

Sprężystość (resilience) i odpowiedzi na doświadczenia urazowe – fascynujący i trudny obszar badań

Resilience and responses to the experience of trauma – a fascinating but difficult study area

Krzysztof Szwajca

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM

Kierownik: dr n. med. M. Pilecki

Summary

The notion of resilience, which attempts to explain the phenomenon of positive adaptation (coping) of people exposed to adversities or traumatic events, is becoming a significant area of research in Poland. It is a complex and multidimensional notion, on the borderline between genetics, neurophysiology, anthropology of culture, sociology, medicine, political science, developmental psychology and psychiatry. The phenomenon of resilience is interactive (as it combines the experience of trauma with adaptation to it), it is difficult to measure and it raises serious methodological concerns. They tend to be so significant that some researchers consider resilience to be a construct of dubious scientific value. Such a view seems to be overly critical, however it indicates the magnitude of methodological difficulties. This article discusses some of them: problems with definitions and terminology, measurement difficulties associated with the interactive nature of resilience, the need to search for complex interactions between biological, psychological, social and environmental factors (rather than overly simplistic focus on individual factors which support good adaptation). The methodological issues have been divided into the following research areas: the nature of traumatic experiences, response to trauma, factors which impact the reporting of the reaction to trauma, developmental problems.

Słowa kluczowe: sprężystość, trudności metodologiczne, badania empiryczne

Key words: resilience, methodological difficulties, empirical studies

Wstęp

Koncepcja sprężystości (resilience) próbuje wyjaśnić skuteczne stawianie czoła przeciwnościom losu i zdarzeniom traumatycznym. Jest rozumiana jako „dynamiczny proces odzwierciedlający względnie dobre przystosowanie się jednostki mimo doświadczanych przez nią zagrożeń lub traumatycznych przeżyć” [1]. Koncentruje się na tym, że większość ofiar samodzielnie i za pomocą sieci społecznej radzi sobie

z konsekwencjami traumy, szybko dochodzi do siebie, zachowuje zdrowie, poprawnie realizuje zadania rozwojowe i sprawnie funkcjonuje w życiu [2]. W piśmiennictwie polskim angielski termin *resilience* jest tłumaczony jako sprężystość, odporność psychiczna, odporność na zranienie, zaradność, prężność, elastyczność, rezyliencja, pozytywna adaptacja. Brak jednorodności terminologicznej wśród badaczy i brak naukowej dyskusji na ten temat [3] sprawił, że wielu autorów, także w najnowszych publikacjach (np. [4]), posługuje się oryginalnym terminem.

Pojęcie sprężystości (i poprzedzające go, podobne do niego wcześniejsze konstrukty) wniosły przed laty twórczy ferment do tradycyjnego, skupionego na szkodzie i patologii myślenia o wpływie traumy na życie człowieka. Koncepcja sprężystości rozpowszechniła się także i w Polsce, stając się znaczącym obszarem badań, szczególnie w zakresie pedagogiki, profilaktyki społecznej, psychologii pozytywnej. Jednak w piśmiennictwie psychiatrycznym prace odnoszące się do zasobów czy odporności nie są jeszcze liczne [5, 6]. Musi się to zmienić – nie można dzisiaj pisać o wpływie traumy i stresujących przeżyć, mechanizmach odpowiedzi pourazowej, znaczeniu rodziny, międzygeneracyjnych przekazach zaburzeń czy krzywdzeniu wewnątrzrodzinnym, bez uwzględniania problematyki sprężystości. Teoria ta jest złożona, ciekawa, wieloaspektowa, jej znaczenie praktyczne w obszarze pracy z traumą – ogromne [7]. Jednak teoria sprężystości przykrojona do badań empirycznych nieraz razi nadmiernymi uproszczeniami. Badacze muszą bowiem poradzić sobie z kluczowym problemem – jak objąć wielość zmiennych interakcyjnych i uniknąć zaniedbywania (odrzuć) ważnych zmiennych.

