0,02	0,01	0,05	0,03	0,03	0,04	0,05

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
	β	β	β	β	B	β	β	β	β	β	β
Trauma zł.	0,13	0,11	0,07	0,04	0,07	0,05	0,01	0,03	0,12	0,02	0,07
Płeć	0,04	0,13*	0,17*	-0,03	-0,01	-0,07	-0,08	-0,04	0,14*	-0,06	0,02
Wiek	0,14	0,17*	0,08	-0,07	0,06	-0,05	0,12	-0,06	0,13	-0,00	0,04
mspssOZ	-0,08	0,14	0,03	-0,04	0,08	0,03	0,08	0,03	0,02	0,05	0,03
mspssPR	-0,06	-0,12	-0,06	-0,07	-0,07	0,01	0,01	-0,01	-0,08	-0,00	-0,04
mspssR	-0,00	-0,18*	-0,18*	-0,14	-0,12	-0,11	-0,22**	-0,15*	-0,14	-0,19	-0,20*
Zach. prospołeczne	-0,01	0,08	0,01	0,00	-0,03	-0,01	-0,05	-0,09	0,02	-0,08	-0,04
p	0,116	<0,001	0,003	0,296	0,389	0,826	0,015	0,370	0,002	0,201	0,057
Skoryg.R ²	0,02	0,10	0,07	0,01	0,00	-0,02	0,05	0,00	0,07	0,01	0,03
f ²	0	0,01	0,00	0	0,00	0	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00
Trauma zł.	0,12	0,11	0,09	0,07	0,09	0,07	0,02	0,03	0,13	0,03	0,08
Płeć	0,11	0,14	0,18*	-0,10	-0,05	-0,09	-0,10	-0,07	0,17*	-0,08	0,00
Wiek	0,14*	0,18*	0,07	-0,08	0,05	-0,05	0,11	-0,07	0,14	-0,01	0,04
mspssOZ	-0,07	0,15	0,06	0,01	0,10	0,07	0,10	0,02	0,05	0,05	0,06
mspssPR	-0,05	-0,12	-0,04	-0,08	-0,06	0,02	0,02	-0,00	-0,07	0,01	-0,03
mspssR	-0,01	-0,18*	-0,16*	-0,14	-0,09	-0,01	-0,20**	-0,14	-0,14	-0,17	-0,19*
Zach. Prospołeczne	0,02	0,09	0,07	0,04	0,01	0,04	-0,01	-0,10	0,07	-0,08	0,00
Kr. Mech.	0,17*	0,06	0,02	-0,10	-0,07	-0,03	-0,04	-0,10	0,09	-0,08	-0,03
Kr. Codz.	-0,11	-0,03	-0,22*	-0,03	-0,14	0,14	-0,13	0,01	-0,17*	-0,04	-0,13
Kr. Wykon.	0,00	0,04	0,02	-0,20*	0,13	-0,06	0,03	0,07	-0,01	0,06	0,04
Kr. Art.	-0,07	-0,04	0,01	-0,09	0,02	0,03	0,04	0,00	0,00	0,01	-0,02
p	0,095	0,001	0,002	0,069	0,284	0,675	0,044	0,596	0,003	0,423	0,113
Skoryg.R ²	0,03	0,09	0,09	0,04	0,01	-0,01	0,04	-0,01	0,08	0,00	0,03
f ²	0,03	0,01	0,04	0,05	0,03	0,03	0,02	0,01	0,03	0,01	0,02

Adnotacja. CBCL - Child Behaviour Checklist ; 1. - Skala Wycofania (CBCL); 2. - Skala Skargi somatyczne (CBCL); 3. - Skala Lęku i Depresji (CBCL); 4. - Skala Problemy społeczne (CBCL); 5. - Skala Zaburzenia Myślenia (CBCL); 6. - Skala Zaburzenia Uwagi (CBCL); 7. - Skala Zachowania Niedostosowane (CBCL); 8. - Skala Zachowania Agresywne (CBCL); 9. - wynik całkowity skali Internalizacyjnej (CBCL); 10. - wynik całkowity skali Eksternalizacyjnej (CBCL); 11. - wynik ogólny (CBCL); Trauma zł. - trauma złożona; MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; OZ- osoba znacząca; PR-przyjaciele; R-rodzina; Zach. - Zachowanie ; Kr.-kreatywność; Mech.- mechaniczna; Codz.-codzienna; Wykon.-wykonawcza; Art.-artystyczna

*p < .05, **p < .01.

W przypadku problemów społecznych, zaburzeń myślenia i uwagi żaden model nie jest istotny statystycznie. Predyktorem nasilenia zachowań niedostosowanych jest mniejsze spostrzegane wsparcie społeczne uzyskane od rodziny, co odpowiada 5 % wariancji zmiennej zależnej, siła efektu mała.

Z kolei, żaden model nie jest istotny statystycznie dla zależnej zachowania agresywne. Predyktorami zachowań internalizacyjnych są płeć żeńska oraz mniejsza kreatywność codzienna, co wyjaśnia 8 % wariancji zmiennej, siła efektu jest mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$. Również dla zachowań eksternalizacyjnych żaden z przedstawionych modeli nie jest istotny statystycznie. Nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych jest związany z mniejszym spostrzeganym wsparciem społecznym od rodziny, co tłumaczy 4 % wariancji zmiennej zależnej, siła efektu mała.

Analiza modeli regresji hierarchicznej dla zmiennych niezależnych oraz objawów PTSD (Tabela 3.7.2) wskazują na to, że istotnie statystycznie predyktorami nasilenia PTSD są płeć żeńska, większe spostrzegane wsparcie społeczne od osoby znaczącej, mniejsze spostrzegane wsparcie od przyjaciół oraz większa kreatywność artystyczna, co odpowiada za 9 % wariancji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$.

Tabela 3.7.2

Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy PTSD

	PTSD wynik ogólny	Intruzje (PTSD)	Unikanie (PTSD)	Pobudzenie (PTSD)
	B	β	β	β
Trauma zł.	0,02	-0,02	-0,00	0,06
p	0,809	0,793	0,970	0,406
Skoryg.R ²	-0,00	-0,00	-0,01	-0,00
Trauma zł.	0,01	-0,04	-0,01	0,06
Płeć	0,21**	0,19**	0,18**	0,14*
Wiek	-0,00	0,12	-0,05	-0,08
p	0,026	0,009	0,059	0,116
Skoryg.R ²	0,03	0,04	0,02	0,01
f^2	0,05	0,06	0,04	0,02
Trauma zł.	-0,01	-0,05	-0,02	0,05
Płeć	0,17*	0,16*	0,16*	0,10
Wiek	-0,03	0,10	-0,07	-0,10
mspssOZ	0,19*	0,17*	0,09	0,20*
mspssPR	-0,24**	-0,22**	-0,08	-0,28**
mspssR	-0,13	-0,12	-0,11	-0,09
P	<0,001	<0,001	0,092	0,003
Skoryg.R ²	0,08	0,08	0,02	0,07
f^2	0,07	0,06	0,02	0,07
Trauma zł.	0,00	-0,04	-0,02	0,05
Płeć	0,17*	0,15*	0,16*	0,10
Wiek	-0,03	0,11	-0,07	-0,10
mspssOZ	0,18*	0,16*	0,09	0,20*
mspssPR	-0,26**	-0,25**	-0,09	-0,29**
mspssR	-0,14	-0,14	-0,11	-0,10
Zach. prospołeczne	0,09	0,12	0,05	0,05
p	0,001	<0,001	0,127	0,004
Skoryg.R ²	0,08	0,09	0,02	0,06
f^2	0,01	0,01	0,00	0,00

	PTSD wynik ogólny	Intruzje (PTSD)	Unikanie (PTSD)	Pobudzenie (PTSD)
	B	β	β	β
Trauma zł.	0,01	-0,03	-0,00	0,06
Płeć	0,16*	0,13	0,16*	0,09
Wiek	-0,01	0,12	-0,06	-0,07
mspssOZ	0,20*	0,14	0,15	0,20*
mspssPR	-0,26**	-0,23**	-0,10	-0,29**
mspssR	-0,13	-0,12	-0,11	-0,10
Zach.	0,10	0,11	0,11	0,04
Prospoleczne				
Kr. Mech.	0,02	-0,06	0,08	0,03
Kr. Codz.	-0,06	-0,05	-0,13	0,02
Kr. Wykon.	-0,07	0,12	-0,20*	-0,09
Kr. Art.	0,17*	0,13	0,08	0,20**
p	0,001	<0,001	0,014	0,002
Skoryg.R²	0,09	0,10	0,06	0,09
f²	0,03	0,04	0,06	0,04

Adnotacja. Trauma zł. – trauma złożona; MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; OZ- osoba znacząca; PR-przyjaciele; R-rodzina; Zach. - Zachowanie ; Kr.-kreatywność; Mech.- mechaniczna; Codz.- codzienna; Wykon.-wykonawcza; Art.-artystyczna

*p < .05, **p < .01.

Nasilenia Intruzji jako objawu PTSD było wyjaśniane przez takie predyktory jak płeć żeńska, mniejsze spostrzegane wsparcie od przyjaciół, większe spostrzegane wsparcie od osoby znaczącej, co tłumaczy 9 % wariacji zmiennej zależnej. Jednak po wprowadzeniu predyktorów związanych z kreatywnością, tylko mniejsze spostrzegane wsparcie uzyskane od przyjaciół pozostaje istotnie statystycznym predyktorem nasilenia Intruzji jako objawu PTSD, siłą efektu mała. Istotnie statystycznymi predyktorami Unikanie jako objawu PTSD są płeć żeńska oraz mniejsza kreatywność wykonawcza, co wyjaśnia 6 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu mała. Z kolei nasilenia Pobudzenie jako objawu PTSD jest związane z mniejszym spostrzeganym wsparciem od przyjaciół, większym spostrzeganym wsparciem od osoby znaczącej oraz większą kreatywność artystyczną, co tłumaczy 9 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała i jest poniżej minimalnego efektu wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$.

W dalszej części zostały przeanalizowane modele regresji hierarchicznej dla zmiennych niezależnych a objawów związanych z trudnościami w zachowaniu. Wyniki przedstawione w Tabeli 3.7.3 wskazują na to, że predyktorami nasilenia objawów związanych z trudnościami w zachowaniu były mniejsze spostrzegane wsparcie od przyjaciół, mniejsze spostrzegane wsparcie od rodziny, większe spostrzegane wsparcie od osoby znaczącej, mniejsza kreatywność wykonawcza oraz większa kreatywność artystyczna, co odpowiada za 20 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest pomiędzy mała a umiarkowaną. Jednak po wprowadzeniu do trzeciego modelu predyktorów

dotyczących spostrzeganego wsparcia społecznego (spoztrzegane wsparcie od osoby znaczącej, spostrzeganie wsparcie od rodziny i spostrzeganie wsparcie od przyjaciół) mamy 16 % wyjaśnionej wariancji objawów związanych z trudnościami w zachowaniu i siłą efektu jest umiarkowana.

Nadaktywność była wyjaśniona mniejszym spostrzeganym wsparciem od rodziny, co odpowiada 5 % wariancji zmiennej zależnej, siła efektu mała. Predyktorami symptomów emocjonalnych są płeć żeńska, większe spostrzeganie wsparcie od osoby znaczącej, mniejsze spostrzeganie wsparcie od przyjaciół i rodziny, mniejsza kreatywność wykonawcza oraz większa kreatywność artystyczna, większe zachowania prospołeczne, co tłumaczy 19 % wariancji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała.

Tabela 3.7.3

Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy związane z trudnościami w zachowaniu

	Wynik ogólny (SDQ)	Nadaktywność (SDQ)	Symptomy emocjonalne (sdq)	Problemy z rówieśnikami (sdq)	Problemy z zachowaniem (sdq)
	β	β	β	β	β
Trauma zł.	0,03	0,07	-0,01	0,00	-0,01
p	0,633	0,299	0,877	0,955	0,872
Skoryg.R ²	-0,00	0,00	-0,01	-0,01	-0,01
Trauma zł.	0,03	0,07	-0,03	-0,01	0,02
Płeć	0,17*	0,11	0,28**	0,11	-0,06
Wiek	-0,08	-0,05	-0,02	0,02	-0,23**
p	0,052	0,246	<0,001	0,436	0,007
Skoryg.R ²	0,02	0,01	0,07	-0,00	0,04
f ²	0,04	0,02	0,11	0,02	0,06
Trauma zł.	0,01	0,04	-0,04	-0,02	0,01
Płeć	0,12	0,09	0,24**	0,09	-0,09
Wiek	-0,11	-0,08	-0,06	0,04	-0,26**
mspssOZ	0,19*	0,04	0,24*	0,07	0,20*
mspssPR	-0,38**	-0,15	-0,26**	-0,47**	-0,21*
mspssR	-0,18**	-0,18*	-0,16*	-0,01	-0,12
P	<0,001	0,012	<0,001	<0,001	<0,001
Skoryg.R ²	0,16	0,05	0,14	0,18	0,08
f ²	0,18	0,06	0,10	0,28	0,06

	Wynik ogólny (SDQ)	Nadaktywność (SDQ)	Symptomy emocjonalne (sdq)	Problemy z rówieśnikami (sdq)	Problemy z zachowaniem (sdq)
	β	β	β	β	β
Trauma zł.	0,01	0,04	-0,03	-0,03	0,01
Płeć	0,13*	0,09	0,23**	0,10	-0,09
Wiek	-0,12	-0,08	-0,05	0,03	-0,26**
mspssOZ	0,20*	0,05	0,23*	0,08	0,21*
mspssPR	-0,37**	-0,13	-0,29**	-0,44**	-0,20*
mspssR	-0,17*	-0,16*	-0,19*	0,02	-0,11
Zach. prospołeczne	-0,08	-0,08	0,15*	-0,18*	-0,07
p	<0,001	0,014	<0,001	<0,001	0,001
Skoryg.R²	0,16	0,05	0,15	0,21	0,08
f²	0,01	0,01	0,03	0,04	0,00
Trauma zł.	0,01	0,05	-0,02	-0,04	0,01
Płeć	0,12	-0,08	0,18*	0,15*	-0,08
Wiek	-0,09	-0,08	-0,03	0,06	-0,24**
mspssOZ	0,22**	0,06	0,26**	0,11	0,21*
mspssPR	-0,37**	-0,13	-0,30**	-0,46**	-0,19*
mspssR	-0,17*	-0,15*	-0,19**	-0,00	-0,10
Zach. Prospołeczne	-0,06	-0,06	0,16*	-0,17*	-0,07
Kr. Mech.	0,06	-0,01	-0,04	-0,22*	0,05
Kr.Codz.	-0,04	-0,08	0,01	0,02	-0,05
Kr.Wykon.	-0,15*	-0,03	-0,16*	-0,23**	-0,02
Kr. Art.	0,21**	0,11	0,23**	-0,10	0,17*
p	<0,001	0,040	<0,001	<0,001	0,001
Skoryg.R²	0,20	0,04	0,19	0,27	0,09
f²	0,07	0,01	0,07	0,10	0,04

Adnotacja. SDQ - Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”; Trauma zł. – trauma złożona; MSPSS - Wielofunkcyjna Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego; OZ- osoba znacząca; PR-przyjaciele; R-rodzina; Zach. - Zachowanie ; Kr.-kreatywność; Mech.- mechaniczna; Codz.-codzienna; Wykon.-wykonawcza; Art.-artystyczna

*p < .05, **p < .01.

27 % wariacji zmiennej problemy z rówieśnikami są wyjaśniane przez płeć żeńską, mniejsze spostrzeganie wsparcie od przyjaciół, mniejsze zachowań prospołecznych oraz mniejszą kreatywność mechaniczną i wykonawczą, siłą efektu jest pomiędzy małą a umiarkowaną. Jednak warto zauważyć, że po wprowadzenie do trzeciego modelu predyktora spostrzeganie wsparcie od przyjaciół mamy 8 % wyjaśnionej wariacji zmiennej problemy z rówieśnikami, a siła efektu jest pomiędzy umiarkowaną a duża, bliżej do dużej. Nasilenie problemów z zachowaniem zależało od starszego wieku, mniejszego spostrzeganego wsparcia społecznego od przyjaciół, ale większego wsparcia społecznego od osoby znaczącej oraz większej kreatywności artystycznej, co wyjaśnia 9 % wariacji zmiennej zależnej, siła efektu jest mała i jest poniżej minimalnego efekt wykrywalnego przy założonej mocy statystycznej $f^2=0,05$.

3.8 Analizy mediacyjne dla zmiennych niezależnych w relacji między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi

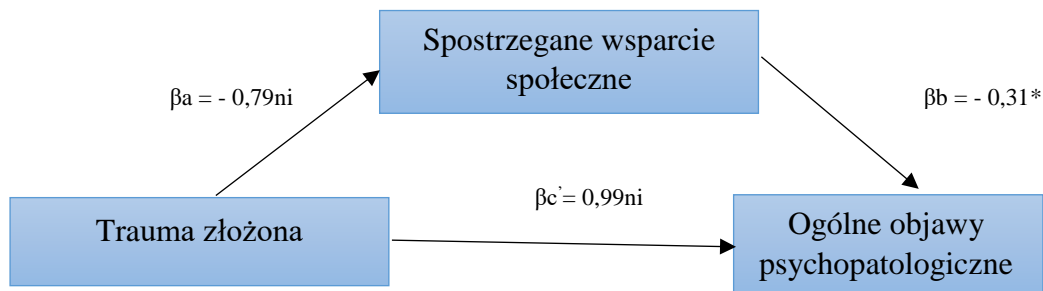
W celu odpowiedzi na pytania badawcze dotyczące roli mediacyjnej spostrzeganego wsparcia społecznego, zachowań prospołecznych oraz kreatywności przeprowadzono serię analiz mediacyjnych, które okazały się nieistotne statystycznie. Dla celów poglądowych w tym rozdziale zostały zaprezentowane analizy mediacyjne dotyczące roli spostrzeganego wsparcia społecznego (wynik ogólny), zachowań prospołecznych oraz kreatywności (wynik ogólny) w relacji między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi. Do analizy mediacyjnej był brany pod uwagę tylko wynik ogólny kwestionariusza CBCL, co wskazuje na nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, gdyż dawał bardziej obszerną informację dotyczącą objawów psychopatologicznych w porównaniu do skali PTSD oraz kwestionariusz SDQ. Ponadto kwestionariusz CBCL był wypełniany przez wychowawców prowadzących wychowanka, kiedy skala PTSD oraz kwestionariusz SDQ był wypełniany przez samego wychowanka.

W przypadku analizy mediacyjnej spostrzeganego wsparcia społecznego w związku między traumą złożoną oraz ogólnymi objawami psychopatologicznymi została również przedstawiona analiza mediacyjna dla spostrzeganego wsparcia uzyskanego od rodziny, jako mediatora, która została wykonana w celach eksploracyjnych.

3.8.1 Mediacyjna rola spostrzeganego wsparcia społecznego w relacji między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi

Została dokonana analiza mediacyjnej roli spostrzeganego wsparcia społecznego w interakcji między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych. Dana analiza została wykonana na podstawie procedury *bootstrappingu* autorstwa Preacher i Hayes (2008), poprzez pobranie 5000 próbek *bootstrap*.

Jako zmienna wyjaśniająca (X) została wprowadzona trauma złożona, zmienną wyjaśnianą (Y) są ogólne objawy psychopatologiczne, z kolei jako mediator (M) został wprowadzony ogólny wynik spostrzeganego wsparcia społecznego. Wyniki zostały zaprezentowane na rys. 3.8.1.1.



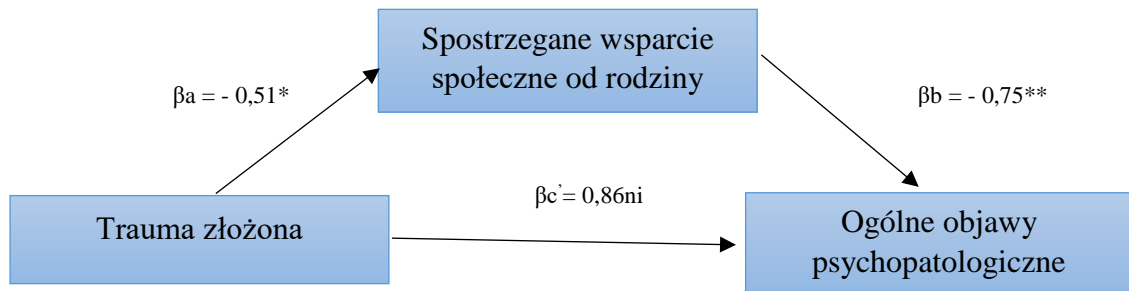
* $p < 0,05$; ni = nieistotny statystycznie

Rysunek 3.8.1.1

Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz postrzeganym wsparciem społecznym jako mediatorem

Dane wyniki (Rys.3.8.1.1) pokazują, że trauma złożona nie jest związana istotnie statystycznie ze zmienną postrzegane wsparcie społeczne. Z kolei postrzegane wsparcie społeczne w sposób istotny statystycznie oddziałuje na nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych. Trauma złożona nie wpływa istotnie statystycznie na ogólne objawy psychopatologiczne. Efekt pośredni (mediacja) również okazał się nieistotny statystycznie, biorąc pod uwagę, że przedział ufności dla oszacowanego efektu ($\beta = 0,25$) obejmował zero (CI 95%: -0,0335 do 0,7422). Dane wyniki wskazują na brak efektu mediacji postrzeganego wsparcia społecznego w relacji trauma złożona a nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych.