Praca ta jest próbą krytycznej analizy trudności metodologicznych związanych z badaniami z obszaru sprężystości. Stosunkowo niedawno (2011 r.) opublikowano pracę poświęconą problematyce metodologicznej, analizującą przede wszystkim narzędzia badawcze służące do pomiaru tego zjawiska [3]. Autor skupił się więc na innych zagadnieniach, przede wszystkim trudnościach związanych z oszacowaniem realnej siły doświadczenia urazowego, odpowiedzi na uraz, czynników wpływających na relacjonowanie reakcji na traumę (zaprzeczanie wpływowi traumy na życie), wzorów kulturowych i społecznych na sposób radzenia sobie, kontekstów środowiskowych.

Charakter doświadczenia urazowego

Nie wiemy, jak szacować siłę urazu, nie wiemy też, jak istotne znaczenie ma ta zmienna. Analiza danych na temat wpływu typu krzywdzenia (seksualne, fizyczne, psychiczne, bycie świadkiem, bycie ofiarą), częstości i czasu trwania (przewlekłości), momentu wystąpienia, poziomu przemocy sprawcy (jeśli jest to krzywdca interpersonalna) i cierpienia ofiary na pourazowe funkcjonowanie nie daje jednoznacznych wyników. Wydaje się, że w przewidywaniu pourazowej odpowiedzi większe znaczenie niż charakterystyka czynnika traumatycznego mają inne zmienne, szczególnie jeśli mamy do czynienia z populacją w wieku rozwojowym, na przykład: czy sprawcami traumy są osoby bliskie (rodzice), jak funkcjonuje główny opiekun, czy on także jest ofiarą traumy. Wiemy na pewno, że w ocenie doświadczeń urazowych trzeba uwzględniać czynniki rozwojowe – wiek ofiary oraz okresy wrażliwe w rozwoju

dziecięco-młodzieżowym. Ważną, ale trudno mierzalną zmienną jest subiektywne znaczenie przypisywane zdarzeniu traumatycznemu (przypisywanie sobie bezradności, poczucie zagrożenia życia, poczucie bycia złym, poczucie winy czy wstydu) [8]. Jeszcze trudniej oszacować znaczenie kumulatywnych urazów. Jest raczej regułą niż wyjątkiem, że większość form stresu psychospołecznego czy traumy nie ma charakteru pojedynczego, krótkotrwałego bodźca. Niewątpliwie łączna liczba czynników urazowych jest ważniejsza od ich specyfiki [9].

Jak oceniać doświadczaną traumę? Czy wystarczy sam fakt socjologiczny, jak choćby bycie dzieckiem osoby chorującej na schizofrenię? Badaniami z obszaru sprężystości objęto niejednorodną populację: dzieci wychowujące się w niekorzystnych warunkach życiowych, osoby z grup podwyższonego ryzyka, osoby narażone na trudności i przeciwności losu, osoby doświadczające wielkich nieszczęść. W praktyce badano więc sprężystość ofiar wypadków drogowych, dzieci przebywających w domach dziecka, dzieci doświadczających przemocy w rodzinie, ofiar klęsk żywiołowych czy poważnych wypadków komunikacyjnych, dzieci matek chorujących na schizofrenię, dzieci żyjących w ubogich rodzinach, osób, które doświadczały przewlekłej choroby, matek dzieci chorujących na poważne choroby, osób, które straciły pracę albo miały poważne trudności finansowe, osób po operacji kardiochirurgicznej itd. Czy wyniki badań na tak różnorodnych populacjach można uogólniać? W dość ograniczonym stopniu. Czy członkowie wszystkich tych populacji doświadczyli traumy? Nie.

Psychiatria rozumie traumę wąsko i dąży do precyzyjnego opisu kryteriów zdarzenia traumatycznego, a więc takiego, którego następstwem może być PTSD czy trwała zmiana osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej. Opis kryterium stresora w ICD-10 obejmuje ekspozycję na zdarzenie lub sytuację stresującą, szczególnie przerażającą lub katastroficzną, taką, która wywołałaby głęboki dystres u prawie każdego człowieka [10]. Doświadczeniem urazowym według tego rozumienia jest więc bycie torturowanym, bycie świadkiem czyjejś gwałtownej śmierci, bycie ofiarą gwałtu itp., ale już nie opieka nad osobą ciężko chorą, otrzymanie diagnozy choroby zagrażającej życiu czy przewlekłe chorowanie [11]. Te identyfikowalne stresory psychospołeczne mogą skutkować zaburzeniami adaptacyjnymi, w których powstaniu, jak się zakłada, odgrywają rolę indywidualne predyspozycje. Trauma może więc zniszczyć obronę u prawie każdego człowieka, z doświadczeniem kryzysowym (stresorem psychospołecznym) raczej powinniśmy sobie radzić. Badacze z obszaru resilience wymiennie stosują takie określenia jak trauma, kryzys czy wydarzenia wysoce stresujące. Grupy ryzyka selekcjonowane do badań bywają bardzo obszerne. W jednym z najważniejszych – badaniu dzieci (a potem dorosłych) z hawajskiej wyspy Kauai – do grupy ryzyka zaliczono aż 1/3 populacji (ze względu na obciążenie okolicy, złe funkcjonowanie rodziców i rodziny, ubóstwo, rozwody, występowanie chorób psychicznych itd.) [12]. Bardziej precyzyjne zakreślenie granic konstruktów sprężystości zmniejsza różnice między badaniami z obszarów psychiatrii i psychologii pozytywnej. W grupie dzieci maltretowanych w rodzinach niewiele z nich cechuje sprężystość na jakimś etapie swojego życia (między 6% a 21%), a zaledwie 5% funkcjonuje dobrze psychospołecznie przez dłuższy czas [2].

Odpowiedź na uraz

Wiele wątpliwości budzi pomiar jednostkowej odpowiedzi na uraz. Kiedy nie mamy do czynienia z jednorazową, krótkotrwałą traumą, to regułą są liczne następstwa dotyczące wielu obszarów życia [13]. Zmiany, obok typowych fenomenów psychopatologicznych, mogą obejmować opóźnienia rozwojowe, zaburzenia emocjonalnej samoregulacji, zachowania regresywne, zaburzenia w strukturze przywiązania i w relacjach z innymi, zaburzenia tożsamości, choroby somatyczne, gorsze wyniki w nauce, upośledzenie pamięci, mniejszą sprawność narracyjną, poczucie winy i wstydu, zaburzenia samooceny, skłonność do zachowań ryzykownych, wtórne problemy życiowe, większą podatność na kryzysy, tendencje do powtarzania wyuczonych wzorców przemocowych itd. [14].

Nie da się badać wszystkiego. Z reguły badania koncentrują się na psychopatologii i opanowaniu zadań rozwojowych istotnych na danym etapie życia [15]. Wiele prac pokazuje jednak bardzo odmienne funkcjonowanie ofiar traum w różnych obszarach, na przykład w klasycznym badaniu dzieci maltretowanych 2/3 z nich dobrze radziło sobie w szkole, ale tylko 21% w zakresie kompetencji społecznych [16]. Czy osoby uznane za sprężyste powinny dobrze sobie radzić w wielu obszarach, czy wystarczy dobre funkcjonowanie w jednym z nich i przeciętne w pozostałych? Czy sprężystym jest ten, kto nie ma PTSD (które nie zawsze jest dobrym kryterium pomiaru wrażliwości na uraz, szczególnie u dzieci) albo zaburzeń depresyjnych? Ile kryteriów powinno być jeszcze ocenionych, żeby uznać pomiar resilience za adekwatny – dobre funkcjonowanie w szkole, nienadużywanie substancji psychoaktywnych, brak prób samobójczych, dobra jakość snu, jakość życia, samoocena, czynniki relacyjne, zdrowie fizyczne?

Sprężystość nie jest cechą osobniczą, nie jest czymś stałym, nie jest też dana raz na zawsze [17]. Osoba po traumie może odnosić sukcesy w momencie badania, ale z czasem jej funkcjonowanie może stawać się mniej adaptacyjne [18]. Klasyczne badania dzieci alkoholików, które wyłoniły populację dobrze zaadaptowanych dzieci w wieku 3–5 lat, wykazały, że dzieci te w wieku 9–11 lat oraz 12–14 lat wykazywały objawy, takie jak nadpobudliwość emocjonalna czy nieakceptowane społecznie zachowania o większym natężeniu niż dzieci rodziców niepijących [19]. Równocześnie wiele badań obrazuje stopniowe wygaszanie symptomatologii psychiatrycznej po traumie [20]. Sprężystość może zmieniać się w czasie i ta ewolucja wymaga dalszych badań, ale model longitudinalno-prospektywny rzadko jest wykorzystywany w pracach empirycznych [19].