W dalszej analizie w celach eksploracyjnych, biorąc pod uwagę wyniki analizy korelacji między zmiennymi oraz regresji hierarchicznej, jako mediator w relacji trauma złożona a nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych, zostało wprowadzone postrzegane wsparcie społeczne od rodziny. Wyniki są przedstawione na rysunku 3.8.1.2.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ni = nieistotny statystycznie

Rysunek 3.8.1.2

Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz spostrzeganym wsparciem społecznym od rodziny jako mediatorem

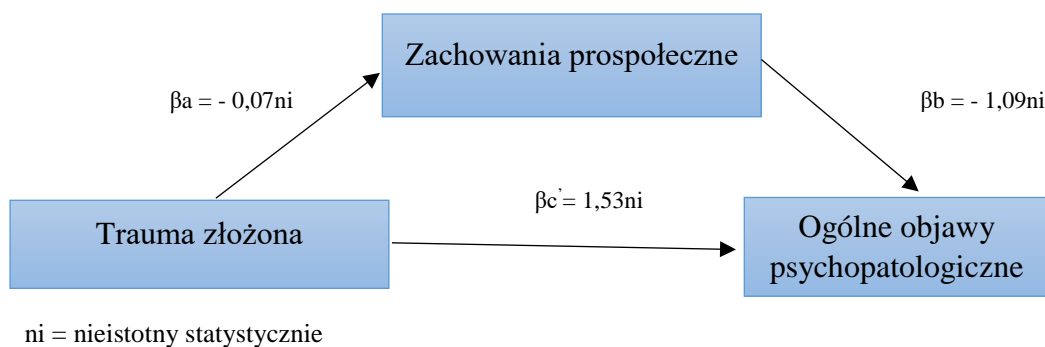
Przedstawione wyniki (Rys. 3.8.1.2) wskazują, że trauma złożona istotnie statystycznie wpływa na spostrzegane wsparcie społeczne od rodziny, czyli im większe doświadczenie traumy złożonej tym mniejsze jest spostrzegane wsparcie społeczne od rodziny. Spostrzegane wsparcie społeczne od rodziny w sposób istotny statystycznie oddziałuje na nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, co znaczy, że większe spostrzegane wsparcie od rodziny zmniejsza nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych. Efekt pośredni (mediacja) jest istotny statystycznie, biorąc pod uwagę, że przedział ufności dla oszacowanego efektu ($\beta = 0,38$) nie obejmował zero (CI 95%: od 0,0275 do 0,9047). Dane wyniki wskazują na to, że spostrzegane wsparcia społeczne od rodziny pośredniczy w relacji trauma złożona a nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych, co świadczy o pełnej mediacji, biorąc pod uwagę, że efekt bezpośredni nie jest istotny statystycznie.

Podsumowując, spostrzegane wsparcie społeczne nie pełni rolę mediatora w związku między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych. Jednak spostrzegane wsparcie społeczne od rodziny pełni rolę mediatora w związku między traumą złożoną a ogólne objawy psychopatologiczne, co wskazuje na to, że trauma złożona obniża spostrzegane wsparcie od rodziny, z kolei niższe spostrzegane wsparcie od rodziny nasila ogólne objawy psychopatologiczne.

3.8.2 Analiza mediacyjna roli zachowań prospołecznych w relacji między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych

W celu sprawdzenia dalszych hipotez została dokonana analiza mediacyjnej roli zachowań prospołecznych w interakcji między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych. Dana analiza została wykonana na podstawie procedury *bootstrappingu* autorstwa Preacher i Hayes (2008), poprzez pobranie 5000 próbek *bootstrap*.

Jako zmienna wyjaśniająca (X) została wprowadzona trauma złożona, zmienną wyjaśnianą (Y) są ogólne objawy psychopatologiczne, z kolei jako mediator (M) został wprowadzony wynik skali zachowania prospołeczne. Wyniki zostały zaprezentowane na rys. 3.8.2.1.



Rysunek 3.8.2.1

Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz zachowaniami prospołecznymi jako mediatorem

Wyniki (Rys.3.8.2.1) pokazują, że trauma złożona nie jest związana istotnie statystycznie ze zmienną zachowania prospołeczne. Również zachowania prospołeczne w sposób nieistotny statystycznie oddziałują na nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych. Trauma złożona nie wpływa istotnie statystycznie na ogólne objawy psychopatologiczne. Efekt pośredni (mediacja) również okazał się nieistotny statystycznie, biorąc pod uwagę, że przedział ufności dla oszacowanego efektu ($\beta = 0,08$) obejmował zero (CI 95%: od -0,0703 do 0,3669). Dane wyniki wskazują na brak efektu

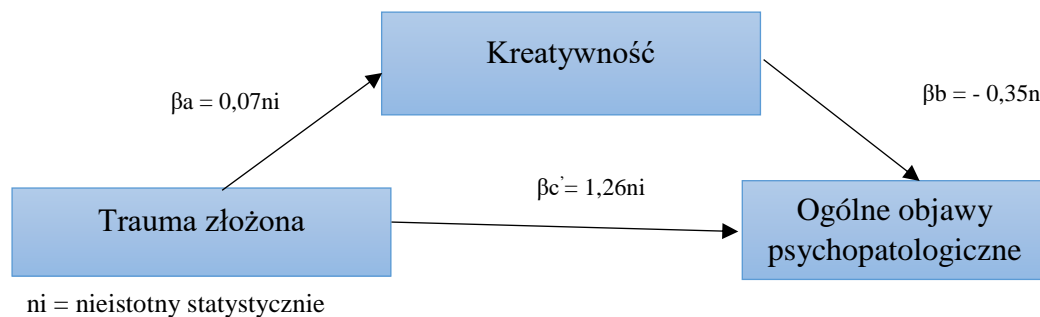
mediacji zachowania prospołeczne w relacji trauma złożona a nasilenia objawów psychopatologicznych.

Podsumowując, wyniki analizy wskazują na to, że zachowania prospołeczne nie pełni rolę mediatora w związku między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych.

3.8.3 Analizy mediacyjne roli kreatywności w relacji między traumą złożoną i nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych

W dalszym kroku została dokonana analiza mediacyjnej i moderacyjnej roli kreatywności ogólnej w interakcji między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych. Tak jak poprzednio, analizy zostały wykonane na podstawie procedury *bootstrappingu* autorstwo Preacher i Hayes (2008), poprzez pobranie 5000 próbek *bootstrap*.

Jako zmienna wyjaśniająca (X) została wprowadzona trauma złożona, zmienną wyjaśnianą (Y) są ogólne objawy psychopatologiczne, z kolei jako mediator (M) został wprowadzony wynik ogólny skali kreatywności. Wyniki zostały zaprezentowane na rys. 3.8.3.1.



Rysunek 3.8.3.1

Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz kreatywnością jako mediatorem

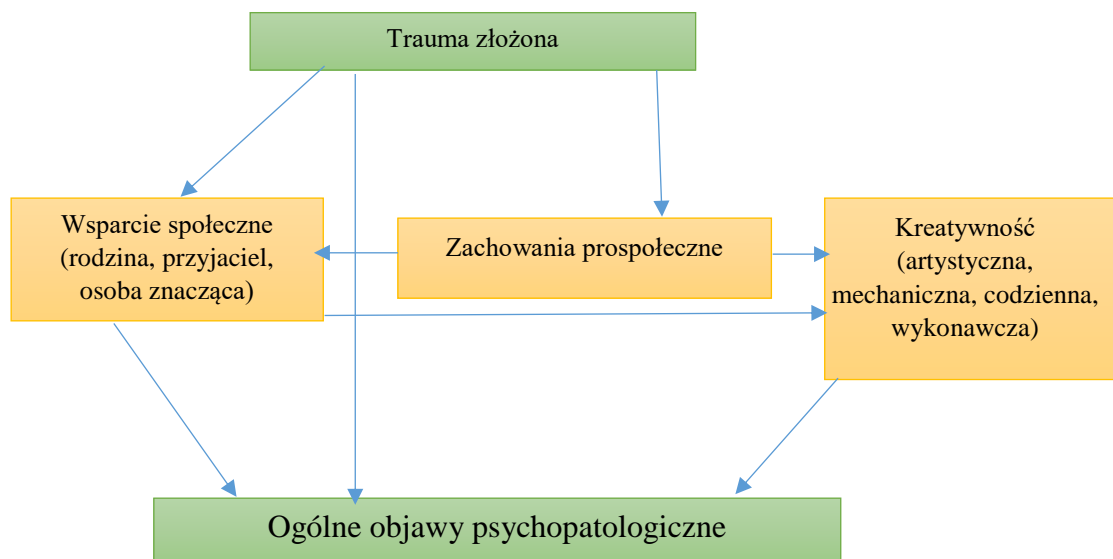
Analiza wyników (Rys.3.8.3.1) pokazuje, że trauma złożona nie jest związana istotnie statystycznie ze zmienną kreatywność ogólna. Również kreatywność ogólna w sposób nieistotny statystycznie oddziałuje na nasilenie ogólnych objawów

psychopatologicznych. Trauma złożona nie wpływa istotnie statystycznie na ogólne objawy psychopatologiczne. Efekt pośredni (mediacja) również okazał się nieistotny statystycznie, biorąc pod uwagę, że przedział ufności dla oszacowanego efektu ($\beta = -0,03$) obejmował zero (CI 95%: od $-0,2854$, do $0,2433$). Dane wyniki wskazują na brak efektu mediacji kreatywności w relacji trauma złożona a nasilenia objawów psychopatologicznych.

Podsumowując, wyniki analizy wskazują na to, że kreatywność ogólna nie pełni oczekiwanej roli mediatora w związku między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych.

3.9 Analiza równań strukturalnych

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu, analizy wcześniejszych badań empirycznych oraz wyników wykonanych analiz regresji hierarchicznej i analizy mediacyjnej został opracowany ogólny model empiryczny dotyczący zależności między traumą złożoną, ogólnym nasileniem objawów psychopatologicznych, spostrzeganym wsparciem społecznym, zachowaniami prospołecznymi oraz spostrzeganą kreatywnością (Rys. 3.9.1).



Rysunek 3.9.1

Model zależności między badanymi zmiennymi (opracowanie własne)

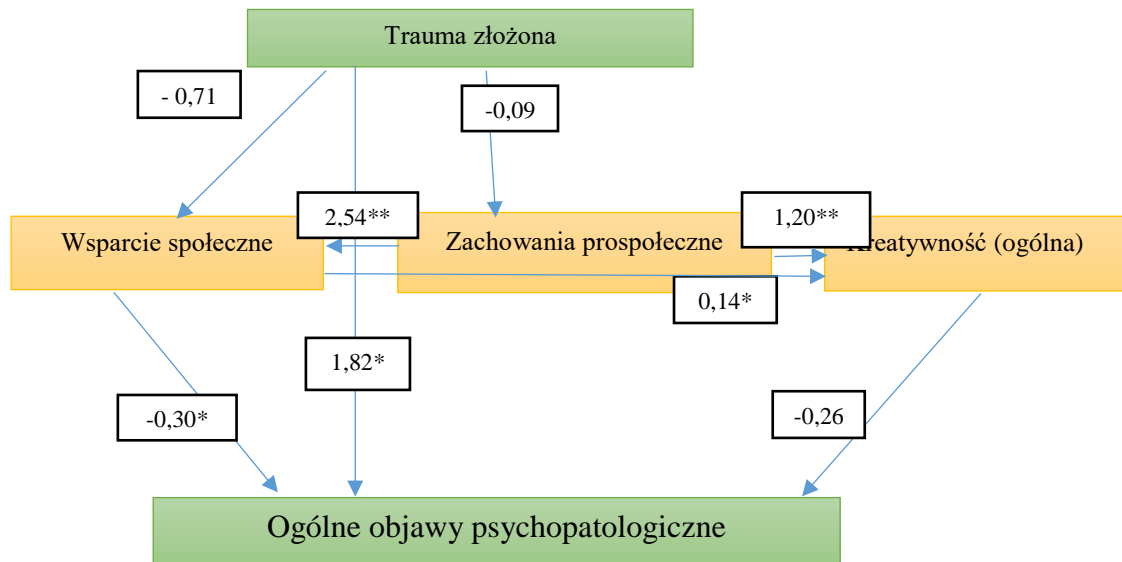
Wyniki badań Gao i in. (2024) wskazują, że wysoki poziom postrzeganego wsparcia społecznego stanowi istotny statystycznie predyktor zarówno niższego nasilenia objawów psychopatologicznych, jak i wyższych skłonności kreatywnych. Podobne zależności wykazali w swoim badaniu van der Zanden i in. (2020). Uwzględniając powyższe ustalenia, w niniejszym modelu empirycznym wsparcie społeczne traktowane jest jako potencjalny predyktor kreatywności. W modelu założono również, że zachowania prospołeczne będą predyktorem nasilenia kreatywności.

Wychodząc z założeń teorii zachowania zasobów Hobfolla (Holmgren i in., 2017), uważam, że w przypadku młodzieży przebywającej w instytucjonalnej opiece zastępczej spostrzegane wsparcie społeczne będzie zasobem utraconym przez jednostkę ze względu na sytuację rodzinną, a zachowania prospołeczne potencjalnie mogą nasilać spostrzegane wsparcie społeczne poprzez odbudowywanie sieci społecznych.

Badania Kaufmana i Cicchetti (1989) oraz Coulombe (2021) sugerują, że doświadczenia traumatyczne mogą prowadzić do obniżenia skłonności prospołecznych u dzieci i młodzieży. Z tego powodu, mimo braku istotności statystycznej tej zależności w analizach korelacyjnych przeprowadzonych w niniejszym projekcie, ścieżka od traumy złożonej do zachowań prospołecznych została zachowana w modelu ze względu na jej uzasadnienie teoretyczne.

Ze względu na brak istotnych statystycznie zależności między traumą złożoną a kreatywnością w przeprowadzonych analizach regresji i analizach mediacyjnych, ścieżka ta nie została uwzględniona w modelu empirycznym. Analogicznie, ponieważ zachowania prospołeczne nie były istotnym predyktorem nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych, powiązanie to również zostało pominięte.

Zostało dokonane modelowanie równań strukturalnych w celu analizy związków pośrednich i bezpośrednich między zmiennymi wyjaśniającymi a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych za pomocą metody największej wiarygodności (maximum likelihood - ML). Do zmiennych endogenicznych zostały wprowadzone następujące zmienne: spostrzegane wsparcie społeczne, zachowania prospołeczne, kreatywność ogólna oraz ogólne objawy psychopatologiczne. Do zmiennych egzogenicznych należą trauma złożona (Rys. 9.3.2).



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

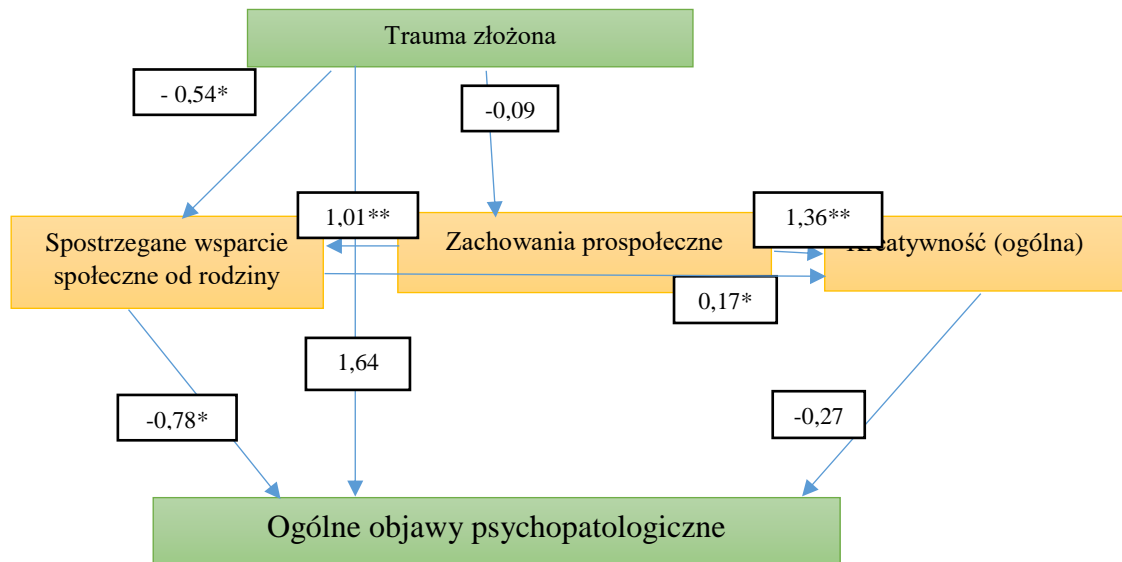
Rysunek 3.9.2

Model zależności między badanymi zmiennymi (opracowanie własne). Wyniki modelowania równań strukturalnych

Na rysunku 3.9.2 zostały przedstawione wyniki analizy ścieżek. Dany model jest bardzo dobrze dopasowany biorąc pod uwagę, że wartość χ^2 jest równa 0.261 ($df=2$; $p=.878$), $RMSEA = 0,00$ (<0.06 ; bardzo dobre dopasowanie) oraz $CFI=1,000$ (>0.95 – bardzo dobre dopasowanie). Analiza ścieżek pokazuje, że trauma złożona istotnie statystycznie przewiduje nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych ($\beta = 1.82$, $p = 0.032$). Z kolei zachowania prospołeczne istotnie przewidywały wyższy poziom wsparcia społecznego ($\beta = 2,54$, $p < .001$) oraz wyższą kreatywność ogólną ($\beta = 1,18$, $p < .001$). Wsparcie społeczne pełniło funkcję ochronną, obniżając nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych ($\beta = -0,30$, $p = .029$) oraz zwiększając kreatywność ogólną ($\beta = 0,14$, $p = .002$). Kreatywność ogólna nie była predyktorem nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych. Trauma złożona nie oddziałuje istotnie statystycznie na spostrzegane wsparcie społeczne oraz zachowania prospołeczne.

W kolejnej analizie, w celu polepszenia dopasowania modelu postawiono zamiast ogólnego wyniku spostrzeganego wsparcia społecznego użyć spostrzeganego wsparcia społecznego od rodziny, biorąc pod uwagę wyniki analiz korelacyjnych oraz regresji hierarchicznej, która wskazywała, że większa spostrzegane wsparcie społeczne od

rodziny jest istotnym predyktorem obniżenia ogólnych objawów psychopatologicznych. Wyniki modelowania równań strukturalnych dla modelu ze zmienną spostrzegane wsparcie społeczne od rodziny są przedstawione na rysunku 3.9.3.



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

Rysunek 3.9.3

Model zależności między badanymi zmiennymi (opracowanie własne). Wyniki modelowania równań strukturalnych

Model jest dobrze dopasowany, gdyż wartość χ^2 jest równa 0,229 i jest nieistotny statystycznie, co oznacza, że model nie różni się istotnie statystycznie od danych empirycznych ($df=2$; $p=0,892$). Pozostałe wskaźniki dopasowania również potwierdzają bardzo wysoką jakość modelu: RMSEA = .000 (90% CI: .000–.057, PCLOSE = .940), CMIN/df = 0.114, CFI = 1.000, TLI = 1.285 oraz NFI = .996. Wartości ECVI były niższe niż w modelu saturacyjnym, co sugeruje wysoką stabilność i możliwość replikacji modelu. Po wprowadzeniu spostrzeganego wsparcia społecznego od rodziny związek między traumą złożoną a objawami psychopatologicznymi przestał być istotny statystycznie ($\beta = 1.64$, $p = .053$). To może świadczyć o tym, że spostrzeganego wsparcia społecznego od rodziny pośredniczy w związku między traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych. Trauma obniżała poziom wsparcia

rodzinnego ($\beta = -0.54$, $p = .026$), natomiast wsparcie rodzinne było silnym czynnikiem ochronnym zmniejszającym poziom objawów ($\beta = -0.78$, $p = .002$).

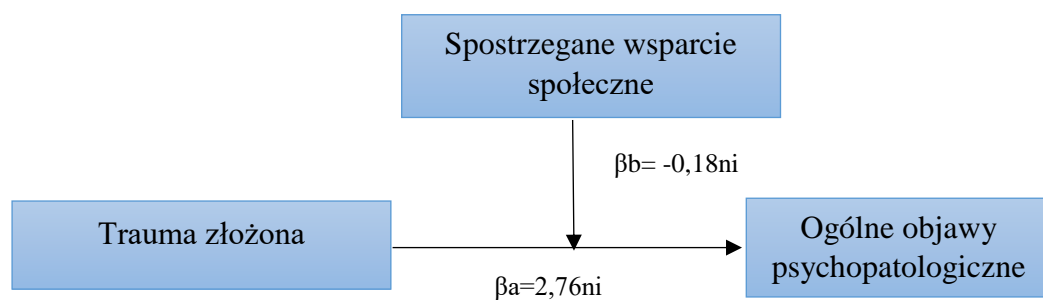
3.10 Analizy dodatkowe

3.10.1 Analizy moderacyjne dla zmiennych niezależnych w relacji między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi

W celach pogłębienia eksploracji zaobserwowanych zależności wykonano serię analiz moderacyjnych w celu sprawdzenia roli spostrzeganego wsparcia społecznego, zachowań prospołecznych oraz kreatywności w związku między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi. Analizę moderacyjne są nieistotne statystycznie.

W celu analizy roli spostrzeganego wsparcia społecznego jako moderatora w relacji trauma złożona a nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych została wykonana analiza moderacyjna za pomocą PROCESS macro autorstwa Preacher i Hayes (2008) modelu 1.

Jako zmienna X została wprowadzona trauma złożona, jako zmienna Y - ogólne objawy psychopatologiczne oraz jako moderator spostrzeganego wsparcia społecznego. Wyniki zostały przedstawione na rysunku 3.10.1.1.