Czynniki wpływające na relacjonowanie reakcji na traumę

Brak objawów psychopatologicznych u części ofiar może mieć niewiele wspólnego ze zjawiskiem sprężystości – mało realna może być dotkliwość krzywdy (czynniki włączenia do grupy ryzyka mają charakter statystyczno-socjologiczny, np. trzeba być dzieckiem matki chorującej na schizofrenię), profesjonalści mogą przeoczyć objawy psychopatologiczne (niedoskonałość narzędzi), wreszcie objawy te mogą nie

być raportowane. Wiemy, że ofiary traum (szczególnie takich, które przeżywają jako szczególnie zawstydzające, piętnujące, np. ofiary molestowania seksualnego) nie przynajmniej się w badaniach do tego typu doświadczeń, stąd w badaniach populacyjnych uzyskuje się dalece zaniżone liczby ofiar [21]. Czy podobne zjawisko może dotyczyć raportowania niekorzystnych następstw zjawisk urazowych?

Klimat kulturowy i oczekiwania społeczne od wielu już lat sprzyjają przypisywaniu sobie raczej siły, odporności (tyrania pozytywnego myślenia) i samodzielności. Ofiary traum wykazują większy (niż w populacjach kontrolnych) konformizm [22], potrzebę społecznej atrakcyjności i koncentrację na ocenie dokonywanej przez innych [23]. Naturalna cecha (obecna stale w sytuacji badania) poszukiwania u badacza potwierdzenia swojej normalności w ich przypadku wyrażana jest silnie.

Mechanizm działania traumy z typowymi objawami PTSD, dysocjacja i unikaniem może sprzyjać rozwojowi unikowego stylu radzenia sobie (który maskuje cierpienie i próbuje, często nie dość skutecznie, ochronić ofiarę). Nieprzypadkowo wiele badań dotyczących tak zwanego potraumatycznego wzrostu wskazuje, że koreluje on pozytywnie z objawami PTSD, czyli im większe nasilenie objawów, tym badani bardziej podkreślają, że po traumie doceniają życie i sferę duchową czy zauważają pozytywne zmiany w relacjach z innymi bardziej niż w przeszłości [24]. Te pozytywne przeformułowania mogą być rodzajem samooszukiwania się, zaprzeczania trudnościom, myślenia życzeniowego czy obrony samooceny w sytuacji naporu objawów psychopatologicznych. W badaniach, szczególnie „płytkich”, kwestionariuszowych, nie do końca wiemy, w jakim stopniu oceniamy funkcjonowanie po traumie, a w jakim proporcje między samozadowoleniem (czy samooszukiwaniem się) a świadomością kryzysu.

Dodatkowo gotowość do relacjonowania swoich negatywnych cech jest niewielka w metodach kwestionariuszowych i ustrukturowanych wywiadach, zwiększa się natomiast w głębszych, klinicznych wywiadach i pomiarach projekcyjnych. W badaniach nad traumą, stosując głębokie wywiady i testy projekcyjne, uzyskujemy bardzo różne rezultaty od tych, które wynikają z kwestionariuszy samoopisowych [25]. Silnie też niż w innych obszarach badawczych na sposób autoprezentacji wpływają dodatkowe afektywne i poznawcze postawy. W badaniach nad transmisją traumy Holokaustu na przykład podkreśla się, że zarażanie przez ocalałych swoich dzieci objawami posttraumatycznymi odbierane jest jako sukces oprawców – zwycięstwo Hitlera z grobu [26], a koncept międzygeneracyjnej transmisji traumy indukuje poczucie winy zarówno wśród rodziców, jak i dzieci [27]. Może być też inaczej, dzieci alkoholików często określają siebie jako współzależnych, wierzą w konstrukt DDA (mimo że tego profilu osobowości nie potwierdzają badania empiryczne [28, 29]), który spełnia ich psychologiczne potrzeby i jest raczej wyborem tożsamościowym niż czymkolwiek innym.

Trudności w adekwatnym oszacowaniu odpowiedzi na traumę budzą u badaczy tęsknotę za obiektywnym pomiarem opartym w większym stopniu na mierzalnych, jednoznacznych wskaźnikach (np. fizjologicznych wyznacznikach stresu), a w mniejszym na deklaracjach osób badanych. Nie wydaje się to możliwe ani celowe.