* $p < 0,05$; ni = nieistotny statystycznie

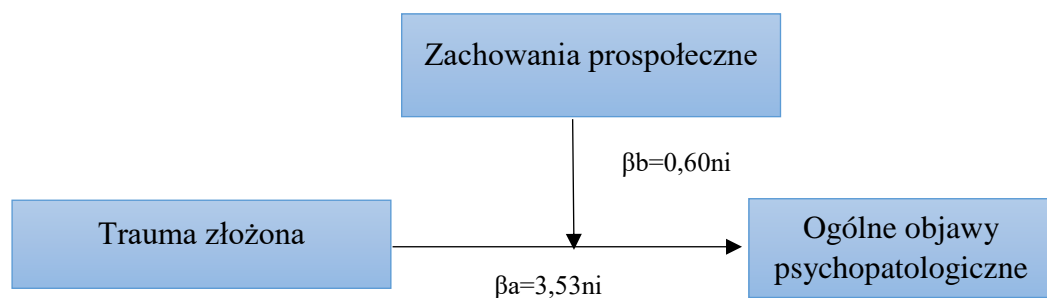
Rysunek 3.10.1.1

Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz spostrzeganym wsparciem społecznym jako moderatorem

Dana analiza nie wykazała istotnie statystycznej moderacji spostrzeganego wsparcia społecznego w związku między traumą złożoną a ogólnych objawów psychopatologicznych, biorąc pod uwagę, że oba efekty główne ($\beta_a = 2,76; p = 0,43; \beta_b = -0,18; p = 0,51$) oraz efekt interakcji jest nie istotny statystycznie ($\beta = -0,03; p = 0,60$).

W dalszej części w celu analizy dotyczącej roli zachowań prospołecznych jako moderatora w relacji trauma złożona a nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych została wykonana analiza moderacyjna za pomocą PROCESS macro autorstwa Preacher i Hayes (2008) modelu 1.

Jako zmienna X została wprowadzona trauma złożona, jako zmienna Y - ogólne objawy psychopatologiczne oraz jako moderator zachowania prospołeczne. Wyniki zostały przedstawione na rysunku 3.10.1.2.



* $p < 0,05$; ni = nieistotny statystycznie

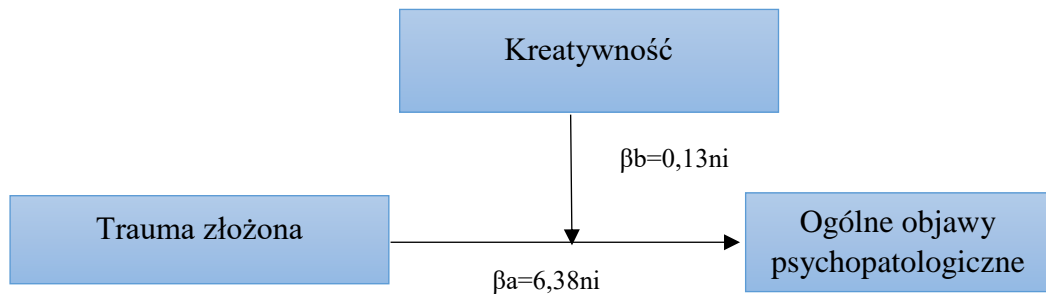
Rysunek 3.10.1.2

Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz zachowaniami prospołecznymi jako moderatorem

Dana analiza nie wykazała istotnie statystycznej moderacji zachowań prospołecznych w związku między traumą złożoną a ogólnych objawów psychopatologicznych, biorąc pod uwagę, że oba efekty główne ($\beta_a = 3,53; p = 0,18; \beta_b = 0,60; p = 0,80$) oraz efekt interakcji jest nie istotny statystycznie ($\beta = -0,37; p = 0,43$).

W dalszej części w celu analizy roli kreatywności jako moderatora w relacji trauma złożona a nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych została wykonana analiza moderacyjna za pomocą PROCESS macro autorstwa Preacher i Hayes (2008) modelu 1.

Jako zmienna X została wprowadzona trauma złożona, jako zmienna Y - ogólne objawy psychopatologiczne oraz jako moderator kreatywność ogólna. Wyniki zostały przedstawione na rysunku 3.10.1.3



* $p < 0,05$; ni = nieistotny statystycznie

Rysunek 3.10.1.3

Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz kreatywnością jako moderatorem

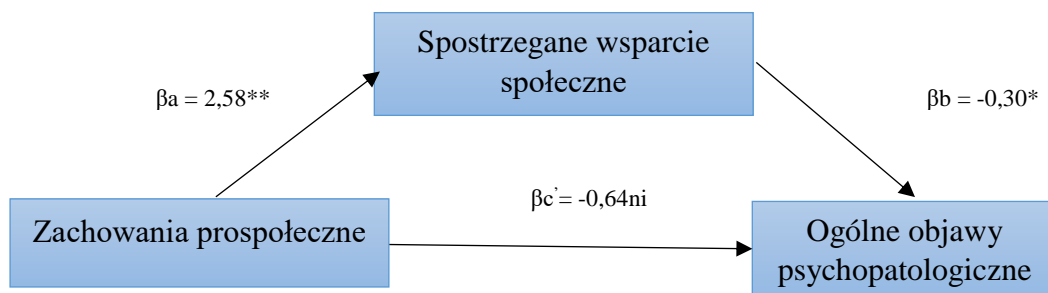
Analiza nie wykazała istotnie statystycznej moderacji kreatywności w związku między traumą złożoną a ogólnych objawów psychopatologicznych, biorąc pod uwagę, że oba efekty główne ($\beta_a = 6,38$; $p = 0,07$; $\beta_b = 0,13$; $p = 0,72$) oraz efekt interakcji jest nie istotny statystycznie ($\beta = -0,11$; $p = 0,14$).

3.10.2 Analiza eksploracyjna mediacyjnej roli spostrzeganego wsparcia społecznego w relacji zachowania prospołeczne a nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych

W celach eksploracyjnych została dokonana analiza mediacyjnej roli spostrzeganego wsparcia społecznego w interakcji między zachowaniem prospołecznym a nasileniem objawów psychopatologicznych. Dana analiza została wykonana na podstawie procedury *bootstrappingu* autorstwo Preacher i Hayes (2008), poprzez pobranie 5000 próbek *bootstrap*.

Jako zmienna wyjaśniająca (X) została wprowadzona zachowania prospołeczne, zmienną wyjaśnianą (Y) są ogólne objawy psychopatologiczne, z kolei jako mediator (M) został wprowadzony ogólny wynik spostrzeganego wsparcia społecznego. Dane wyniki

(Rys.3.10.2.1) wskazują, że dochodzi do pełnej mediacji a spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy w związku między zachowaniami prospołecznymi a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych. Efekt pośredni (mediacja) jest istotny statystycznie, biorąc pod uwagę, że przedział ufności dla oszacowanego efektu ($\beta = -0,78$) nie obejmował zero (CI 95%: - 1,5771, -0,2386).



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; ni = nieistotny statystycznie

Rysunek 3.10.2.1

Model zależności między zachowaniami prospołecznymi a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz spostrzeganym wsparciem społecznym jako mediatorem

3.11. Podsumowanie

Biorąc pod uwagę, wyżej opisane wyniki analiz statystycznych, które były przeprowadzone w celu weryfikacji postawionych hipotez, w Tabeli 3.11.1 zostały zamieszczone informacje na temat potwierdzenia lub odrzucenia hipotez badawczych.

Tabela 3.11.1

Podsumowanie weryfikacji hipotez badawczych

Hipoteza	Potwierdzenie
H1 Im większe jest nasilenie doświadczonej traumy złożonej, tym większe będzie nasilenie obserwowanych objawów psychopatologicznych u młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.	Częściowe
H1a U dziewcząt wystąpi większe nasilenie objawów psychopatologicznych o charakterze internalizacyjnym w porównaniu z chłopcami.	Pełne
H1b U chłopców wystąpi większe nasilenie objawów psychopatologicznych o charakterze eksternalizacyjnym w porównaniu z dziewczynami.	Brak

Hipoteza	Potwierdzenie
H1c U dziewcząt wystąpi większe nasilenie objawów PTSD w porównaniu z chłopcami.	Pełne
H1d Im dłuższy czas pobytu wychowanka w placówce opiekuńczo-wychowawczej, tym mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych u młodzieży.	Częściowo
H1e Starsi wychowankowie z placówek opiekuńczo-wychowawczych będą prezentować mniej objawów PTSD w porównaniu z młodszymi wychowankami.	Brak
H1f Starsi wychowankowie z placówek opiekuńczo-wychowawczych będą prezentować więcej objawów internalizacyjnych w porównaniu z młodszymi wychowankami.	Pełne
H2a Spostrzegane wsparcie społeczne będzie mediatorem relacji pomiędzy nasileniem traumy złożonej a nasileniem objawów psychopatologicznych	Częściowo
H2b Wyższy poziom wsparcia społecznego będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.	Częściowo
H3a Oczekuje się, że zachowania prospołeczne będzie mediatorem relacji pomiędzy nasileniem traumy złożonej a objawami psychopatologicznymi	Brak
H3b Oczekuje się, że wyższy poziom zachowań prospołecznych będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.	Częściowo
H4a Oczekuje się, że kreatywność będzie mediatorem relacji pomiędzy nasileniem traumy złożonej a objawami psychopatologicznymi.	Brak
H4b Oczekuje się, że wyższy poziom kreatywności będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.	Częściowo

Rozdział 4. Dyskusja

Coroczne statystyki przedstawione przez Główny Urząd Statystyczny wskazują na zwiększenie liczby placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz wzrastającą liczbę dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej, co jest obserwowane od kilku lat. Dzieci i młodzież przebywające w pieczy zastępczej są w grupie wysokiego ryzyka występowania negatywnych skutków potraumatycznych ze względu na długotrwałe, chroniczne oraz interpersonalne zdarzenia traumatyczne. Obecna literatura wskazuje na ważną rolę integracyjnego podejścia do opieki nad dzieckiem strauumatyzowanym, zwłaszcza kiedy istnieje podejrzenie doświadczenia traumy złożonej. Griffin i in. (2011a, 2011b) uważają, że jednym z celów leczenia traumy jest wspieranie rozwoju mocnych stron dziecka oraz czynników ochronnych. Postawiono więc pytanie, jakie są psychologiczne konsekwencje ekspozycji na traumę złożoną w grupie młodzieży umieszczonej w pieczy instytucjonalnej oraz jakie czynniki pełnią funkcję ochronną, tzn. zmniejszają ryzyko występowania objawów psychopatologicznych. Analiza roli psychologicznych czynników ochronnych przyczynia się do pogłębienia aktualnej wiedzy teoretycznej dotyczącej traumy dziecięcej oraz praktycznych konsekwencji dla dalszego funkcjonowania jednostki. Jednocześnie uzyskane wyniki mogą stanowić istotne wsparcie w projektowaniu programów profilaktycznych, ukierunkowanych na wzmacnianie zasobów osobistych i społecznych sprzyjających skutecznemu radzeniu sobie z doświadczeniami traumatycznymi u młodzieży umieszczonej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Celem niniejszego projektu badawczego była analiza roli spostrzeganego wsparcia społecznego, zachowań prospołecznych oraz kreatywności w relacji pomiędzy doświadczeniem zdarzeń traumatycznych a nasileniem objawów psychopatologicznych u młodzieży przebywającej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Ponadto dokonano oceny rozpowszechnienia traumy złożonej oraz rozpowszechnienia objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) wśród wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych w Polsce. W analizach uwzględniono również płeć, wiek oraz czas pobytu w pieczy instytucjonalnej, jako czynniki potencjalnie związane z nasileniem objawów psychopatologicznych. Dodatkowo weryfikowano także hipotezy dotyczące mediacyjnej roli spostrzeganego wsparcia społecznego, zachowań prospołecznych oraz

kreatywności w związku pomiędzy doświadczeniem traumy a funkcjonowaniem psychicznym badanych.

Postawiono w sumie 13 hipotez, z których potwierdzenie oparte o wyniki uzyskane z przeprowadzonego badania uzyskały 3 hipotezy, 6 potwierdziło się częściowo a 4 nie zostały potwierdzone. Dyskusja hipotez w świetle uzyskanych wyników zostanie przedstawiono w 4 kolejnych podrozdziałach. W pierwszym zostaną umówione wyniki dotyczące traumy złożonej oraz objawów potraumatycznych występujących u wychowanków pieczy instytucjonalnej. Drugi podrozdział będzie dotyczył roli spostrzeganego wsparcia społecznego w radzeniu sobie przez wychowanków domów dziecka z traumą i jej następstwami. Trzeci podrozdział zostanie poświęcony roli zachowań prospołecznych jako predyktora nasilenia objawów psychopatologicznych. W czwartym podrozdziale zostaną umówione wyniki związane z rolą kreatywności w relacji pomiędzy traumą złożoną a występowaniem objawów psychopatologicznych. Kolejny podrozdział zostanie poświęcony praktycznym implikacjom badania własnego. W ostatnim podrozdziale zostaną przedstawione ograniczenia projektu oraz propozycje kierunków dalszych badań.

4.1. Trauma złożona i jej psychologiczne konsekwencje u młodzieży przebywających w pieczy instytucjonalnej

Udział w badaniu wzięło 253 wychowanków przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Najczęściej osoby badane były umieszczane w placówkach opiekuńczo-wychowawczych z powodu niezdolności wychowawczej rodziców (52,2%), uzależnienia jednego z rodziców od alkoholu (41,1%), zaniedbania opiekuńczego (26,1%), rozwiązania rodziny zastępczej (15,8%) oraz doświadczania przemocy w rodzinie (12,3%). Ponadto 47% badanych (n = 119) zostało umieszczonych w placówce opiekuńczo-wychowawczej na podstawie jednej przyczyny. Z kolei 34,4% wychowanków w analizowanej grupie badanej miało wskazane dwie przyczyny, które doprowadziły do umieszczenia dziecka w instytucjonalnej pieczy zastępczej. 15% respondentów (n = 38) zostało objętych pieczą instytucjonalną z powodu trzech przyczyn, natomiast 3,6% badanych (n = 9) zostało umieszczonych w placówce opiekuńczo-wychowawczej na podstawie czterech przyczyn. Co wskazuje na to, że 53%

wychowanków miało zaznaczone co najmniej 2 przyczyny skutkujące umieszczenia dziecka w pieczy instytucjonalnej.

Uzyskane wyniki są zbieżne z danymi przedstawionymi przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK, 2019), dotyczącymi przyczyn umieszczania dzieci w pieczy zastępczej w trybie interwencyjnym. Podobne przyczyny umieszczenia nieletnich w pieczy zastępczej wskazuje również Szymańczak (2016), powołując się na raporty instytucji rządowych oraz badania społeczne prowadzone w Polsce. Sieroctwo nie było wskazywane jako bezpośrednia przyczyna objęcia dziecka pieczą zastępczą, jednak 3,6% osób badanych zostało umieszczonych w pieczy instytucjonalnej w wyniku śmierci jednego z opiekunów prawnych. Wynik ten potwierdza tezę przedstawioną przez Skalec-Ruczyńską (2023), zgodnie z którą w zdecydowanej większości przypadków dzieci i adolescentów przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych posiada co najmniej jednego rodzica biologicznego, który przejawia niewydolność wychowawczą i nie zapewnia dziecku odpowiedniej opieki.

Uzyskane wyniki wskazują na to, że trauma złożona jest powszechnym zjawiskiem wśród młodzieży przebywającej w instytucjonalnej pieczy zastępczej, ponieważ doświadczyło jej 84,6 % wychowanków pieczy instytucjonalnej (co najmniej trzech zdarzeń traumatycznych). Świadczy to o tym, że u dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej jest bardzo wysokie ryzyko występowania objawów potraumatycznych oraz długotrwałych następstw rozwojowych związanych z ekspozycją na traumę złożoną. Jeden – dwa zdarzenia traumatyczne doznało 15,4 % osób badanych, trzy – cztery zdarzenia traumatyczne miało zaznaczono 39,1 %, z kolei 45,5 % wychowanków doświadczyło co najmniej 5 wydarzeń potencjalnie traumatycznych. Jeżeli odebranie dziecka opiekunowi biologicznemu rozpatrywać jako zdarzenie o charakterze potencjalnie traumatycznym, wówczas każde dziecko umieszczone w pieczy zastępczej doświadczyło co najmniej jednego wydarzenia traumatycznego, nawet bez uwzględniania doświadczeń związanych z funkcjonowaniem w rodzinie pochodzenia oraz samym pobytem w pieczy instytucjonalnej. Uzyskane wyniki nie są zbieżne z danymi statystycznymi dotyczącymi populacji ogólnej, co należy wiązać ze specyfiką badanej grupy (Finkelhor i in., 2015; Swedo i in., 2024; Lis-Turlejska, 2005, cyt. za Lis-Turlejska, 2009; Madigan (2025)). Dzieci i młodzież przebywające w pieczy zastępczej stanowią bowiem grupę wysokiego ryzyka ekspozycji na zdarzenia traumatyczne, gdyż samo umieszczenie w pieczy jest najczęściej konsekwencją długotrwałych, chronicznych

i kumulujących się doświadczeń potencjalnie traumatycznych. Jednocześnie zaprezentowane wyniki pozostają spójne z danymi uzyskanymi w badaniach prowadzonych w systemie pieczy zastępczej w Austrii oraz Stanach Zjednoczonych (Greeson i in., 2011; Griffin i in., 2011a; Haselgruber i in., 2021). Wyniki te podkreślają ważność analizy funkcjonowania młodszych ludzi w instytucjonalnej pieczy zastępczej w perspektywie doświadczeń wcześniejszych, a nie wyłącznie aktualnych trudności, wychowawczych i opiekuńczych, których doświadczają w placówkach.

H1. Im większe jest nasilenie doświadczonej traumy złożonej, tym większe będzie nasilenie obserwowanych objawów psychopatologicznych u młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Wyniki projektu badawczego pokazują, że doświadczona przez wychowanków trauma złożona jest istotnym statystycznie predyktorem nasilenia objawów psychopatologicznych (H1 potwierdzona częściowo), co zostało uwidocznione w przeprowadzonych analizach statystycznych (analizy korelacyjne, analizy regresji hierarchicznej oraz modelowanie równań strukturalnych). Analizy regresji wykazały, że doświadczenia traumy przewidują u badanej młodzieży nasilenie objawów związanych z zaburzeniami internalizacyjnymi, zwłaszcza w podskalach wycofania, skarg somatycznych oraz objawów związanych z lękiem i depresją. Modelowanie równań strukturalnych wykazało istotny statystycznie, bezpośredni związek między traumą złożoną a nasileniem ogólnych objawów psychopatologicznych. Natomiast analizy korelacyjne oraz analizy regresji nie wykazały istotnie statystycznego związku między traumą złożoną a nasileniem objawów PTSD oraz trudnościami w ogólnym funkcjonowaniu.

Zależność traumatycznych wydarzeń wśród młodzieży przebywającej w instytucjonalnej pieczy zastępczej a nasileniem występowania objawów psychopatologicznych została również potwierdzona w badaniach Greeson i in. (2011) oraz Griffin i in. (2011a). Brak istotnie statystycznego związku między traumą złożoną a objawami PTSD nie zaprzecza występowaniu objawów potraumatycznych u młodzieży przebywającej w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Zdankiewicz-Ścigała (2020) zwraca uwagę, że PTSD jest o wiele łatwiejszy do zdiagnozowania w przypadku traumy pojedynczej, która miała charakter losowy. W przypadku traumy złożonej rozumianej jako doświadczenie o charakterze interpersonalnym, chronicznym i długotrwałym, często

występujące w systemie opieki nad dzieckiem (Kisiel i in., 2009), diagnoza PTSD nie jest jednoznaczna, a objawy potraumatyczne dotyczą najbliższych sfer rozwoju (Zdankiewicz-Ścigała, 2020; van der Kolk i in., 2009; Cook i in., 2005). Wśród grupy badanej (w badaniu własnym) wysoki odsetek - 36,8 % (93 osoby), czyli ponad 1/3 uzyskało wysoki wynik w Skali CRIES-13, a tylko 17 osób badanych (14,8 %), które miały zaznaczone doświadczenie 5 i więcej zdarzeń traumatycznych, również uzyskało wysoki wynik (w obszarze klinicznym) w kwestionariuszu mierzącym nasilenie (ogólne objawy psychopatologiczne (CBCL). Podobne dane statystyczne prezentują Czerwińska i Kucharska (2024) w swojej metaanalizie dotyczącej rozpoznania PTSD u dzieci i młodzieży w pieczy zastępczej zaznaczając, że PTSD występuje w granicach od 5,6 % do 55 % osób badanych. Z kolei złożony zespół pourazowy występuje w 8,2-10,7 % dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej. Natomiast badanie Pawliczuk i in. (2018) oraz Bronsand i in. (2016) podają, że występowanie PTSD u dzieci i młodzieży przebywającej w pieczy zastępczej jest ok. 5 %. Różnica w wynikach statystycznych może wynikać z tego względu, że narzędzie CRIES-13 jest narzędziem przesiewowym, które wskazuje tylko na ryzyko występowania PTSD, co nie znaczy, że osoba badana spełnia wszystkie kryteria dla rozpoznania danego zaburzenia. Z drugiej strony w danym badaniu wzięli udział wychowankowie przebywające w pieczy instytucjonalnej, którzy są w grupie ryzyka większego występowania objawów potraumatycznych. Piecza zastępcza, z kolei, obejmuje nie tylko placówki opiekuńczo-wychowawcze, ale również rodziny zastępcze i rodzinne domy dziecka. Warto również zaznaczyć, że w obecnej grupie badanej (237 osób) większość osób prezentuje objawy psychopatologiczne w obszarze normy (79,3%), 19 osób (8,1%) jest w obszarze granicznym oraz 30 (12,6 %) jest w obszarze klinicznym. Może to świadczyć o obecności czynników ochronnych oraz względnej odporności psychicznej (rezyliencji) w tej grupie badanej. Jednocześnie należy podkreślić, że w niniejszym badaniu nie uczestniczyli wychowankowie przebywający w innych formach instytucjonalnej opieki i resocjalizacji, takich jak Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze, Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii czy oddziały leczenia zaburzeń psychicznych. Grupy te mogą charakteryzować się wyższym nasileniem trudności psychopatologicznych oraz bardziej skrajnymi wynikami w skalach oceniających objawy psychiczne i trudności w funkcjonowaniu, co mogło wpłynąć na rozkład wyników uzyskanych w niniejszym badaniu. Wyniki sugerują, że hipoteza twierdząca, że wyższe nasilenie doświadczonej

traumy złożonej, wiąże się z wyższym obserwowanych objawów psychopatologicznych u młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych jest potwierdzona częściowo.

H1a. U dziewcząt wystąpi większe nasilenie objawów psychopatologicznych o charakterze internalizacyjnym w porównaniu z chłopcami.

Kolejnym czynnikiem, który jest związany z występowaniem objawów psychopatologicznych, jest płeć. Uzyskane wyniki wskazują na to, że dziewczyny prezentują większe nasilenie objawów o charakterze internalizacyjnym niż chłopcy, w tym więcej skarg somatycznych oraz objawów związanych z lękiem i depresją. Zależność potwierdziła się w analizach danych zebranych od wychowawców (kwestionariusz CBCL) oraz danych zebranych od wychowanków (kwestionariusz SDQ) (H1a potwierdzona całkowicie). Uzyskane rezultaty pokrywają się z wynikami badania Greeson (2011) wśród wychowanków pieczy zastępczej w Stanach Zjednoczonych.

H1b. U chłopców wystąpi większe nasilenie objawów psychopatologicznych o charakterze eksternalizacyjnym w porównaniu z dziewczynami.

Hipoteza H1b dotycząca nasilenia objawów zachowań eksternalizacyjnych u chłopców nie została potwierdzona. Z przeglądu literatury wynika, że również w badaniach Greeson i in. (2011) również nie wykazano różnic międzypłciowych w zachowaniach eksternalizacyjnych. Brak istotnych różnic międzypłciowych w zakresie zachowań eksternalizacyjnych można odnosić do sytuacji i reguł zachowań panujących w domach dziecka. Możliwe, że wpływ na taką sytuację ma kontrolująca rola kadry pedagogicznej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych zakazująca przejawiania zachowań agresywnych i niedostosowanych, które wiążą się z jasno określonymi konsekwencjami. W skrajnych przypadkach konsekwencje agresywnych zachowań wychowanków mogą skutkować przeniesieniem do innej placówki, w tym do Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego lub Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii, gdzie panują inne zasady i ostrzejsze rygory.

H1c. U dziewcząt wystąpi większe nasilenie objawów PTSD w porównaniu z chłopcami.

Wyniki z badania własnego wskazują na to, że u dziewczyn w porównaniu z chłopcami również obserwuje się większe natężenie objawów PTSD (unikanie, intruzje oraz pobudzenie). Hipoteza ta znajduje potwierdzenie w badaniach Bokszczanin (2003)

po doświadczeniach powodzi oraz innych zdarzeń traumatycznych u dzieci i młodzieży, a także w badaniach Korol i in. (1999, cyt. za Gustak i Głuszek-Osuch, 2009), Carmasii i in. (2014, cyt. za Kobylarczyk-Kaczmarek i Ogińska-Bulik, 2023) oraz Zhou i in. (2015, cyt. za Kobylarczyk-Kaczmarek i Ogińska-Bulik, 2023). Co ważne Jackson (2008) potwierdził w swoich badaniach podobną hipotezę w grupie osób, które jako dzieci przebywały w pieczy zastępczej.

Różnica w nasileniu objawów może wynikać z powodu większej subiektywnej wrażliwości kobiet w porównaniu z mężczyznami oraz większej tendencji do uzewnętrznienia swojej emocjonalności przez kobiety. Wyniki badania potwierdzają więc w pełni hipotezę większego nasilenia objawów psychopatologicznych u dziewcząt o charakterze internalizacyjnym w porównaniu z chłopcami, w tym większego nasilenia objawów PTSD.

H1d. Im dłuższy czas pobytu wychowanka w placówce opiekuńczo-wychowawczej, tym mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych.

Czas pobytu w pieczy instytucjonalnej jest jednym z czynników związanych z występowaniem oraz nasileniem objawów psychopatologicznych. W prezentowanym badaniu dłuższy czas pobytu wiąże się z niższym nasileniem objawów związanych z PTSD (unikaniem oraz pobudzeniem) oraz niższym nasileniem negatywnych symptomów emocjonalnych, dotyczących trudnościami w funkcjonowaniu. Prawdopodobnie, wraz upływem czasu dziecko adaptuje się do warunków życia w domu dziecka. Dąży do zwiększenia przewidywalności oraz osiągnięcia stabilności w życiu codziennym w celu odzyskania poczucia bezpieczeństwa. Z czasem te dążenia mogą wpływać pozytywnie na jego dobrostan i obniżać natężenie objawów psychopatologicznych. Podobne wyniki uzyskała w swoim badaniu Navarro- Soria i jej zespół (2020). Autorzy pokazali, że z dłuższym czasem pobytu dzieci w opiece zastępczej obserwowano zmniejszenie nasilenia objawów lękowych, depresyjnych, zaburzeń koncentracji uwagi oraz trudnościami w nauce. Należy jednak podkreślić, że sformułowany wniosek opiera się na analizach korelacyjnych, co nie pozwala na wnioskowanie o charakterze przyczynowo-skutkowym i wskazuje na potrzebę prowadzenia dalszych badań, w szczególności o charakterze podłużnym. Ponadto niższe natężenie objawów wraz z wydłużeniem czasu pobytu w pieczy instytucjonalnej dotyczyło niektórych zaburzeń, tj. objawów PTSD (unikanie i pobudzenie) oraz

symptomów emocjonalnych. W pozostałych skalach klinicznych nie stwierdzono istotnych zależności pomiędzy czasem pobytu w pieczy instytucjonalnej a nasileniem objawów psychopatologicznych. Hipoteza H1d twierdząca, że im dłuższy czas pobytu dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej, tym mniejsze nasilenie objawów psychopatologicznych u młodzieży została potwierdzona częściowo, gdyż zaobserwowano nieznacznie (statystycznie siła efektu mała) korelację ujemną tylko objawów unikania i pobudzenia (objawy PTSD) oraz objawów trudności w ogólnym funkcjonowaniu (w tym symptomy emocjonalne oraz problemy z rówieśnikami) z długością czasu pobytu w placówce. Wyniki wskazują na to, że większe nasilenie traumy złożonej było związane z dłuższym czasem pobytu w pieczy. Złożoność traumatycznych wydarzeń wiąże się z nasileniem objawów psychopatologicznych, co może utrudniać dziecku powrót do domu rodzinnego oraz pójście do rodziny zastępczej lub do adopcji.

H1e. Starsi wychowankowie z placówek opiekuńczo-wychowawczych będą prezentować mniej objawów PTSD w porównaniu z młodszymi wychowankami.

Zaobserwowano ujemną korelację nasilenia objawów PTSD i wieku dziecka. Dane wyniki pozostają spójne z podejściem teoretycznym (Cook in., 2005; van der Kolk, 2005; van der Kolk i in., 2009; Kisiel i in., 2009) dotyczącym długotrwałych konsekwencji traumy złożonej. Hipoteza H1e zakładająca, że starsi wychowankowie będą prezentować niższe nasilenie objawów PTSD nie została potwierdzona. Badacze zaznaczają, że diagnozowanie PTSD u dzieci z doświadczeniem traumy złożonej nie jest zasadnym, gdyż im starsze jest dziecko oraz długotrwałące traumatyczne doświadczenia, tym większe jest ryzyko, że dzieci mogą nie prezentować objawów PTSD, ale mieć deficyty rozwojowe w poszczególnych obszarach dotyczących regulacji emocji, ze strony fizjologicznej oraz poznawczej. Różnice pomiędzy wynikami niniejszego badania a rezultatami uzyskanymi przez Bokszczanin (2007) mogą wynikać z odmiennego charakteru badanych doświadczeń traumatycznych, co może skutkować zróżnicowanym nasileniem oraz profilem objawów potraumatycznych u młodzieży.

H1f. Starsi wychowankowie z placówek opiekuńczo-wychowawczych będą prezentować więcej objawów internalizacyjnych w porównaniu z młodszymi wychowankami.

W badaniu własnym uczestniczyli wychowankowie pieczy instytucjonalnej w wieku 11-18 lat ($M=14,5$; $SD=2,1$). Wyniki pokazały dodatnią korelację wieku z czasem przebywania w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Zależność ta znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu, zgodnie z którą starsze dzieci mają mniejsze szanse na adopcję (Barth, 1997), a prawdopodobieństwo powrotu do rodziny biologicznej zmniejsza się wraz z upływem czasu pobytu w pieczy zastępczej (Connell i in., 2006). Analizy wykazały ponadto, że im starsi adolescenty tym większe nasilenie objawów zaburzeń internalizacyjnych, w tym objawów wycofania, skarg somatycznych oraz problemów z myśleniem (H1f potwierdzona). Odnotowano również u starszych adolescentów wyższe nasilenie zachowań niedostosowanych, rozumianych jako zachowania związane z łamaniem norm społecznych. Zjawisko to może być związane z adaptacją starszych adolescentów do funkcjonowania w warunkach placówki opiekuńczo-wychowawczej, w tym do konsekwencji zachowań agresywnych oraz obowiązujących norm i zasad. Wraz z wiekiem oraz dłuższym pobytem w instytucjonalnej pieczy zastępczej młodzież może rozwijać bardziej kontrolowane, a tym samym mniej jawne strategie regulacji emocji, prezentując ich w sposób internalizacyjny. Greeson i in. (2011) również doszli do wniosku, że dzieci starsze w porównaniu z młodszymi częściej prezentują zachowania internalizacyjne. Uzyskane wyniki w pełni potwierdzają hipotezę zakładającą, że starsi wychowankowie przebywające w placówkach opiekuńczo-wychowawczych będą prezentować wyższe nasilenie objawów internalizacyjnych w porównaniu z dziećmi młodszymi. Zdankiewicz- Ścigała (2020) również podkreśla, że starsze dzieci mogą prezentować zachowania ryzykowne i związane z łamaniem zasad i norm, używanie substancji zmieniających świadomość, które mogą pełnić funkcję nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji.

4.2. Rola spostrzeganego wsparcia społecznego

H2a. Spostrzegane wsparcie społeczne będzie mediatorem relacji pomiędzy nasileniem traumy złożonej a nasileniem objawów psychopatologicznych.

Uzyskane wyniki potwierdzają częściowo hipotezę H2a dotyczącą roli mediacyjnej spostrzeganego wsparcia społecznego pomiędzy traumą złożoną a objawami

psychopatologicznymi. Wyniki analiz wskazują na brak istotnej mediacji spostrzeganego wsparcia społecznego ogólnego w relacji pomiędzy traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku między traumą złożoną a ogólnym spostrzeganym wsparciem społecznym. Jednak biorąc pod uwagę, że w grupie badanej trauma złożona może być głównie związana z rodziną pochodzenia, zdecydowano sprawdzić rolę mediacyjną czynnika „spozstrzegane wsparcie od rodziny” pomiędzy traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych. Uzyskane wyniki potwierdziły występowanie efektu pełnej mediacji, która pokazywała, że spostrzegane wsparcie społeczne pośredniczy między traumą złożoną, a nasileniem objawów psychopatologicznych. Wyniki są spójne z założeniem, że wyższe nasilenie traumy wiąże się z niższym spostrzeganym wsparciem społecznym, a niższy poziom wsparcia od rodziny z wyższym nasileniem objawów. Warto jednak zaznaczyć, że częstsze kontakty z rodziną, nie ujęte w tym badaniu, takie jak odwiedziny czy przepustki, mogą sprzyjać wzrostowi spostrzeganego wsparcia rodzinnego i obniżeniu nasilenia objawów psychopatologicznych (Holtan i in., 2005; Sippel i in., 2015; Jaffe i in., 2007). Ponadto wsparcie od rodziny okazało się na tyle silnym mediatorem, że po jego uwzględnieniu w modelu związek pomiędzy traumą złożoną a objawami psychopatologicznymi przestał być istotny statystycznie. Uzyskane rezultaty są zgodne z modelem deterioracji wsparcia społecznego (Kaniasty, 2003), zgodnie z którym długotrwałe kryzysy oraz chroniczne sytuacje stresowe prowadzą do obniżenia poczucia wsparcia społecznego, co z kolei sprzyja nasileniu objawów psychopatologicznych. Mediacyjna rola wsparcia społecznego w relacji pomiędzy traumą a jej negatywnymi konsekwencjami została potwierdzona również w innych badaniach empirycznych (Herrenkohl i in., 2016; Struck i in., 2020; Vranceanu i in., 2007).

Uzyskane w badaniu własnym proste korelacje również wskazują, że z mniejszym wsparciem społecznym od rodziny jest powiązane większe nasilenie traumy złożonej, starszy wiek dziecka oraz dłuższy czas przebywania w pieczy instytucjonalnej.

H2b. Wyższy poziom wsparcia społecznego będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.

Zgodnie z danymi z literatury przedmiotu zakładano, że spostrzegane wsparcie społeczne będzie pełniło rolę czynnika chroniącego przed występowaniem objawów psychopatologicznych. Hipoteza 2b została w częściowo potwierdzona. Uzyskane wyniki

pokazują, że wyższe spostrzegane wsparcie społeczne jest związane z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych, zwłaszcza z objawami związanymi z lękiem i depresją, problemami społecznymi dziecka oraz zaburzeniami internalizacyjnymi. Ponadto im wyższy był poziom spostrzeganego wsparcia społecznego, tym obserwowano mniejsze natężenie objawów PTSD (wynik ogólny) i mniej trudności w ogólnym funkcjonowaniu (objawy nadaktywności, symptomy emocjonalne oraz problemy z rówieśnikami). Analiza regresji wykazała, że spostrzegane wsparcie społeczne uzyskane od rodziny jest istotnym predyktorem mniejszych ogólnych objawów psychopatologicznych, w tym dotyczących lęku i depresji, skarg somatycznych oraz zachowań niedostosowanych. Z kolei spostrzegane wsparcie od przyjaciół jest istotnym predyktorem mniejszego nasilenia objawów PTSD (intruzje i pobudzenie) oraz mniejszych trudności w ogólnym funkcjonowaniu związanym z symptomami emocjonalnymi, problemami z rówieśnikami i zachowaniem. Odwołując się do modelu buforowania stresu (Cohen i Wills (1985), cyt. za Jones 2014), można sądzić, że spostrzegane wsparcie społeczne w grupie młodzieży przebywającej w opiece instytucjonalnej pełni rolę zasobów emocjonalnych i instrumentalnych i tym samym zmniejsza nasilenie negatywnych skutków wydarzeń traumatycznych. Dana zależność również została potwierdzona w badaniu Gao i in. (2024) wśród uczniów szkół średnich w Chinach, którego wyniki wskazują, że wysoki poziom postrzeganego wsparcia społecznego stanowi istotny statystycznie predyktor niższego nasilenia objawów psychopatologicznych. Podobne wnioski przedstawia Rueger i in. (2016) w swojej metaanalizie dotyczącej zależności między spostrzeganym wsparciem społecznym a depresją w dzieciństwie i okresie dojrzewania.

Zaskakującym jest, że uzyskane wyniki wskazują na fakt, że większe wsparcie społeczne od osoby znaczącej jest pozytywnie skorelowane z objawami PTSD (intruzje oraz pobudzenie) i trudności w ogólnym funkcjonowaniu (symptomy emocjonalne i problemy z zachowaniem). Wyniki potwierdzają więc tylko w części postawioną hipotezę. Z kolei nasilenie objawów PTSD oraz trudności w ogólnym funkcjonowaniu związane z większym spostrzeganym wsparciem od osoby znaczącej, może wynikać z faktu, że osoba znacząca jest prawdopodobnie osoba bliska dziecku (np. rodzic, opiekun prawny), która jest odpowiedzialna za umieszczenie dziecka w opiece zastępczej lub za doznanie przez dziecko przemocy.

Podsumowując, uzyskane wyniki wskazują, że spostrzegane wsparcie społeczne pełni rolę pozytywną dla dobrostanu psychicznego młodej osoby w opiece zastępczej, gdyż jest związane z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych, takich jak objawy lęku i depresji, objawy problemów społecznych dziecka, objawów zaburzeń internalizacyjnych, objawów PTSD (wynik ogólny) oraz objawów związanych z ogólnym funkcjonowaniem (objawy nadaktywności, symptomy emocjonalne oraz problemy z rówieśnikami). Szczególnie ważną rolę odgrywa spostrzegane wsparcie społeczne od rodziny i jest silnym (pośredniczącym) predyktorem pomiędzy traumą złożoną a występowaniem objawów psychopatologicznych.

4.3. Rola zachowań prospołecznych

H3a. Oczekuje się, że zachowania prospołeczne będą mediatorem relacji pomiędzy nasileniem traumy złożonej a objawami psychopatologicznymi.

Uzyskane wyniki nie potwierdzają hipotezy H3a dotyczącej mediacyjnej roli zachowań prospołecznych pomiędzy traumą złożoną a objawami psychopatologicznymi. Wyniki analiz wskazują na brak istotnego związku między traumą złożoną a zachowaniami prospołecznymi, co może być związane z funkcją adaptacyjną i regulacyjną zachowań prospołecznych z warunkach instytucjonalnych. Trauma złożona jest związana z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, np. zaburzenia więzi, zaburzenia regulacji emocji oraz zaburzenia o charakterze internalizacyjnym i eksternalizacyjnym i tym samym obniżać możliwości ochronne pojedynczych czynników.

Korzystna rola zachowań prospołecznych, rozumiane tutaj jako rozumiane jak „szeroki obszar działań mających na celu przyniesienia korzyści jednej lub większej liczbie osób, innych niż oni sami” (Batson and Powell, 2003, p. 463), została wskazana w empirycznym modelu równań strukturalnych, biorąc pod uwagę, że spostrzegane wsparcie społeczne jest ważnym predyktorem zmniejszenia objawów psychopatologicznych, a wyniki wskazują na istotną statystycznie, dodatnią zależność między zachowaniami prospołecznymi a spostrzeganym wsparciem społecznym, została dokonana analiza roli pośredniczącej spostrzeganego wsparcia społecznego między zachowaniem prospołecznym a nasileniem objawów psychopatologicznych. Wyniki analiz mediacyjnych oraz modelowanie równań strukturalnych wskazują na pełną

mediację ogólnego spostrzeganego wsparcia społecznego w relacji między zachowaniami prospołecznymi a nasileniem objawów psychopatologicznych. Wyniki te sugerują, że zachowania prospołeczne oddziałują na obniżenie objawów psychopatologicznych za pośrednictwem spostrzeganego wsparcia społecznego. Można przypuszczać, że zachowania prospołeczne wspomagają budowanie relacji z innymi ludźmi i tym samym zwiększają poczucie spostrzeganego wsparcia społecznego, co z kolei zmniejsza nasilenie objawów psychopatologicznych. Odwołując się do teorii zachowania zasobów Hobfolla (Hobfoll, 1989; Holmgren i in., 2017), wsparcie społeczne można rozpatrywać jako istotny zasób dziecka lub adolescenta, który ulega utracie w wyniku odebrania z rodziny pochodzenia, zmiany miejsca zamieszkania, szkoły oraz najbliższego środowiska społecznego. Umieszczenie w placówce opiekuńczo-wychowawczej wiąże się z ograniczeniem lub utratą dotychczasowego środowiska, wsparcia ze strony rodziny, rówieśników, przyjaciół i wielu innych. W tym ujęciu zachowania prospołeczne mogą pełnić funkcję umożliwiającą zarówno budowania, jak i odzyskiwania utraconych zasobów poprzez odbudowywanie relacji społecznych i nawiązywanie nowych więzi, w nowym środowisku.

H3b. Oczekuje się, że wyższy poziom zachowań prospołecznych będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.

Zakładano, że zachowania prospołeczne będą pełnić rolę czynnika, który będzie odgrywał pozytywną rolę dla dobrostanu młodzieży po doświadczeniach traumy. Opierając się na badaniach Lopez i Little (1996) oraz Bokszczanin (2012), oczekiwano, że wyższe nasilenie zachowań prospołecznych będzie wiązało się z niższym nasileniem objawów psychopatologicznych. Hipoteza H3b jednak została potwierdzona tylko częściowo. Uzyskane wyniki wskazują natomiast, że wyższy poziom zachowań prospołecznych wiąże się z mniejszym nasileniem trudności w ogólnym funkcjonowaniu, w szczególności z niższym poziomem objawów nadaktywności oraz problemów w relacjach z rówieśnikami. Zależność ta znalazła również potwierdzenie w wynikach analizy regresji, które wykazały, że zachowania prospołeczne stanowią istotny statystycznie predyktor mniejszego nasilenia trudności w ogólnym funkcjonowaniu, zwłaszcza w obszarze problemów rówieśniczych. Ponadto, po uwzględnieniu wszystkich badanych predyktorów w modelu regresji, zachowania prospołeczne pozostawały istotnym statystycznie predyktorem obniżonego nasilenia symptomów emocjonalnych

związanych z trudnościami w ogólnym funkcjonowaniu oraz mniejszego nasilenia problemów w relacjach z rówieśnikami. Jednocześnie przeprowadzone analizy nie wykazały istotnej bezpośredniej zależności pomiędzy zachowaniami prospołecznymi a nasileniem traumy złożonej, ogólnym poziomem objawów psychopatologicznych ani objawami związanymi z ryzykiem wystąpienia PTSD. Wynik ten sugeruje, że w przypadku traumy złożonej zachowania prospołeczne pełnią funkcję budowania relacji społecznych i nawiązywania nowych kontaktów. Takie zachowania mają potencjał podnoszenia poczucia własnej skuteczności u młodzieży, zwiększania wsparcia społecznego, wzrostu samooceny i lepszej regulacji emocji. Na związek zachowań prospołecznych z większym poziomem własnej skuteczności wskazują wyniki istniejących badań empirycznych (Bokszczanin, 2012; Lopez i Little, 1996; Pancer i in., 2007). Można więc sądzić, że prospołeczność młodzieży z domów dziecka nie ma bezpośredniego przełożenia na natężenie objawów psychopatologicznych. Pozytywne działanie prospołeczności, bezinteresownego działania na rzecz innych może być widoczne we wzroście samooceny i poczucia własnej skuteczności, nie ujęte w tym badaniu. Ponadto zaobserwowana została korzystna dla funkcjonowania młodzieży zależność między wyższym poziomem zachowań prospołecznych a zmniejszeniem trudności związanych z ogólnym funkcjonowaniem, może wynikać z charakteru zastosowanych metod badawczych. Kwestionariusz SDQ „Mocne strony i trudności” jest narzędziem opartym na czynnikach behawioralnych, podczas gdy Kwestionariusze CBCL oraz CRIES-13 (ryzyko występowanie PTSD) są narzędziami klinicznymi, skupiającymi się wykrywaniu ryzyka występowania zaburzeń psychicznych. Coulombe (2021) uważał, że doświadczenia traumy złożonej nie sprzyjają rozwojowi u dzieci i młodzieży zachowań prospołecznych ze względu na charakter interpersonalny i relacyjny charakter traumy u wychowanków w pieczy zastępczej. W świetle zaprezentowanych wyników można sądzić, że zachowania prospołeczne prezentowane przez wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych pełnią pozytywną funkcję adaptacyjną. Zachowania prospołeczne pełnią funkcję pozytywną, gdyż ułatwiają im funkcjonowanie w środowisku rówieśniczym i szkolnym poprzez prezentowanie zachowań pożądaných i nagradzanych. Dzięki tym zachowaniom młodzi ludzie mogą też prezentować siebie w lepszym świetle przed rówieśnikami i dorosłymi. Jednakże wydaje się, że potencjał prospołeczności w przypadku młodzieży z traumami złożonymi jest zbyt mały, aby

niwelować skutki doświadczonej traumy. Ta interpretacja wymaga jednak dalszych, bardziej szczegółowych badań.

Wyniki sugerują, że zachowania prospołeczne u wychowanków pieczy instytucjonalnej pełnią przede wszystkim funkcję regulacyjną i adaptacyjną. Natomiast rola tych zachowań w redukcji objawów psychopatologicznych jest pośrednia, poprzez budowanie i korzystne działanie spostrzeganego wsparcia społecznego.

4.4. Rola kreatywności

Kreatywność była w niniejszym projekcie badawczym ujęta jako potencjalny czynnik chroniący dziecko przed występowaniem objawów psychopatologicznych. Kreatywność według Nęcki (2001, s.19) „przejawia się zwykle w formie obserwowalnego zachowania, polegającego na produkcji nowych i wartościowych wytworów (np. wierszy, utworów literackich, dowcipów kabaretowych), przy czym niekiedy wytworem może być samo zachowanie (np. w wypadku twórczości choreograficznej)”. Z kolei Karwowski (2009) podkreśla, że kreatywność możemy dostrzec w codziennych sytuacjach, takich jak praca, wychowanie dzieci czy gotowanie. Kaufman (2012) wyróżnia 5 rodzajów kreatywności: artystyczną, codzienną, wykonawczą (*performance*), mechaniczną (kreatywność związana z nauką, techniką i matematyką; zainteresowanie programowaniem komputerowym) oraz naukową. Z kolei w badaniu własnym wyniki analizy czynnikowej wskazują na wyodrębnienie czterech czynników składających się na kreatywność młodzieży z opieki zastępczej: artystyczną, codzienną, wykonawczą oraz mechaniczną.

H4a. Oczekuje się, że kreatywność będzie mediatorem relacji pomiędzy nasileniem traumy złożonej a objawami psychopatologicznymi.

Uzyskane rezultaty nie potwierdzają hipotezy H4a dotyczącej roli mediacyjnej kreatywności pomiędzy traumą złożoną a objawami psychopatologicznymi. Wyniki analiz mediacyjnych oraz modelowania równań strukturalnych wskazują na brak istotnego statystycznie związku między traumą złożoną a kreatywnością ogólną, co może być związane z funkcją ekspresyjną i regulacyjną kreatywności w grupie dzieci i młodzieży w pieczy instytucjonalnej. Ekspresyjna funkcja kreatywności ogólnej polega na umożliwianiu osobie wyrażania swoich myśli i przeżyć przez np. sztukę lub zabawę

(Szmidt, 2007). Z kolei regulacyjna funkcja kreatywności jest związana z regulowaniem napięcia emocjonalnego poprzez aktywność twórczą. Uzyskane wyniki sugerują, że nasilenie kreatywności ogólnej nie jest związane bezpośrednio z nasileniem traumy złożonej, a w grupie młodzieży z placówek opiekuńczo-wychowawczych kreatywność ogólna może występować jako względnie niezależny zasób sprzyjający radzeniu sobie z konsekwencjami potraumatycznymi. Ponadto możliwe jest występowanie pośredniczącej zależności między traumą złożoną a kreatywnością ogólną, na co wskazują wyniki badania Forgeard (2013) z udziałem osób dorosłych, które sugerują, że pomiędzy doświadczeniem traumatycznym a spostrzeganiem kreatywności zachodził związek pośredniczony przez świadome ruminacje oraz potraumatyczny wzrost. Jednocześnie w literaturze przedmiotu brakuje badań z udziałem dzieci i młodzieży, w których celem byłoby ustalenie potencjalnej zależności między traumą złożoną a nasileniem kreatywności ogólnej.

Wyniki modelowania równań strukturalnych w badaniu własnym pokazały, że większa kreatywność ogólna jest związana z większym ogólnym spostrzeganym wsparciem społecznym oraz zachowaniami prospołecznymi, co sugeruje możliwość występowania zależności pośrednich. Wyższe spostrzegane wsparcie społeczne okazało się istotnie statystycznym predyktorem większej kreatywności ogólnej w badanej grupie, podobnie jak w badaniach Gao i in. (2004) oraz van der Zanden i in. (2020). Z kolei zachowania prospołeczne są pozytywnie związane z kreatywnością ogólną, a tym samym mogą stwarzać jednostce sprzyjające warunki do rozwoju postawy kreatywnej, gdyż umożliwiają nawiązywanie nowych relacji społecznych, eksploracji społecznej oraz wiążą się z otwartością na nowe doświadczenia (Amabile 1996, cyt. za Szmidt 2007).

H4b. Oczekuje się, że wyższy poziom kreatywności będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.

Uzyskane wyniki częściowo potwierdzają oczekiwane zależności hipotezy H4b. Tylko kreatywność codzienna, rozumiana jako aktywność twórcza w codziennych czynnościach, np. w szkole i domu, wykazała swój korzystny potencjał w zakresie zdrowia psychicznego młodzieży z instytucjonalnej pieczy zastępczej. Analizy korelacyjne oraz regresji wskazują, że tylko kreatywność codzienna stanowi istotny statystycznie predyktor niższego nasilenia objawów lęku i depresji, zaburzeń internalizacyjnych oraz trudności w ogólnym funkcjonowaniu, w tym w zakresie

nadaktywności. Kreatywność codzienna jest związana z procesami regulacji emocji i może pełnić funkcje rozwojowe, socjalizacyjne i edukacyjne (Szmidt, 2007). Odwołując się do koncepcji twórczości przez małe „t” Craft (1996, cyt. za Szmidt, 2007), kreatywność codzienna wiąże się z myśleniem możliwościowym, opartym na otwartości na doświadczenia oraz analizie dostępnych opcji i podejmowaniu wyborów w sytuacjach codziennych. Możliwość reinterpretacji sytuacji, poszukiwania rozwiązań oraz patrzenie z innej perspektywy sprzyjają regulacji emocji w sposób społecznie akceptowany, m.in. poprzez poznawcze przeformułowanie trudnych doświadczeń. Kreatywność codzienna sprzyja regulacji emocji również przez zwiększenia poczucia sprawczości. Ponadto Ivcevic (2007), w badaniu z udziałem studentów, wskazuje, że kreatywność codzienna jest związana z ekstrawersją, sumiennością oraz osobistym wzrostem, co potwierdza jej funkcję rozwojową i socjalizacyjną. Kreatywność codzienna, poprzez otwartość na nowe doświadczenia, ciekawość poznawczą oraz gotowość do eksplorowania nowych rozwiązań, może również pełnić funkcję edukacyjną, wspierając uczenie się z różnych źródeł (Schmidt, 2007). Zgodnie z koncepcją Kaufman i Beghetto (2009) kreatywność codzienna odnosi się do codziennego funkcjonowania oraz niekonwencjonalnego podejścia do rozwiązywania sytuacji potencjalnie stresowych. Jak podkreślają badacze, kreatywność wiąże się jednak nie tylko z oryginalnym myśleniem, lecz również z otwartością, ciekawością poznawczą, elastycznością w zachowaniu oraz gotowością do eksplorowania nowych doświadczeń (Karwowski, 2009; Craft, 1996, cyt. za Szmidt, 2007; Silvia, 2014). Odpowiedni rozwój kreatywności codziennej wymaga bezpiecznego, stabilnego i akceptującego otoczenia, szczególnie w warunkach rodzinnych. Warunki rozwojowe wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych mogą ograniczać możliwość pełnego rozwoju potencjału kreatywności codziennej, co może wpływać zarówno na jej poziom, jak i na sposób jej wykorzystywania w radzeniu sobie z trudnymi doświadczeniami.

Kreatywność wykonawcza (*performance*) okazała się istotnym statystycznie predyktorem niższego nasilenia problemów społecznych i trudności w relacjach rówieśniczych oraz objawów unikania, zaliczanych do symptomów PTSD. Kreatywność wykonawcza odnosi się do aktywności związanych z muzyką, występami oraz pisaniem, w tym jak publicznych tak i prywatnych. Dane aktywności są związane z udziałem innych osób, co z jednej strony zachęca do nawiązywania kontaktów społecznych, a z drugiej strony może pozytywnie wiązać się z podniesieniem samooceny oraz poczucia

skuteczności, co z kolei sprzyja radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi (Malchiodi, 2015; Morison, 2021). Dane wyniki częściowo potwierdzają hipotezę, że wyższy poziom kreatywności będzie związany z mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych.

Zaobserwowano także, że wyższy poziom kreatywności wykonawczej (*performance*) wiąże się z większym nasileniem objawów intruzji, co wskazuje na brak potwierdzenia zależności między kreatywnością wykonawczą a lepszym dobrostanem młodzieży w placówkach opiekuńczo – wychowawczych. Nie potwierdzono oczekiwanej zależności w odniesieniu do kreatywności artystycznej, mechanicznej oraz wykonawczej. Kreatywność artystyczna oraz wykonawcza w grupie młodzieży po doświadczeniach potencjalnie traumatycznych może pełnić przede wszystkim funkcję ekspresyjną, związaną z ujawnianiem tłumionych emocji oraz doświadczeń z przeszłości. Zależność między kreatywnością artystyczną a objawami psychopatologicznymi została potwierdzona w badaniu Ivcevic (2007). Zwiększona ekspresja emocjonalna może wiązać się z większą dostępnością treści emocjonalnych i traumatycznych, co w konsekwencji może współwystępować z nasileniem objawów psychopatologicznych. Jednocześnie literatura podkreśla, że wykorzystanie kreatywności artystycznej w kontekście terapeutycznym jest zasadne, o ile proces ten odbywa się w warunkach odpowiedniej struktury, bezpieczeństwa i pod kontrolą wykwalifikowanego specjalisty (Malchiodi, 2015).

Wyniki sugerują, że nie każda forma kreatywności pełni korzystną, ochronną funkcję w odniesieniu do objawów psychopatologicznych. Wbrew oczekiwaniom, kreatywność artystyczna była istotnym statystycznie predyktorem wyższego nasilenia objawów PTSD, zwłaszcza pobudzenia, a także większych trudności w ogólnym funkcjonowaniu, obejmujących symptomy emocjonalne oraz problemy z zachowaniem. Z kolei wyższy poziom kreatywności mechanicznej wiąże się z większym nasileniem objawów wycofania. Uzyskane wyniki wskazują na zróżnicowanie funkcji, jakie pełnią różne rodzaje kreatywności u młodzieży po traumatycznych doświadczeniach.

Wyniki obecnego badania wskazują na to, że kreatywność codzienna może pełnić funkcję ochronną w odniesieniu do nasilenia objawów lęku i depresji oraz zaburzeń internalizacyjnych. Natomiast kreatywność artystyczna zdaje się pełnić przede wszystkim funkcję ekspresyjną, która nie zawsze wiąże się ze skuteczną regulacją emocji, a w konsekwencji może współwystępować z większym nasileniem objawów PTSD oraz trudności w ogólnym funkcjonowaniu. Jednocześnie uzyskane rezultaty wskazują, że

wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego oraz zachowań prospołecznych sprzyja rozwojowi postawy kreatywnej, tworząc warunki akceptacji, stabilności oraz wzmacniając poczucie własnej skuteczności.

4.5. Wyniki dodatkowe

Przeprowadzono serię analiz różnic między osobami objętymi opieką psychiatryczną i opieką psychoterapeutyczną a osobami nie korzystającymi z takiej opieki. Uzyskane wyniki pokazują, że wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych, którzy są pod opieką lekarza psychiatry prezentują istotnie wyższe wyniki w nasileniu ogólnych objawów psychopatologicznych, w objawach PTSD (unikanie oraz pobudzenie) oraz w nadaktywności i problemach z zachowaniem. Te wyniki mogą świadczyć o tym, że młodzież prezentująca większe trudności emocjonalne i behawioralne częściej są konsultowane przez lekarza psychiatrę a rozpoznanie takiej potrzeby przez kadrę pedagogiczną jest trafne i konieczne. Z kolei wychowankowie objęci opieką psychoterapeutyczną różnili się od wychowanków nie objętych taką opieką, gdyż mieli większe nasilenie objawów dotyczących lęku i depresji, większe ryzyko występowania zaburzeń myślenia oraz więcej trudności w ogólnym funkcjonowaniu. Może to wskazywać na fakt, że wychowankowie częściej trafiają pod opiekę psychoterapeutyczną w przypadku prezentowania objawów internalizacyjnych, takich jak lęk i depresja, a także trudności poznawczych i problemów w codziennym funkcjonowaniu. Młodzież, u której obserwuje się nasilone objawy psychopatologiczne lub niepokojące trudności w codziennym funkcjonowaniu, związane m.in. z nadpobudliwością, problemami w relacjach rówieśniczych oraz prezentowaniem zachowań agresywnych i niedostosowanych, wymaga konsultacji oraz objęcia opieką wielospecjalistyczną w celu rozpoznania przyczyn trudności oraz dostosowania adekwatnych form leczenia i wsparcia (Cook, 2003; Greeson i in., 2011; Ford, 2017).

4.6. Praktyczne implikacje wyników badania własnego

Wyniki badania upoważniają do sformułowania wniosków praktycznych. Uzyskane wyniki wskazują przede wszystkim na zasadność diagnozowania młodzieży w pieczy instytucjonalnej pod kątem traumy złożonej traktując inne obserwowane

zaburzenia jako przejawy reakcji potraumatycznych. Skutecznym we wsparciu młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych jest podejście zintegrowane, bo jak widzimy jeden czynnik, może nie mieć wystarczającego efektu buforującego silny stres. Wnioski z badania są przedstawione poniżej w kolejnych punktach.

1. Wyniki sugerują, że u młodzieży umieszczonej w pieczy instytucjonalnej zachodzą procesy adaptacyjne, które buforują występowanie objawów psychopatologicznych. Celem pracy kadry pedagogicznej musi być nie tylko redukcja objawów niepożądanych, ale również wspieranie rozwoju zasobów dziecka takich jak zachowania prospołeczne, postawy kreatywnej, wspieranie budowania odpowiednich relacji rówieśniczych.

2. Uzyskane wyniki wskazują na szczególne znaczenie spostrzeganego wsparcia społecznego uzyskanego od rodziny pochodzenia w funkcjonowaniu społecznym i psychicznym dziecka umieszczonego w pieczy instytucjonalnej. W praktyce oznacza to zasadność podejmowania działań zmierzających do utrzymania kontaktów dziecka z rodziną, na ile jest to możliwe i bezpieczne. Jest to również jednym z celów pracy asystenta rodziny, obejmujący przygotowania i zadbanie o jakość tych kontaktów. Ponadto warto zwrócić uwagę, że nie każdy kontakt z członkami rodziny pełni rolę chroniącą i wspierającą dobrostan dziecka.

3. Biorąc pod uwagę zależność zachowań prospołecznych z spostrzeganym wsparciem społecznym i kreatywnością, warto zachęcać wychowanków do udziału w akcjach charytatywnych, wspieranie siebie nawzajem w czynnościach codziennych, promowanie postawy prospołecznej oraz stworzenie warunków akceptacji, stabilności i bezpieczeństwa na tle których takie zachowania mogą być promowane.

4. Wyniki badania wskazują na ważną z perspektywy praktycznej różnicę między kreatywnością codzienną i artystyczną. Ważne jest wspierać odpowiedni rodzaj kreatywności w celu uniknięcia nasilenia niepożądanych objawów internalizacyjnych. Ważną jest rola kreatywności codziennej w regulacji emocji i właśnie na jej rozwój mogą zwrócić uwagę kadra pedagogiczna. Ekspresja artystyczna u adolescentów po traumatycznych przejściach musi być prowadzona z ostrożnością i najlepiej przez wyszkolonego terapeutę.

5. Ponieważ wyniki badania własnego wskazują na większe nasilenie objawów zaburzeń internalizacyjnych oraz objawów związanych z PTSD u dziewcząt przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych w porównaniu z

chłopcami, zasadne jest odpowiednie organizowanie pomocy psychologicznej oraz specjalistycznej w celu wczesnego rozpoznania oraz reagowania w przypadku występowania danych objawów.

6. Ze względu na to, że wyniki badania własnego sugerują, iż starsi adolescentci w pieczy instytucjonalnej prezentują większe nasilenie objawów zaburzeń internalizacyjnych w porównaniu do młodszych wychowanków, warto zwrócić szczególną uwagę na tę grupę przy planowaniu opieki terapeutycznej oraz specjalistycznej w celu wczesnego rozpoznania i odpowiedniego reagowania w przypadku występowania objawów niepożądanych. Ponadto kadra pedagogiczna i specjalistyczna placówek opiekuńczo-wychowawczych może, odpowiednio do potrzeb grup ryzyka, planować i wdrażać ukierunkowane działania oraz zajęcia o charakterze prewencyjnym.

4.7. Ograniczenia projektu badawczego oraz kierunki dalszych badań

Zaprezentowany projekt badawczy ma swoje ograniczenia. W badaniu wzięli udział wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych w Polsce. W badaniu nie wzięli udziału wychowankowie z Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych, Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii oraz przebywających na stacjonarnym oddziale leczenia chorób psychicznych oraz osoby wykluczone przez kadre pedagogiczną ze względu na stan emocjonalny, który nie pozwalał na udział w badaniu. Pominięcie osób, które prezentują skrajne trudności w funkcjonowaniu ze względu na zaburzenia eksternalizacyjne lub internalizacyjne mogło skutkować niepełną reprezentacją grupy badanej (młodzież z pieczy instytucjonalnej) oraz wyśrodkowanie wyników w granicach przeciętnych.

Kolejnym ograniczeniem jest to, że badania były przeprowadzone w dużych miastach Polski. W pieczy instytucjonalnej w małych gminach sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży, dostęp do opieki psychoterapeutycznej oraz ogólna opieka nad dziećmi może istotnie się różnić w porównaniu z dużymi miastami. Propozycja udziału w badaniu była wysyłana również do mniejszych miejscowości, ale kierownictwo placówek nie było zainteresowane współpracą w ramach danego badania.

Badanie zostało przeprowadzone w czasie pandemii COVID-19. Ze względu na przepisy krajowe i instytucjonalne był ograniczony dostęp do indywidualnego spotkania

z wychowankami i część wychowanków wypełniała kwestionariusze w obecności psychologa danej placówki. Wyniki t-test dla grup niezależnych nie wykazały istotnie statystycznych różnic między daną grupą a pozostałymi wychowankami, którzy wypełniali kwestionariusze w mojej obecności, jednak w przyszłych badaniach warto zadbać o taką samą procedurę badania dla wszystkich osób. Ponadto kontekst pandemii nie był sprawdzony jako czynnik potencjalnie oddziałujący na dobrostan i funkcjonowanie badanej młodzieży. Należy też podkreślić, że w badaniu własnym wzięły udział osoby w okresie adolescencji, w wieku 11-18 lat. Uzyskane wyniki należy więc z ostrożnością odnosić do osób młodszych, przed wejściem w okres dorostania. Jednakże ze względu na specyfikę placówek, z których badani się wywodzą pewne uogólnienia i generalizacje wyników wydają się uprawnione.

Kolejnym ograniczeniem badania jest niska rzetelność części podskal kwestionariusza „Mocne strony i trudności” oraz skali kreatywności. W szczególności rzetelność podskal nadpobudliwości, problemów w zachowaniu oraz problemów z rówieśnikami była niższa niż 0,60. W związku z tym wyniki odnoszące się do tych podskal należy interpretować z ostrożnością. Jednak warto zaznaczyć, że w oryginalnej wersji kwestionariusza „Mocne strony i trudności” (Goodman, 2001) podskale również uzyskują wartość współczynnika Alfa Cronbacha poniżej <0,70, a współczynnik Alfa Cronbacha dla podskali dotyczącej problemów z rówieśnikami ma wartość 0,41.

Wyniki analizy czynnikowej eksploracyjnej wskazują, że w wersji skróconej skali kreatywności zaproponowanej dla młodzieży wyodrębnia się 4 czynniki, a nie 5 jak w wersji dla osób dorosłych. Ponadto czynnik dotyczący kreatywności wykonawczej (*performance*) był naładowany tylko dwoma pozycjami, co jest za mało dla podskali, dlatego wyniki związane z kreatywnością wykonawczą warto interpretować ostrożnie. Z kolei w czynniku dotyczącym kreatywności codziennej znajdują się pozycje, które nie osiągają wystarczających wartości ładunków czynnikowych, co wskazuje na konieczność przeprowadzenia pogłębionej analizy trafności treściowej tej podskali. Jednocześnie skrócona wersja skali wymaga dalszych badań w celu pełniejszego określenia jej właściwości psychometrycznych oraz przeprowadzenia procesu walidacji.

W niniejszym projekcie badawczym uwaga została skoncentrowana na trzech predyktorach, które – na podstawie przyjętych podejść teoretycznych – mogą wspierać młodzież w ograniczaniu nasilenia objawów potraumatycznych. Jednak warto zaznaczyć, że trauma złożona jej konsekwencje dla jednostki w wieku rozwojowym stanowią

zjawisko złożone i wielowymiarowe, wymagające uwzględnienia szerszego spektrum predyktorów oraz potencjalnych mechanizmów pośredniczących, które mogą wspierać dobrostan i funkcjonowanie społeczne młodzieży po doświadczeniu wydarzeń traumatycznych. Ponadto w danym modelu nie uwzględniono czynniki związane bezpośrednio z rodziną pochodzenia, takich jak konkretną przyczyną umieszczenia w instytucjonalnej pieczy zastępczej oraz utrzymywanie kontaktu z rodziną i jego częstotliwość. Z uwagi na trudności organizacyjne i formalne związane z nawiązaniem kontaktu z rodzinami pochodzenia, do udziału w badaniu nie byli zapraszani rodzice wychowanków, co również stanowi istotne ograniczenie niniejszego projektu badawczego.

W przeprowadzonym projekcie badawczym nie było porównania z grupą kontrolną, co warto uwzględnić w przyszłych badaniach w celu analizy potencjalnych różnic w grupie młodzieży wychowującej się w rodzinie biologicznej oraz młodzież przebywającej w opiece zastępczej.

Wyniki przedstawione w niniejszym podrozdziale były analizowane z wykorzystaniem analiz korelacyjnych, testu t-Studenta dla prób niezależnych, analiz regresji hierarchicznej, analiz mediacyjnych oraz modelowania równań strukturalnych. Zgodnie z zaleceniami Cohena (1988) obliczono wielkości efektów oraz przeprowadzono analizę wrażliwości mocy statystycznej. Uzyskane wyniki charakteryzowały się najczęściej małą lub zbliżoną do umiarkowanej wielkością efektu. Należy jednak podkreślić, że trauma złożona doświadczana przez młodzież przebywającej w pieczy instytucjonalnej stanowi zjawisko wielowymiarowe i złożone. W związku z tym pojedyncze predyktory mogą wykazywać niewielkie efekty lub nie wyjaśniać w istotnym stopniu nasilenia konkretnych objawów psychopatologicznych u badanych osób, co jest zgodne ze specyfiką badań prowadzonych w obszarze psychologii klinicznej i rozwojowej.

Mimo ograniczeń niniejszego projektu badawczego uzyskane wyniki dostarczają istotnych wskazówek do dalszych badań nad występowaniem objawów psychopatologicznych u młodzieży przebywającej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz na temat czynników pełniących funkcję ochronną. Rezultaty badania podkreślają szczególne znaczenie wsparcia społecznego ze strony rodziny pochodzenia dla funkcjonowania dziecka umieszczonego w pieczy instytucjonalnej. W związku z tym w przyszłych badaniach zasadne wydaje się pogłębienie analiz

dotyczących charakteru kontaktu z rodziną biologiczną, w tym jego częstotliwości i jakości, oraz ich znaczenia dla dobrostanu psychicznego wychowanków.

Z kolei obserwowane nasilenie objawów PTSD przy wyższym poziomie spostrzeganego wsparcia ze strony osoby znaczącej wymaga dalszych analiz, w szczególności doprecyzowania, kim jest osoba znacząca w życiu wychowanka placówki opiekuńczo-wychowawczej oraz jaką rolę pełni w jego funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym.

W niniejszym badaniu uwaga była skoncentrowana głównie na negatywnych konsekwencjach traumy złożonej, jednak uzyskane wyniki wskazują, że nie wszyscy wychowankowie prezentują nasilenie objawów psychopatologicznych w zakresie klinicznym. W związku z tym zasadne jest uwzględnienie w przyszłych badaniach również pozytywnych zmian potraumatycznych, takich jak potraumatyczny wzrost oraz identyfikacja czynników sprzyjających jego występowaniu w tej grupie.

Rola zachowań prospołecznych oraz kreatywności wymaga pogłębionych analiz w celu lepszego zrozumienia mechanizmów pośredniczących, które potencjalnie mogą przyczyniać się do obniżenia nasilenia objawów potraumatycznych. Ponadto ze względu na przekrojowy charakter badania, weryfikacja hipotez mediacyjnych w przyszłości powinna opierać się na projektach podłużnych, umożliwiających uchwycenie kierunku i dynamiki analizowanych zależności.

Uzyskane wyniki potwierdzają adaptacyjną i regulacyjną funkcję zachowań prospołecznych oraz kreatywności, jednak w dalszych analizach warto uwzględnić również inne istotne predyktory funkcjonowania psychospołecznego młodzieży po doświadczeniach traumatycznych, takie jak regulacja emocji, jakość więzi oraz poczucie własnej skuteczności. Rola kreatywności codziennej i artystycznej również wymaga pogłębionych analiz, w szczególności po przeprowadzeniu bardziej szczegółowej operacjonalizacji zmiennych oraz dopracowaniu narzędzi służących do ich pomiaru. Przyszłe kierunki badań nad traumą złożoną u wychowanków pieczy zastępczej powinny uwzględniać deficyty w obszarach rozwoju młodzieży, zaburzenia więzi oraz perspektywę neurorozwojową, co pozwoli na lepsze określenie dalszych kierunków wsparcia rozwoju dziecka z doświadczeniem traumy złożonej.

Zakończenie

W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz liczby dzieci i młodzieży umieszczanych w pieczy zastępczej. Aktualna literatura jednoznacznie wskazuje na podwyższone ryzyko występowania objawów psychopatologicznych w tej grupie, co wiąże się ze złożonością doświadczanych wydarzeń traumatycznych, współwystępowaniem zaburzeń oraz trudnościami w ogólnym funkcjonowaniu psychospołecznym. Wiedza dotycząca traumy złożonej systematycznie się poszerza, wskazując nowe kierunki badań oraz zmieniając sposób rozumienia trudności dzieci i młodzieży po doświadczeniach długotrwałej i chronicznej przemocy relacyjnej. Jednocześnie praktyka pomocowa wciąż często koncentruje się głównie na redukowaniu niepożądanych zachowań, z pominięciem kontekstu rozwojowego, w którym doszło do doświadczeń traumatycznych. Z tego względu rośnie potrzeba podejścia zintegrowanego w pracy z dziećmi i młodzieżą z doświadczeniem traumy złożonej, uwzględniającego identyfikację predyktorów chroniących oraz czynników sprzyjających rozwojowi zasobów dziecka.

Celem niniejszej rozprawy doktorskiej była analiza traumy złożonej oraz jej negatywnych konsekwencji występujących w grupie młodzieży przebywającej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. W części teoretycznej przedstawiono zagadnienia dotyczące uwarunkowań nasilenia objawów psychopatologicznych w tej populacji. Szczególną uwagę poświęcono analizie mediacyjnej roli spostrzeganego wsparcia społecznego, zachowań prospołecznych oraz kreatywności jako potencjalnych czynników ochronnych, uwzględniając ich dostępność i znaczenie w warunkach pieczy zastępczej.

Uzyskane wyniki podkreślają istotną rolę rodziny w życiu dziecka, jako środowiska tworzącego podstawowe warunki dla jego dalszego rozwoju. To właśnie relacje oparte na wsparciu, akceptacji i poczuciu bezpieczeństwa stanowią fundament dla kształtowania postaw prospołecznych oraz rozwoju kreatywności. Prawidłowy rozwój dziecka jest możliwy wówczas, gdy jego podstawowe potrzeby bezpieczeństwa emocjonalnego są zaspokojone, co sprzyja otwartości na nowe doświadczenia i budowaniu relacji społecznych. Młodzież umieszczona w instytucjonalnej pieczy zastępczej często w rodzinie pochodzenia była pozbawiona takich doświadczeń, co mogło ograniczać rozwój ich zasobów psychospołecznych. W pracy z dzieckiem z

doświadczeniem traumy złożonej kluczowe znaczenie ma wzmocnienie zasobów i budowanie rezyliencji. Jednocześnie obecna literatura wskazuje, że nawet w sytuacji braku adekwatnego wsparcia ze strony rodziny pochodzenia, dziecko może uzyskać istotne wsparcie w innych środowiskach, takich jak szkoła czy grupa rówieśnicza.

Wyniki niniejszej rozprawy doktorskiej wskazują, że skuteczność udzielanej pomocy oraz poprawa funkcjonowania młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wymagają rozumienia złożoności doświadczeń traumatycznych, analizy roli pośrednich predyktorów chroniących i wspierających procesy rezyliencji, a także pogłębionej wiedzy na temat występowania objawów potraumatycznych u młodzieży.

Bibliographia

Abreu, P. M. J. E., Kumsta, R., & Wealer, C. (2023). Risk and protective factors of mental health in children in residential care: A nationwide study from Luxembourg. *Child Abuse & Neglect*, 146, 106522. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106522>

Aguilar-Vafaie, M., Roshani, M., & Hassanabadi, H. (2014). Protective factors enhancing prosocial behavior and preventing internalizing and externalizing symptoms among adolescents living in foster care homes. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(2), 52–62.

Alisic, E., van der Schoot, T. A., van Ginkel, J. R., & Kleber, R. J. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(9), 1455–1461. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0913>

Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>

Alvis, L. M., Douglas, R. D., Shook, N. J., & Oosterhoff, B. (2022). Associations between adolescents' prosocial experiences and mental health during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology*, 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02670-y>

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arczewska, M. (2021). Tymczasowość rodzinnych form pieczy zastępczej w świetle wyników badań empirycznych. *Prawo w Działaniu. Sprawy Cywilne*, 48, 45–80.

- Babicka-Wirkus, A., Kozłowski, P., Wirkus, Ł., & Stasiak, K. (2023). Internalizing and externalizing disorder levels among adolescents: Data from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2752. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032752>
- Barth R. P. (1997). Effects of age and race on the odds of adoption versus remaining in long-term out-of-home care. *Child welfare*, 76(2), 285–308.
- Batson, C. D., & Powell, A. A. (2003). Altruism and prosocial behavior. In T. Millon & M. J. Lerner (Eds.), *Handbook of psychology: Personality and social psychology* (Vol. 5, pp. 463–484). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0519>
- Beghetto, R. A., & Kaufman, J. C. (2013). Fundamentals of creativity. *Educational Leadership*, 70(5), 10–15.
- Bokszczanin, A. (2003). *Spoleczne i psychiczne reakcje dzieci i młodzieży na powódź 1997 roku*. Instytut Psychologii PAN.
- Bokszczanin, A. (2007). PTSD symptoms in children and adolescents 28 months after a flood: Age and gender differences. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 347–351. <https://doi.org/10.1002/jts.20220>
- Bokszczanin, A. (2012). Social support provided by adolescents following a disaster and perceived social support, sense of community at school, and proactive coping. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(5), 575–592. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.622374>
- Bremness, A., & Polzin, W. (2014). Commentary: Developmental trauma disorder – a missed opportunity in DSM-5. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 142–145.
- Brett, E. (2025). Klasyfikacja zespołu stresu pourazowego. W B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane i L. Weisaeth (red.), *Traumatyczny stres: Wpływ wstrząsających doświadczeń na umysł i ciało człowieka* (2 wyd., s. 161–175). Wydawnictwo Czarna Owca.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>

Briggs, E. C., Fairbank, J. A., Greeson, J. K. P., Layne, C. M., Steinberg, A. M., Amaya-Jackson, L. M., Ostrowski, S. A., Gerrity, E. T., Elmore, D. L., Belcher, H. M. E., & Pynoos, R. S. (2012). Links between child and adolescent trauma exposure and service use histories in a national clinic-referred sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/a0027312>

Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis. *Medicine, 95*(7), e2622. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>

Burnstein, E. (2008). Altruizm i pokrewieństwo genetyczne. W D. Rutkowska & A. Szuster (red.), *O różnych obliczach altruizmu* (s. 276–295). Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

Buszman, K., & Przybyła-Basista, H. (2017). Polish adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Polish Psychological Forum, 22*(4), 581–599. <https://doi.org/10.14656/PFP20170404>

Byron, K., Khazanchi, S., & Nazarian, D. (2010). The relationship between stressors and creativity: A meta-analysis examining competing theoretical models. *Journal of Applied Psychology, 95*(1), 201–212. <https://doi.org/10.1037/a0017868>

Carvalho, F., Maciel, L., & Basto-Pereira, M. (2020). Two sides of child maltreatment: From psychopathic traits to altruistic attitudes inhibition. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*(2), 199–206. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00280-2>

Chen, P., Zhang, Q., Sun, X., Ye, X., Wang, Y., & Yang, X. (2023). How do childhood abuse and neglect affect prosocial behavior? The mediating roles of different empathic components. *Frontiers in Psychology, 13*, 1051258. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1051258>

- Clarke, D. (2005). *Zachowania prospołeczne i antyspołeczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates
- Connell, C. M., Katz, K. H., Saunders, L., & Tebes, J. K. (2006). Leaving foster care--The influence of child and case characteristics on foster care exit rates. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 780–98. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.08.007>
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2003). *Complex trauma in children and adolescents* [White paper]. National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma Task Force. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/complex_trauma_in_children_and_adolescents.pdf
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Coulombe, B. R. (2021). *Prosocial behavior in the context of childhood interpersonal trauma: A meta-analytic review of the evidence* (Unpublished doctoral dissertation). University of California, Riverside. <https://escholarship.org/uc/item/7j98h26p>

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67(3), 993–1002. <https://doi.org/10.2307/1131875>

Czerwińska, M., & Kucharska, K. (2024). PTSD i cPTSD wśród wychowanków pieczy zastępczej – przegląd literatury [PTSD and cPTSD in foster children – a review of the literature]. *Psychiatria, Psychologia i Klinika*, 24(1), 89–97. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2024.0012>

de Castro, B. O., Merk, W., Koops, W., Veerman, J. W., & Bosch, J. D. (2005). Emotions in social information processing and their relations with reactive and proactive aggression in referred aggressive boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 105–116. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_10

Desmond, K. J., Kindsvatter, A., Stahl, S., & Smith, H. (2015). Using creative techniques with children who have experienced trauma. *Journal of Creativity in Mental Health*, 10(4), 439–455. <https://doi.org/10.1080/15401383.2015.1040938>

Docherty, M., Boxer, P., Veysey, B. M., & Ostermann, M. (2016). Gender differences in prevalence of internalizing and externalizing symptoms in a justice-referred sample of youth. *Journal of Juvenile Justice*, 5(2), 104–120.

Dragan, M. (2018). Zaburzenia psychiczne u dorosłych krzywdzonych w dzieciństwie – badanie z zastosowaniem wywiadu ustrukturalizowanego SCID-I. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 9–25.

Dragan, M. (2020). Adverse experiences, emotional regulation difficulties and psychopathology in a sample of young women: Model of associations and results of cluster and discriminant function analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.12.001>

Dragan, M., Hardt, J. (2009). Negatywne doświadczenia z okresu dzieciństwa i zapobieganie ich skutkom. W J. Strelau, B. Zawadzki i M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy: Uwarunkowania i terapia* (s. 34–52). Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Dragan, W. Ł., Zielińska, A., & Zagdańska, M. (2016). Negatywne zdarzenia z dzieciństwa jako moderator związku reaktywności emocjonalnej i występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych w grupie nieklinicznej. *Psychiatria Polska*, 50(1), 95–104. <https://doi.org/10.12740/PP/40064>

Drozdowski, L. (2011). “T” child – a child with experience of complex trauma. In L. Drozdowski & B. Weigl (Eds.), *Family children's homes: Care and upbringing* (pp. [tu numeru stron]). Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., & Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288. <https://doi.org/10.1037/a0024780>

Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 174–181. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00011>

Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: does perceived social support play a buffering role?. *Child abuse & neglect*, 37(11), 934–943. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.005>

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746–754. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>

Ford, J. D. (2017). Complex trauma and developmental trauma disorder in adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 7(4), 220–235. <https://DOI.org/10.2174/2210676608666180112160419>

Ford, J. D., Grasso, D., Greene, C., Levine, J., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2013). Clinical significance of a proposed developmental trauma disorder diagnosis: Results of an international survey of clinicians. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(8), 841–849. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08030>

- Forgeard, M. (2013). Perceiving benefits after adversity: The relationship between self-reported posttraumatic growth and creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 7(3), 245–264. <https://doi.org/10.1037/a0031223>
- Forgeard, M. (2018). Creativity for mental health: Seeking new answers to an old question. *Creativity: Theories – Research – Applications*, 5(2), 165–169. <https://doi.org/10.1515/ctra-2018-0014>
- Frazier, P., Greer, C., Gabrielsen, S., Tennen, H., Park, C., & Tomich, P. (2013). The relation between trauma exposure and prosocial behavior. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 286–294. <https://doi.org/10.1037/a0027255>
- Gao, D., Dong, Y., Kong, A., & Li, X. (2024). How Does Perceived Social Support Impact Mental Health and Creative Tendencies Among Chinese Senior High School Students? *Behavioral Sciences*, 14(11), 1002. <https://doi.org/10.3390/bs14111002>
- George, D., & Mallery, P. (2021). *IBM SPSS Statistics 27 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.
- Główny Urząd Statystyczny (2023). *Pieczna zastępcza w 2022 roku*. Pobrano z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/dzieci-i-rodzina/dzieci/pieczna-zastepcza-w-2022-roku,1,7.html>
- Główny Urząd Statystyczny (2024). *Pieczna zastępcza w 2023 roku*. Pobrano z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/dzieci-i-rodzina/dzieci/pieczna-zastepcza-w-2023-roku,1,8.html>
- Główny Urząd Statystyczny (2025). *Pieczna zastępcza w 2024 roku*. Pobrano z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/dzieci-i-rodzina/dzieci/pieczna-zastepcza-w-2024-r-,1,9.html>
- Gomis-Pomares, A., & Villanueva, L. (2020). The effect of adverse childhood experiences on deviant and altruistic behavior during emerging adulthood. *Psicothema*, 32(1), 33–39. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.142>

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

Goodman R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>

Greeson, K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., Ko, S. J., & Fairbank, J. A. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91–108.

Griffin, G., McClelland, G., Holzberg, M., Stolbach, B., Maj, N., & Kisiel, C. (2011a). Addressing the impact of trauma before diagnosing mental illness in child welfare. *Child Welfare*, 90(6), 69–90.

Griffin, G., McEwen, E., Samuels, B. H., Suggs, H., Redd, J. L., & McClelland, G. M. (2011b). Infusing protective factors for children in foster care. *The Psychiatric clinics of North America*, 34(1), 185–203. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.014>

Grzegorzewska, I., & Cierpiałkowska, L. (2020). Psychopatologia rozwojowa. Integrujące podejście do zdrowia i zaburzeń dzieci i młodzieży. W I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska & A. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 137–164). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Gunaratnam, S., & Alisic, E. (2017). Epidemiology of trauma and trauma-related disorders in children and adolescents. In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 29–47). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_2

Gustak, M., Głuszek-Osuch, M. (2009). Czynniki warunkujące PTSD u dzieci i młodzieży. W J. Strelau, B. Zawadzki i M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy: Uwarunkowania i terapia* (s. 154–173). Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Haselgruber, A., Knefel, M., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2021). Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: The interplay of ICD-11 complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 282, 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.116>
- Helfand, M., Kaufman, J. C., & Beghetto, R. A. (2017). The Four C Model of Creativity: Culture and context. In V. P. Glăveanu (Ed.), *The Palgrave handbook of creativity and culture research* (pp. 15–360). Palgrave Macmillan.
- Herrenkohl, T. I., Jung, H., Klika, J. B., Mason, W. A., Brown, E. C., Leeb, R. T., & Herrenkohl, R. C. (2016). Mediating and moderating effects of social support in the study of child abuse and adult physical and mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(5), 573–583. <https://doi.org/10.1037/ort0000136>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic stress: A theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research*, 4(3), 187–197. <https://doi.org/10.1080/08917779108248773>
- Hobfoll, S. E., Stevens, N. R., & Zalta, A. K. (2015). Expanding the science of resilience: Conserving resources in the aid of adaptation. *Psychological Inquiry*, 26(2), 174–180. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1002377>
- Hobfoll, S. E., Tracy, M., & Galea, S. (2006). The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 867–878. <https://doi.org/10.1002/jts.20166>
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891–898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>
- Holmgren, L., Tirone, V., Gerhart, J., & Hobfoll, S. E. (2017). Conservation of resources theory: Resource caravans and passageways in health contexts. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 443–457). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch27>

Holtan, A., Rønning, J. A., Handegård, B. H., & Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European child & adolescent psychiatry*, *14*(4), 200–207. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0445-z>

Interdyscyplinarny Zespół Badań nad Dzieciństwem. (2018). *Kodeks dobrych praktyk w badaniach z dziećmi*.

Ivcevic, Z. (2007). Artistic and everyday creativity: An act-frequency approach. *The Journal of Creative Behavior*, *41*(4), 271–290. <https://doi.org/10.1002/j.2162-6057.2007.tb01074.x>

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomás, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model. *Child abuse & neglect*, *31*(3), 231–253. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.011>

Jetishi, P., & Mugaj-Froku, A. (2016). Gender differences in manifestation of externalization and internalization problems at Kosovo adolescents aged 11–18 years old. *European Journal of Psychological Research*, *3*(3), 24–31.

John, S. G., Brandt, T. W., Secrist, M. E., Mesman, G. R., Sigel, B. A., & Kramer, T. L. (2019). Empirically guided assessment of complex trauma for children in foster care: A focus on appropriate diagnosis of attachment concerns. *Psychological Services*, *16*(1), 120–133. <https://doi.org/10.1037/ser0000263>

Jones, L. P. (2014). The role of social support in the transition from foster care to emerging adulthood. *Journal of Family Social Work*, *17*(1), xx–xx. <https://doi.org/10.1080/10522158.2013.865287>

Kaimal, G., Ray, K., & Muniz, J. (2016). Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art Therapy*, *33*(2), 74–80. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1166832>

Kaniasty, K. (2003). *Kłęska żywiołowa czy katastrofa społeczna?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (2004). Właściwości społeczności sprzyjające uzyskiwaniu wsparcia społecznego po traumie. W H. Sęk & R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 176–198). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Karwowski, M. (2009). *Klimat dla kreatywności: koncepcje, metody, badania*. Difin.
- Kaufman, J. C. (2012). Counting the muses: Development of the Kaufman Domains of Creativity Scale (K-DOCS). *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 6(4), 298–308. <https://doi.org/10.1037/a0029751>
- Kaufman, J., & Beghetto, R.A. (2009). Beyond Big and Little: The Four C Model of Creativity. *Review of General Psychology*, 13, 1 - 12.
- Kaufman, J., & Cicchetti, D. (1989). Effects of maltreatment on school-age children's socioemotional development: Assessments in a day-camp setting. *Developmental Psychology*, 25(4), 516–524. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.516>
- Kisiel, C. L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G., Burkman, K. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: Implications for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence*, 29(1), 1-14. DOI:[10.1007/s10896-013-9559-0](https://doi.org/10.1007/s10896-013-9559-0)
- Kisiel, C., Fehrenbach, T., Small, L., & Lyons, J. S. (2009). Assessment of complex trauma exposure, responses, and service needs among children and adolescents in child welfare. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2(3), 143–160. <https://doi.org/10.1080/19361520903120467>
- Klecka, M., & Palicka, I. (2018). Trauma rozwojowa u dzieci – perspektywa neurorozwojowa. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 26–37.
- Kobylarczyk-Kaczmarek, M., & Ogińska-Bulik, N. (2023). *Trauma u młodzieży. Konsekwencje i uwarunkowania*. Wydawnictwo Difin
- Kordaczuk-Wąs, M. (2018). Perspektywy doskonalenia kompetencji opiekunów zastępczych. W M. Kordaczuk-Wąs & M. Wiktorowicz-Sosnowska (red.), *Rodzina zastępcza. Pomiędzy prawem, teorią i praktyką* (s. 79–97). Wydawnictwo Exante.

- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress, 26*(2), 209–216. <https://doi.org/10.1002/jts.21794>
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity, and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-39>
- Leve, L. D., Harold, G. T., Chamberlain, P., Landsverk, J. A., Fisher, P. A., & Vostanis, P. (2012). Practitioner review: Children in foster care—Vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(12), 1197–1211. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02594.x>
- Lis-Turlejska, M. (2009). Zdarzenia traumatyczne – sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. W J. Strelau, B. Zawadzki i M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy: Uwarunkowania i terapia* (s. 15–33). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Liu, J., Li, B., Xu, M., Luo, J., & Li, X. (2022). Effects of childhood maltreatment on prosocial behaviors among Chinese emerging adults: A mediated moderation model of psychological suzhi and gratitude. *Children and Youth Services Review, 132*, 106334. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106334>
- Lopez, D. F., & Little, T. D. (1996). Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology, 32*(2), 299–312. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.2.299>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Madigan, S., Thiemann, R., Deneault, A., et al. (2025). Prevalence of adverse childhood experiences in child population samples: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 179*(1), 19–33. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.4385>

Maguire, D., May, K., McCormack, D., & Fosker, T. (2024). A systematic review of the impact of placement instability on emotional and behavioural outcomes among children in foster care. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 641–655. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00606-1>

Malchiodi, C. A. (2015). Neurobiology, creative interventions, and childhood trauma. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Creative interventions with traumatized children* (2nd ed., pp. 3–23). The Guilford Press.

Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C., & Harrop, C. (2014). Factors promoting resilience following childhood sexual abuse: A structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review*, 23(1), 17–34. <https://doi.org/10.1002/car.2258>

Mazur, J., Tabak, I., & Kołło, H. (2017). W kierunku lepszej oceny zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży: Polska wersja Kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ). Doświadczenia dwóch badań populacyjnych. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 11(1), 13–24.

McKay, A. S., Karwowski, M., & Kaufman, J. C. (2016). Measuring the muses: Validating the Kaufman Domains of Creativity Scale (K-DOCS). *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 11(2), 216–230. <https://doi.org/10.1037/aca0000074>

McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815–830. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>

Midlarsky, E. (1991). Helping as coping. In M. S. Clark (Ed.), *Prosocial behavior* (pp. 238–264). Sage Publications, Inc.

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej [MRiPS]. (2024). *Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2023 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej* [Dokument elektroniczny]. *Dziennik Urzędowy Rady Ministrów* (Druk nr 1004). <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-rady-ministrow-o-realizacji-w-roku-2023-ustawy-z-dnia-9-czerwca-2011-r-o-wspieraniu-rodziny-i-systemie-pieczy-zastepczej>

- Morison, L., Simonds, L., & Stewart, S. F. (2022). Effectiveness of creative arts-based interventions for treating children and adolescents exposed to traumatic events: a systematic review of the quantitative evidence and meta-analysis. *Arts & health, 14*(3), 237–262. <https://doi.org/10.1080/17533015.2021.2009529>
- Murthi, M., & Espelage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, social support, and psychological outcomes: A loss framework. *Child Abuse & Neglect, 29*(11), 1215–1231. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.03.008>
- Najwyższa Izba Kontroli. (2016). *Informacja o wynikach kontroli: Działania powiatów w zakresie tworzenia i wsparcia rodzin zastępczych*. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13099,vp,15511.pdf>
- Najwyższa Izba Kontroli. (2020). *Opieka nad dziećmi w pogotowiach opiekuńczo-wychowawczych*. https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/pobierz,kps~p_19_043_202004171440411587127241~01,typ,kk.pdf
- Navarro-Soria, I., Servera, M., & Burns, G. L. (2020). Association of foster care and its duration with clinical symptoms and impairment: Foster care versus non-foster care comparisons with Spanish children. *Journal of Child and Family Studies, 29*(2), 526–533. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01596-1>.
- Nęcka, E. (2001). *Psychologia twórczości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Distinguishing the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect, 24*(10), 1363–1374. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00189-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00189-7)
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry, 65*(3), 207–239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>

- Ogińska-Bulik, J., & Kobylarczyk-Kaczmarek, M. (2018). Skala Wpływu Zdarzeń dla Dzieci (SWZ-D-13) – polska adaptacja *The Children's Impact of Event Scale* (CRIES-13). *Przeegląd Psychologiczny*, *61*, 189–220
- Ogińska-Bulik, N. (2010). Doświadczenie sytuacji traumatycznych a zjawisko potraumatycznego rozwoju u młodzieży. *Psychologia Rozwojowa*, *15*(2), 33–43.
- Orkibi, H., & Ram-Vlasov, N. (2019). Linking trauma to posttraumatic growth and mental health through emotional and cognitive creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, *13*(4), 416–430. <https://doi.org/10.1037/aca0000193>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, *129*(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Ozer, E. J., Lavi, I., Douglas, L., & Wolf, J. P. (2017). Protective Factors for Youth Exposed to Violence in Their Communities: A Review of Family, School, and Community Moderators. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *American Psychological Association, Division 53*, *46*(3), 353–378. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046178>
- Pancer, S. M., Pratt, M., Hunsberger, B., & Alisat, S. (2007). Community and political involvement in adolescence: What distinguishes the activists from the uninvolved? *Journal of Community Psychology*, *35*(6), 741–759. <https://doi.org/10.1002/jcop.20176>
- Pawliczuk, W., Kaźmierczak-Mytkowska, A., Srebnicki, T., & Wolańczyk, T. (2018). Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, domach dziecka – przegląd badań epidemiologicznych. *Psychiatria Polska*, *52*(2), 345–353. <https://doi.org/10.12740/PP/75738>
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. J., & Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, *88*(1), 5–26.

Penner, L. A., Dovidio, J. F., Piliavin, J. A., & Schroeder, D. A. (2005). Prosocial behavior: multilevel perspectives. *Annual review of psychology*, *56*, 365–392. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070141>

Perry, B. D. (2008). Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychopathology. In T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 93–128). Wiley.

Piliavin, J. A. (2008). Pożytki płynące z czynienia dobra: korzyści dobroczyńcy. W D. Rutkowska & A. Szuster (red.), *O różnych obliczach altruizmu* (s. 276–295). Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

Plucker, J. A., Beghetto, R. A., & Dow, G. T. (2004). Why Isn't Creativity More Important to Educational Psychologists? Potentials, Pitfalls, and Future Directions in Creativity Research. *Educational Psychologist*, *39*(2), 83–96. https://doi.org/10.1207/s15326985ep3902_1

Prior, K., Carvalheiro, M., Lawler, S., Stapinski, L. A., Newton, N. C., Mooney-Somers, J., et al. (2021). Early trauma and associations with altruistic attitudes and behaviours among young adults. *Child Abuse & Neglect*, *117*, 105091. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105091>

Prokosz, M. (2018). Prospołeczność dzieci i młodzieży w rodzinie. *Wychowanie w Rodzinie*, *18*(2), 129–144. <https://doi.org/10.34616/wwr.2018.2.129.144>

Pynoos, R. S., & Steinberg, A. M. (2006). Recovery of children and adolescents after exposure to violence: A developmental ecological framework. In A. F. Lieberman & R. DeMartino (Eds.), *Interventions for children exposed to violence* (pp. 17–43). New Brunswick, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute.

Raposa, E. B., Laws, H. B., & Ansell, E. B. (2016). Prosocial behavior mitigates the negative effects of stress in everyday life. *Clinical Psychological Science*, *4*(4), 691–698. <https://doi.org/10.1177/2167702615611073>

- Richards, R. (2010). Everyday creativity: Process and way of life—Four key issues. In J. C. Kaufman & R. J. Sternberg (Eds.), *The Cambridge handbook of creativity* (pp. 189–215). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511763205.013>
- Różańska-Kowal, J. (2010). *Motywacja zachowań prospołecznych i antyspołecznych nieletnich*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rubinstein, D., & Lahad, M. (2023). Fantastic reality: The role of imagination, playfulness, and creativity in healing trauma. *Traumatology*, 29(2), 102–111. <https://doi.org/10.1037/trm0000376>
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycocock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological bulletin*, 142(10), 1017–1067. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Runco, M. A. (2003). *Education for creative potential*. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 47(3), 317–324. <https://doi.org/10.1080/00313830308598>
- Salazar, A. M., Keller, T. E., & Courtney, M. E. (2011). Understanding social support's role in the relationship between maltreatment and depression in youth with foster care experience. *Child Maltreatment*, 16(2), 102–113. <https://doi.org/10.1177/1077559511402985>
- Sęk, H., & Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sikorska, I. (2014). Dziecięca trauma – psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju. *Sztuka Leczenia*, 29(3–4), 55–70.
- Silvia, P. J., Beaty, R. E., Nusbaum, E. C., Eddington, K. M., Levin-Aspensson, H., & Kwapil, T. R. (2014). Everyday creativity in daily life: An experience-sampling study of “little c” creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 8(2), 183–188. <https://doi.org/10.1037/a0035722>

- Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C., & Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society*, 20(4), Article 10. <https://www.jstor.org/stable/26270277>
- Skalec-Ruczyńska, A. (2023). Skala zjawiska przemocy jako przyczyny umieszczenia dzieci w systemie pieczy zastępczej i rola opiekunów zastępczych w przezwyciężaniu jej konsekwencji. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 22(1), 75–100.
- Sternberg, R. J., & Kaufman, J. C. (2012). When your race is almost run, but you feel you're not yet done: Application of the propulsion theory of creative contributions to late-career challenges. *The Journal of Creative Behavior*, 46(1), 66–76. <https://doi.org/10.1002/jocb.005>
- Studen, S., & Jankowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 561–574.
- Struck, N., Krug, A., Feldmann, M., Yuksel, D., Stein, F., Schmitt, S., Meller, T., Brosch, K., Dannlowski, U., Meinert, S., Opel, N., Lemke, H., Waltemate, L., Nenadić, I., Kircher, T., & Brakemeier, E. L. (2020). Attachment and social support mediate the association between childhood maltreatment and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 273, 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.041>
- Sunderland, N., Stevens, F., Knudsen, K., Cooper, R., & Wobcke, M. (2023). Trauma aware and anti-oppressive arts-health and community arts practice: Guiding principles for facilitating healing, health and wellbeing. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(4), 2429–2447. <https://doi.org/10.1177/15248380221097442>
- Swedo, E. A., Holditch Niolon, P., Anderson, K. N., Li, J., Brener, N., Mpofu, J., Aslam, M. V., & Underwood, J. M. (2024). Prevalence of adverse childhood experiences among adolescents. *Pediatrics*, 154(5), e2024066633. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-066633>
- Szmidt, K. J. (2007). *Pedagogika twórczości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szymańczak, J. (2016). Dzieci „odbierane” rodzicom – przyczyny umieszczenia dzieci w pieczy zastępczej. *Analizy BAS (Biuro Analiz Sejmowych)*, 5(141).

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455–472. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Thompson, R., Lindsey, M. A., English, D. J., Hawley, K. M., Lambert, S., & Browne, D. C. (2007). The influence of family environment on mental health need and service use among vulnerable children. *Child Welfare, 86*(5), 57–74.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, t.j. Dz.U. 2025 poz. 49. (2025). Dziennik Ustaw. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250000049>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories [Abstract]. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401–408.
- van der Kolk, B. A. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder [Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58*(8), 572–586. <https://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.8.572>
- van der Kolk, B., Ford, J., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and posttraumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1562841. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562841>
- van der Zanden, P. J. A. C., Meijer, P. C., & Beghetto, R. A. (2020). A review study about creativity in adolescence: Where is the social context? *Thinking Skills and Creativity, 38*, Article 100702. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2020.100702>

- van Westrhenen, N., & Fritz, E. (2014). Creative arts therapy as treatment for child trauma: An overview. *The Arts in Psychotherapy, 41*(5), 527–534. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.004>
- Vollhardt, J. R. (2009). Altruism born of suffering: The roots of caring and helping after victimization and other trauma. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*(3), 267–280. <https://doi.org/10.1037/a0014223>
- Vollhardt, J. R., & Staub, E. (2011). Inclusive altruism born of suffering: The relationship between adversity and prosocial attitudes and behavior toward disadvantaged outgroups. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*(3), 307–315. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01099.x>
- Vranceanu, A.-M., Hobfoll, S. E., & Johnson, R. J. (2007). Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: The role of social support and stress. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 71–84. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.010>
- Wang, X., Yang, G., & Meng, W. (2025). Childhood maltreatment must lead to hate? The relation between childhood maltreatment and social mindfulness among college students: The roles of self-compassion, shyness, and hostile attribution bias. *Frontiers in Psychology, 16*, 1447043. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1447043>
- Watkins, M. W. (2021). *A step-by-step guide to exploratory factor analysis with SPSS*. Routledge.
- Wojciechowski, Ł. (2008). Ewolucyjne widzenie altruizmu – od redukcjonizmu do... W D. Rutkowska & A. Szuster (red.), *O różnych obliczach altruizmu* (s. 276–295). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wojciszke, B. (2012). Zachowania prospołeczne. W B. Wojciszke (red.), *Psychologia społeczna* (s. 349–374). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wolańczyk, T. (2002). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna.

World Health Organization. (2018). *International classification of diseases* (11th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/en>

World Health Organization. (2024, November). *Child maltreatment* [Maltretowanie dzieci]. *WHO Fact Sheets*. Retrieved September 7, 2025, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Xu, D., Li, Y., & Ye, Y. (2024). Turning pain into strength: Prosocial behaviours in coping with trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, *15*(1), 2330302. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2330302>

Yule, K., Houston, J., & Grych, J. (2019). Resilience in children exposed to violence: A meta-analysis of protective factors across ecological contexts. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *22*(3), 406–431. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00293-1>

Zasępa, E., & Zębrowska, I. (2023). Problemy emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży wychowywanych w rodzinach zastępczych. *Psychologia Rozwojowa*, *28*(3), 29–40. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.23.009.19699>

Zdankiewicz-Ścigała, E. (2020). Zaburzenia związane ze stresorami traumatycznymi i urazami psychicznymi. W I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska & A. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 453–472). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Spis tabel

Tabela 2.4.1 Opis grupy badanej (dane demograficzne)	83
Tabela 2.4.2 Opis grupy badanej (dane zdrowotne)	84
Tabela 2.6.1 Ładunki czynnikowe w macierzy struktury. Metoda rotacji – Oblimin z normalizacją Kaisera.....	92
Tabela 2.7.1 Zmienne niezależne i ich wskaźniki wraz narzędziami badawczymi.....	93
Tabela 2.7.2 Zmienne zależne i ich wskaźniki wraz narzędziami badawczymi.....	94
Tabela 3.1.1 Statystyki opisowe badanych zmiennych niezależnych oraz wyniki testu Kołgomorowa-Smirnova	98
Tabela 3.1.2 Statystyki opisowe badanych zmiennych zależnych oraz wyniki testu Kołgomorowa-Smirnova	100
Tabela 3.1.3 Statystyki opisowe - zakres doznanej traumy złożonej	101
Tabela 3.1.4 Wyniki analiz testem t-Studenta dla prób niezależnych	103
Tabela 3.2.1 Korelacje (r – Pearsona) pomiędzy wiekiem, czasem pobytu a analizowanymi zmiennymi (N=253)	104
Tabela 3.2.2 Korelacje (r- Pearsona) pomiędzy zmiennymi zależnymi i niezależnymi a ogólnymi objawami psychopatologicznymi (N=253)	106
Tabela 3.2.3 Współczynniki korelacji pomiędzy objawami PTSD a zmiennymi zależnymi i niezależnymi (N=253).....	109
Tabela 3.2.4 Współczynniki korelacji pomiędzy objawami trudności w zachowaniu (sdq) a zmiennymi niezależnymi (N=253)	110
Tabela 3.2.5 Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi niezależnymi (N=253)	112
Tabela 3.3.1 Wyniki analiz testem t-Studenta dla prób niezależnych pomiędzy dziewczynami a chłopcami.....	114
Tabela 3.3.2 Wyniki analiz testem t-Studenta dla prób niezależnych	116
Tabela 3.3.3 Wyniki analiz testem t-Studenta dla prób niezależnych pomiędzy osobami objętymi opieką psychoterapeutyczną a osobami bez opieki psychoterapeutycznej ...	117
Tabela 3.4.1 Wartości standaryzowane współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - ogólne objawy psychopatologiczne	119
Tabela 3.4.2 Wartości standaryzowane współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy PTSD	121

Tabela 3.4.3 Wartości standaryzowane współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy związane z trudnościami w zachowaniu (SDQ).....	122
Tabela 3.5.1 Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - ogólne objawy psychopatologiczne (CBCL)	124
Tabela 3.5.2 Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy PTSD	125
Tabela 3.5.3 Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy związane z trudnościami w zachowaniu	126
Tabela 3.6.1 Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - ogólne objawy psychopatologiczne	127
Tabela 3.6.2 Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy PTSD	128
Tabela 3.6.3 Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy związane z trudnościami w zachowaniu	129
Tabela 3.7.1 Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - ogólne objawy psychopatologiczne	131
Tabela 3.7.2 Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy PTSD	133
Tabela 3.7.3 Współczynniki Beta dla modeli regresji hierarchicznej: zmienne zależne - objawy związane z trudnościami w zachowaniu	135
Tabela 3.11.1 Podsumowanie weryfikacji hipotez badawczych	149

Spis rysunków

Rysunek 1.3.1.1 Efekt bezpośredni – zapobieganie stresorom, wydarzeniom: hipoteza wyjaśniająca działanie wsparcia społecznego Uwaga. Opracowanie własne na podstawie Sęk, Cieślak, 2004, s. 25.....	46
Rysunek 1.3.1.2 Efekt bezpośredni – wpływ na zdrowie oraz różne elementy dobrostanu: hipoteza wyjaśniająca działanie wsparcia społecznego Uwaga. Opracowanie własne na podstawie Sęk, Cieślak, 2004, s. 25	47
Rysunek 1.3.1.3 Model mobilizacji otrzymanego wsparcia społecznego Uwaga. Opracowanie własne na podstawie Kaniasty (2003)	48
Rysunek 1.3.1.4 Model deterioracji spostrzeganego wsparcia społecznego Uwaga. Opracowanie własne na podstawie Kaniasty (2003)	49
Rysunek 2.3.1 Model roli spostrzeganego wsparcia społecznego jako mediatora pomiędzy traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych.....	80
Rysunek 2.3.2 Model roli zachowań prospołecznych jako mediatora pomiędzy traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych	81
Rysunek 2.3.3 Model roli kreatywności jako mediatora pomiędzy traumą złożoną a nasileniem objawów psychopatologicznych.....	81
Rysunek 3.8.1.1 Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz spostrzeganym wsparciem społecznym jako mediatorem	138
Rysunek 3.8.1.2 Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz spostrzeganym wsparciem społecznym od rodziny jako mediatorem	139
Rysunek 3.8.2.1 Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz zachowaniami prospołecznymi jako mediatorem.....	140
Rysunek 3.8.3.1 Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz kreatywnością jako mediatorem	141
Rysunek 3.9.1 Model zależności między badanymi zmiennymi (opracowanie własne)	142
Rysunek 3.9.2 Model zależności między badanymi zmiennymi (opracowanie własne). Wyniki modelowania równań strukturalnych.....	144
Rysunek 3.9.3 Model zależności między badanymi zmiennymi (opracowanie własne). Wyniki modelowania równań strukturalnych.....	145

Rysunek 3.10.1.1 Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz spostrzeganym wsparciem społecznym jako moderatorem	146
Rysunek 3.10.1.2 Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz zachowaniami prospołecznymi jako moderatorem	147
Rysunek 3.10.1.3 Model zależności między traumą złożoną a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz kreatywnością jako moderatorem	148
Rysunek 3.10.2.1 Model zależności między zachowaniami prospołecznymi a ogólnymi objawami psychopatologicznymi oraz spostrzeganym wsparciem społecznym jako mediatorem	149

Załączniki

Załącznik 1. Pismo skierowane do Dyrektorów Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych



UNIwersytet
OPolski



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk

Warszawa, dn.

.....

Szanowna Pani

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenia badania w Państwa placówce. Jestem doktorantką studiów psychologicznych w Polskiej Akademii Nauk w Warszawie i piszę pracę doktorską na temat psychologicznych i społecznych konsekwencji traumy kompleksowej u dzieci i młodzieży z opieki zastępczej, pod kierownictwem dr hab. Anny Bokszczanin Profesor z Uniwersytetu Opolskiego.

Opiekunowie prawni dzieci przebywających w Placówce w czasie dwóch tygodni od planowanego badania dostaną pisemną prośbę o zgodę na udział w badaniu ich dzieci/podopiecznych. Tylko osoby, które otrzymają zgodę od rodziców lub opiekunów prawnych będą mogły wziąć udział w badaniu.

Przygotowany plan badawczy przewiduje zebranie informacji o wychowankach z trzech niezależnych źródeł, tj od samego wychowanka, od wychowawcy prowadzącego i od zatrudnionego psychologa. Uzyskane w badaniu informacje pozostaną poufne, będą oznakowane tylko numerem ID i będą analizowane wyłącznie pod względem naukowym oraz zbiorczo poprzez programy statystyczne a papierowe wersje danych będą zniszczone. Po zakończeniu badania chętnie udzielimy informacji zwrotnych na temat wyników.

Młodzież z Państwa placówki (11- 18 latkowie) będzie wypełniała specjalnie przygotowane kwestionariusze indywidualnie, w dwóch etapach, w odstępach 2 tygodni, pod nadzorem specjalnie przeszkolonej osoby (studenta psychologii). Udzielanie odpowiedzi potrwa około 20-30 min. Udział wychowanków w badaniu będzie całkowicie dobrowolny. Po zakończeniu badania dzieci, którzy wzięli udział w badaniu dostaną drobny upominek.

Projekt badawczy otrzymał pozytywną opinię Komisji do spraw Etyki Badań Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk w dn. 16.04.2020r.

Z poważaniem
Olga Gładysz.

Dr hab Anna Bokszczanin Prof. UO
Email: abok@uni.opole.pl
Instytut Psychologii
Uniwersytet Opolski
Pl. Staszica 1
45-052 Opole

Mgr Olga Gładysz
Tel: 48 535 685 050
Email: olga.gladysz@sd.psych.pan.pl
Studentka studiów doktoranckich
Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk
Ul. Jaracza 1, 00-378 Warszawa

Formularz akceptacji

DYREKCJA ZESPOŁU DO OBSŁUGI PLACÓWEK OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZYCH

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie w/w badania i jestem świadomy/a, że mogę się z niego wycofać w dowolnym momencie bez podania przyczyny. Rozumiem, że zebrane informacje będą traktowane jako poufne przez badaczy a moja tożsamość i tożsamość wychowanków Placówki będzie chroniona zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

Imię i nazwisko

Podpis

Data

Uwaga: W razie pytań lub niejasności prosimy o kontakt telefoniczny lub drogą elektroniczną.

Załącznik 2. Informacja dla rodziców dotycząca przeprowadzenia badania naukowego



UNIwersytet
OPolski



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk

Warszawa, dn.

Szanowni Państwo

Szanowni Rodzice/ Opiekunowie prawni

Zwracamy się z uprzejmą prośbą udzielenie zgody na udział państwa dziecka/podopiecznego w projekcie badawczym realizowanego przez Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie oraz z Instytut Psychologii Uniwersytetu Opolskiego. Nasz projekt pt. „Zdrowie i samopoczucie nastolatków” został zatwierdzony przez dyrektora placówki opiekuńczo-wychowawczej w dn.

Celem naszej pracy jest poznanie czynników psychologicznych chroniących dzieci i młodzież przed rozwojem zaburzeń. Przygotowany plan badawczy przewiduje zebranie informacji o wychowankach z trzech niezależnych źródeł, tj od samego wychowanka, od wychowawcy prowadzącego i od zatrudnionego psychologa. Uzyskane informacje pozostaną poufne, będą oznakowane tylko numerem ID i będą analizowane wyłącznie pod względem naukowym oraz zbiorczo poprzez programy statystyczne a papierowe wersje danych będą zniszczone. Po zakończeniu badania chętnie udzielimy informacji zwrotnych na temat wyników.

Państwa dziecko/podopieczny będzie wypełniało przygotowane kwestionariusze indywidualnie, w dwóch etapach, w odstępie 2 tygodni, pod nadzorem specjalnie przeszkolonej osoby (studenta psychologii). Udzielanie odpowiedzi potrwa około 20-30 min. Udział państwa dziecka/podopiecznego w badaniu będzie całkowicie dobrowolny.

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny lub drogą elektroniczną. Jak opiekunowie prawni dziecka mogą Państwo w dowolnej chwili wycofać swoją zgodę na udział w badaniu bez podania jakiegokolwiek wyjaśnienia oraz bez jakichkolwiek konsekwencji. W przypadku braku zgody na udział Państwa dziecka/podopiecznego w badaniu prosimy o poinformowanie osobiście, e-mailowo bądź lub telefonicznie sekretariat placówki opiekuńczo-wychowawczej, w której przebywa obecnie dziecko ([tel:](mailto:sekretariat@.....pl), sekretariat@.....pl).

Z poważaniem
Olga Gładysz

Dr hab Anna Bokszczanin Prof. UO
Email: abok@uni.opole.pl
Instytut Psychologii
Uniwersytet Opolski
Pl. Staszica 1
45-052 Opole

Mgr Olga Gładysz
Tel: 48 792 801 500
Email: olga.gladysz@sd.psych.pan.pl
Studentka studiów doktoranckich
Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk
Ul. Jaracza 1, 00-378 Warszawa

Załącznik 3. Skala „Historia traumy”

Historia traumy (na podstawie „Trauma History Profile” UCLA PTSD Reaction Index (Briggs, 2012, Pynoos & Steinberg, 2006)

Uwaga: Wypełnia psycholog zatrudniony w placówce opiekuńczo-wychowawczej na podstawie dokumentacji dziecka

ID (data urodzenia dziecka dd/mm/rrrr i płeć)K lub M

Poniżej znajduje się lista zdarzeń związanych z traumą, utratą lub separacją, które mogły wydarzyć się w ciągu życia. Prosimy, po zapoznaniu się z dokumentacją dziecka, w odpowiednim miejscu zaznaczyć 0 – brak ekspozycji na dany rodzaj traumy; 1- potwierdzona lub podejrzewana ekspozycja na dany rodzaj traumy. Prosimy ocenić każdą pozycję. W przypadku rodzaju traumy nie wymienionej na liście prosimy o wpisanie wydarzenia w punkcie numer 20.

1.	Traumatyczna utrata/separacja/żałoba: śmierć lub separacja od pierwotnego opiekuna lub rodzeństwa; niespodziewana, przedwczesna śmierć bliskiej osoby z rodziny lub przyjaciela.	0	1
2.	Przemoc domowa: bycie świadkiem przemocy fizycznej, seksualnej i/lub emocjonalnej skierowanej wobec dorosłego opiekuna(-ów).	0	1
3.	Niewydolny opiekun: dziecko było świadkiem depresji/choroby psychicznej lub innej choroby medycznej i/lub uzależnienia opiekuna.	0	1
4.	Nadużycia emocjonalne/psychiczne znęcanie się: przemoc psychiczna, przemoc słowna, zaniedbanie emocjonalne, nadmierne wymagania.	0	1
5.	Zaniedbanie: fizyczne, zdrowotne lub edukacyjne.	0	1
6.	Przemoc fizyczna: faktyczne zadanie lub próba zadania bólu fizycznego lub uszkodzeń ciała przez opiekuna.	0	1
7.	Wykorzystywanie seksualne: faktyczne lub usiłowane molestowanie, wykorzystywanie lub zmuszanie do czynności seksualnych ze strony opiekuna/przez opiekuna.	0	1
8.	Przemoc w społeczności: związana z działalnością gangu, przemoc w sąsiedztwie.	0	1
9.	Napaść seksualna/gwałt: faktyczne lub usiłowane molestowanie, wykorzystywanie lub zmuszanie do czynności seksualnych nie ze strony opiekuna i nie odnotowane jako wykorzystywanie seksualne.	0	1
10.	Przemoc w szkole: zastraszanie, przemoc rówieśnicza (bullying), samobójstwo w klasie.	0	1
11.	Poważny uraz/wypadek: nieumyślny wypadek lub uraz.	0	1
12.	Atak fizyczny: faktyczne zadanie lub próba/usiłowanie zadania bólu fizycznego lub uszkodzeń ciała nie przez opiekuna i odnotowane jako przemoc fizyczna.	0	1
13.	Choroba/uraz medyczny: zagrażająca życiu lub powodująca bardzo silny ból choroba bądź zabieg medyczny.	0	1
14.	Ekstremalna przemoc interpersonalna: zabójstwo, samobójstwo, próba samobójcza, rozbój.	0	1
15.	Kłęsa żywiołowa	0	1
16.	Porwanie: bezprawne przetrzymywanie dziecka wbrew jego woli.	0	1
17.	Przymusowe przesiedlenie: przymusowa zmiana miejsca zamieszkania z powodów politycznych.	0	1
18.	Wojna/ przemoc polityczna/ terroryzm na terenie Polski.	0	1
19.	Wojna/przemoc polityczna/terroryzm poza terenem/granicami Polski.	0	1
20.	Inne:	0	1

Dziękujemy za poświęcony czas i uwagę.

Załącznik 4. Ankieta osobowa wychowanka

Ankieta osobowa wychowanka

Uwaga: Wypełnia psycholog zatrudniony w placówce opiekuńczo-wychowawczej na podstawie dokumentacji dziecka

ID wychowanka (data urodzenia i płeć) K lub M

1. Długość pobytu wychowanka w placówce opiekuńczo-wychowawczej (w przypadku kilku pobytów, prosimy o zaznaczenia czasu ostatniego pobytu):

0 – mniej niż jeden rok

1 – 1-2 lata

2 – 2-3 lata

3 – 3-4 lata

4 – ponad 4 lata

2. Jakie były przyczyny umieszczenia dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej?

3. Czy jest dziecko pod opieką psychiatryczną?

0 – nie

1 – tak

Jeśli tak, jaki jest główny powód zgłoszenia dziecka do opieki psychiatrycznej

.....
.....

Jaka jest diagnoza postawiona przez lekarza

psychiatrę.....

.....

4. Czy dziecko posiada orzeczenia o niepełnosprawności intelektualnej?

0 – nie

1 – tak

Jeśli tak, w jakim stopniu: 0 – lekkim

1 – umiarkowanym

2 – znacznym

3 – głębokim

5. Czy jest dziecko objęte opieką terapeutyczną?

0 – nie

1 – tak

Jeśli tak, to jakim rodzajem opieki terapeutycznej: 0 – terapia indywidualna;

1 – terapia grupowa;

2 – socjoterapia;

3 – inna.....

Dziękujemy za wypełnienia ankiety i poświęcony czas.

Załącznik 5. Ankieta demograficzna dla wychowanka oraz zaproszenie do udziału w badaniu naukowym

Zaproszenie do udziału w badaniu naukowym

Droga Koleżanko, Drogi Kolego

Zwracamy się do Ciebie z prośbą o pomoc w wypełnieniu kwestionariuszy które dotyczą tego jak się czujesz na co dzień i problemów, z którymi się spotykasz. W kwestionariuszu znajdują się pytania związane z twoim samopoczuciem. Dzisiaj prosimy o wypełnienie pierwszej części a za dwa tygodnie kolejnej.

Tutaj nie ma odpowiedzi ani dobrych, ani złych. Potrzebujemy odpowiedzi szczerych i na każde pytanie.

Twoje odpowiedzi są anonimowe, dobrowolne i możesz zrezygnować z wypełnienia ich w każdej chwili bez podania jakiegokolwiek przyczyny i negatywnych konsekwencji dla siebie.

Twoje odpowiedzi są poufne i nikt z placówki opiekuńczo-wychowawczej lub twoich opiekunów nie będzie miał do nich wglądu. Wyniki będą analizowane zbiorczo i bez identyfikacji twojej tożsamości.

Jeśli w trakcie badania poczujesz się przygnębiony/a lub będziesz miał/ła potrzebę wsparcia psychologicznego, poproś osobę prowadzącą o pomoc lub zgłoś się do psychologa lub zaufanej osoby w placówce, w której obecnie jesteś.

W przypadku jakichkolwiek pytań możesz zadać je osobie prowadzącej badanie lub drogą elektroniczną, pisząc na adres: olga.gladysh@sd.psych.pan.pl. Wypełnienie kwestionariuszy zajmuje około 20 -30 min. Jeśli wyrażasz zgodę na swój udział w badaniu, prosimy o podanie swojej daty urodzenia, płci oraz wieku poniżej. Dziękujemy za twój czas, wysiłek i uwagę.

Data urodzenia (dd/mm/rrrrr):

Płeć: K M

Wiek:.....

Załącznik 6. Zrewidowana Skala wpływu zdarzeń (N. Ogińska-Bulik i M. Kobyłarczyk, 2018)

Zrewidowana Skala wpływu zdarzeń

INSTRUKCJA: Przypomnij sobie najbardziej negatywne zdarzenie życiowe, jakie przeżyłeś(aś) i wpisz je:

.....

Poniżej znajduje się lista zawierająca różne reakcje ludzi po negatywnym zdarzeniu życiowym. W każdym z podanych niżej stwierdzeń zaznacz, stawiając znak X w odpowiedniej kolumnie, w jakim stopniu te reakcje wystąpiły u Ciebie w odniesieniu do wpisanego zdarzenia w ciągu ostatnich 7 dni

Jeżeli któreś z wydarzeń nie miało miejsca w ciągu tego okresu proszę zaznaczyć pole ‘w ogóle nie’

		W ogóle nie	Rzadko	Czasami	Często
1.	<i>Czy myślisz o tym zdarzeniu, pomimo, że tego nie chcesz?</i>				
2.	<i>Czy próbowałeś/próbowałaś usunąć je z pamięci?</i>				
3.	<i>Czy masz problemy ze skupieniem się lub koncentracją uwagi?</i>				
4.	<i>Czy masz przyływy silnych uczuć związanych z tym zdarzeniem?</i>				
5.	<i>Czy łatwiej można cię przestraszyć lub zdenerwować, niż to się zdarzało przedtem?</i>				
6.	<i>Czy unikasz miejsc lub sytuacji, które przypominają ci o tym zdarzeniu?</i>				
7.	<i>Czy starasz się o tym nie rozmawiać?</i>				
8.	<i>Czy obrazy związane z tym zdarzeniem pojawiają się w twoim umyśle?</i>				
9.	<i>Czy inne rzeczy zmuszają cię do myślenia o tym zdarzeniu?</i>				
10.	<i>Czy starasz się o nim nie myśleć?</i>				
11.	<i>Czy łatwo można cię zirytować?</i>				
12.	<i>Czy jesteś przesadnie czujny/czujna i ostrożny/ostrożna nawet jeśli nie ma ku temu powodu?</i>				
13.	<i>Czy masz problemy ze snem?</i>				

Załącznik 7. Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności” ((Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Goodman, 2002; adaptacja polska Mazur J., Tabak I., Kołoło H, 2007)

Kwestionariusz „Mocne Strony i trudności”

INSTRUKCJA: Proszę zaznaczyć przy każdym zdaniu jedną z trzech możliwości: „Nieprawda”, „Częściowo prawda”, „Zdecydowanie prawda”.

Proszę ustosunkować się do wszystkich zdań, nawet jeśli czasem nie jesteś pewny/a albo zdanie wydaje Ci się nieco dziwne.

Odpowiedzi udzielaj na podstawie tego, co działo się w ostatnim pół roku.

	Nieprawda	Częściowo prawda	Prawda
<i>Staram się być miły/a dla innych ludzi. Troszczę się o ich uczucia</i>			
<i>Jestem niespokojny/a, nie mogę długo spokojnie usiedzieć</i>			
<i>Często boli mnie głowa, brzuch albo źle się czuję</i>			
<i>Zwykle dzielę się z innymi (np. jedzeniem, gramami, długopisami itp.)</i>			
<i>Bardzo się złościę i często tracę panowanie nad sobą</i>			
<i>Zazwyczaj jestem sam/a. Generalnie spędzam czas samotnie i unikam towarzystwa.</i>			
<i>Zazwyczaj wykonuję polecenia</i>			
<i>Często się czymś martwię</i>			
<i>Jeśli ktoś cierpi, jest smutny lub źle się czuje, pomagam mu</i>			
<i>Nieustannie się kręcę i wiercę</i>			
<i>Mam co najmniej jednego dobrego przyjaciela</i>			
<i>Często biję się z innymi. Umiem zmusić innych do robienia tego, co ja chcę</i>			
<i>Często jestem nieszczęśliwy/a, przygnębiony/a lub chce mi się płakać</i>			
<i>Moi rówieśnicy na ogół mnie lubią</i>			
<i>Łatwo się rozpraszam, trudno jest mi się skoncentrować</i>			
<i>Denerwuję się w nowych sytuacjach. Łatwo tracę pewność siebie</i>			
<i>Jestem miły/a dla młodszych dzieci</i>			
<i>Często inni oskarżają mnie o kłamstwo lub oszustwo</i>			
<i>Inne dzieci lub młodzi ludzie zaczepiają mnie lub znęcają się nade mną</i>			

<i>Często chętnie pomagam innym (rodzicom, nauczycielom, dzieciom)</i>			
<i>Zastanawiam się, zanim coś zrobię</i>			
<i>Biorę rzeczy, które nie należą do mnie (z domu, szkoły lub innych miejsc)</i>			
<i>Lepiej dogaduję się z dorosłymi niż z rówieśnikami</i>			
<i>Mam wiele lęków, szybko ogarnia mnie strach</i>			
<i>Kończę to, co zaczynam. Potrafię skupić na czymś uwagę.</i>			

Załącznik 8. Wielowymiarowa skala spostrzeganego wsparcia społecznego (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, G. Zimet i współpracownicy, 1988; adaptacja polska Buszman i Przybyła-Basista, 2017)

Wielowymiarowa skala spostrzeganego wsparcia społecznego

INSTRUKCJA: Interesuje nas, jak ustosunkowujesz się do poniższych twierdzeń.

Przeczytaj każde z nich bardzo uważnie i zaznacz:

- 1 – jeśli zdecydowanie się nie zgadzasz
- 2 – jeśli się nie zgadzasz
- 3 – jeśli trochę się nie zgadzasz
- 4 – jeśli nie masz zdania
- 5 – jeśli trochę się zgadzasz
- 6 – jeśli się zgadzasz
- 7 – jeśli zdecydowanie się zgadzasz

Istnieje pewna szczególna osoba, która jest w pobliżu, kiedy jestem w potrzebie.	1	2	3	4	5	6	7
Istnieje pewna szczególna osoba, z którą mogę dzielić swoje radości i smutki.	1	2	3	4	5	6	7
Moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc.	1	2	3	4	5	6	7
Otrzymuję emocjonalną pomoc i wsparcie, którego potrzebuję, od swojej rodziny.	1	2	3	4	5	6	7
Mam pewną szczególną osobę, która jest dla mnie prawdziwym źródłem pociechy / wsparcia.	1	2	3	4	5	6	7
Moi przyjaciele naprawdę starają się mi pomóc.	1	2	3	4	5	6	7
Mogę liczyć na moich przyjaciół, gdy coś się nie układa.	1	2	3	4	5	6	7
Mogę rozmawiać z rodziną o swoich problemach.	1	2	3	4	5	6	7
Mam przyjaciół, z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki.	1	2	3	4	5	6	7
W moim życiu jest pewna szczególna osoba, która troszczy się o moje uczucia.	1	2	3	4	5	6	7
Moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu decyzji.	1	2	3	4	5	6	7
Mogę rozmawiać z przyjaciółmi o swoich problemach.	1	2	3	4	5	6	7

Załącznik 9. Skala kreatywności (J. Kaufman, wersja polska Karwowski, 2016; adaptacja własna)

Skala kreatywności

INSTRUKCJA: Poniżej znajduje się 15 różnych czynności. W odniesieniu do każdej z nich spróbuj ocenić jak sobie z nią poradzisz w porównaniu do swoich rówieśników, którzy są w takiej samej sytuacji co ty.

Dla działań, których nigdy nie wykonywałeś, pomyśl o podobnej czynności i spróbuj ocenić jak sobie z nią poradzisz w porównaniu do swoich rówieśników, którzy są w takiej samej sytuacji co ty.

Wstaw krzyżyk w jednej kratce w każdym wierszu.

	1 – w tej dziedzinie jestem zdecydowanie mniej kreatywny od innych 2 – jestem trochę mniej kreatywny od innych 3 – trudno powiedzieć 4 – jestem raczej bardziej kreatywny od innych 5 – jestem zdecydowanie bardziej kreatywny od innych				
	1	2	3	4	5
1) Rozkładanie urządzeń i zrozumienie jak działają
2) Analizowanie wątków dobrej książki
3) Uczenie kogoś, jak coś zrobić
4) Dyskutowanie, gdy z czymś się nie zgadzam
5) Szkicowanie osoby lub obiektu
6) Właściwe reagowanie na sytuację
7) Tworzenie kolażu z fotografii
8) Zamieszczanie własnych filmików video w Internecie / na przykład na YouTube
9) Rysowanie czegoś, czego nigdy nie widziałaś/eś (np. kosmitę)
10) Uświadamianie sobie jak uczynić się szczęśliwą osobą
11) Budowanie czegoś mechanicznego (w rodzaju robota)
12) Wymyślanie zabawnych tekstów do piosenek
13) Pisanie programu komputerowego
14) Spontaniczne tworzenie słów do piosenki – na przykład rapowej
15) Pomaganie innym w radzeniu sobie w trudnej sytuacji