Problematyka rozwojowa

Wiele wątpliwości budzi pytanie, czy wyniki badań dorosłych mogą być ekstrapolowane na dzieci (i odwrotnie)? Krytycy ogólnie zarzucają badaniom z obszaru resiliencji nie dość dobre osadzenie w problematyce rozwojowej, mimo że teoria ta zrodziła się z obserwacji właśnie dzieci i młodzieży. Jest ona mało wrażliwa na tematykę, która wydaje się kluczowa, tj. jakość opieki we wczesnym okresie życia i wpływ wzorców przywiązania na radzenie sobie z doświadczeniami traumatycznymi [30].

Trauma ożywia schematy myślowe (Wewnętrzne Modele Operacyjne Bowlby'ego), do tego czasu w pewnym stopniu pogrzebane. Bieżące wydarzenie traumatyczne nie jest przeżywane jako doświadczenie nowe, lecz stanowi potwierdzenie wczesnych, przedwerbalnych, uwewnętrznionych przekonań o relacjach międzyludzkich. Jeżeli świat od początku przeżywany jest jako bezpieczny i przewidywalny (a tak jest u osób z optymalnym wzorcem przywiązania), ryzyko destrukcyjnego wpływu doświadczenia traumatycznego jest mniejsze [31]. Przekonanie o nieprzewidywalności i niestabilności świata pochodzące z wzorców przywiązania poważnie ogranicza poszukiwanie wsparcia i pomocy. Pogarsza również jakość funkcjonowania – udowodniono związek między przywiązaniem unikowym a zachowaniami problemowymi u dzieci [32]. Także u dorosłych wiele danych empirycznych pokazuje, że na sprężystość znacznie wyraźniej wpływa subiektywne postrzeganie wsparcia (satisfakcja ze wsparcia i poczucie akceptacji [33] albo poczucie, że pomoc będzie dostępna, kiedy będziemy jej potrzebować [34]) od obiektywnie ocenianego poziomu wsparcia. Rola wczesnych skryptów jest więc kolosalna – są wrażliwe na realność opieki we wczesnym okresie życia, są zaskakująco stabilne, działają „tajnie” (subiektywnie coś wiemy, ale nie znamy źródeł naszej wiedzy), definiują poczucie bezpieczeństwa i gotowość do poszukiwania wsparcia, stając się tym samym kluczową komponentą resiliencji. Ich „tajny” charakter i skomplikowany sposób wpływu, ale też retrospektywno-przekrojowy charakter większości badań utrudniają operacjonalizację.

Podsumowanie

Pojęcie sprężystości nie jest łatwe w operacjonalizacji. Niesie ze sobą problemy definicyjne i terminologiczne. Wchodzi w pogmatwane związki z bliskoznacznymi terminami, takimi jak mechanizmy radzenia sobie, adaptacja potraumatyczna, potraumatyczny wzrost, przywrócenie psychicznej i biologicznej homeostazy, salutogeneza itp. Obok pojęcia resiliencji funkcjonuje koncepcja resiliency (ego-resiliency) Blocków [35], rozumiana jako zestaw cech osobowości (w odróżnieniu od resiliencji, będącej zjawiskiem procesualnym). Zamieszanie terminologiczne jest więc ogromne.

Nie istnieje jeden dominujący, podbudowany empirycznie model wyjaśniający zjawisko sprężystości. Nie ma bowiem jednej drogi prowadzącej do upragnionego celu – dobrego przystosowania. Zgodnie z zasadą ekwifinalności, dróg (mechanizmów) jest wiele, pozostają one ze sobą w złożonych interakcjach [36]. Część mechanizmów sprężystości jest uniwersalna (uruchamiamy je wszyscy w sytuacjach kryzysowych), część jest charakterystyczna dla niektórych, zależna od okoliczności, kontekstów, rodzaju

urazu. Rozumienie tego fenomenu staje się więc coraz bardziej „zdecentralizowane” – poszukujemy raczej złożonych interakcji czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych niż indywidualnych czynników wspierających dobrą adaptację. Ale komplikuje to metodologię badań – dopiero równoczesna analiza wielu zmiennych daje bardziej trafny obraz. Niemożliwe jest zorganizowanie badania, w którym by kontrolowano wszystkie ważne zmienne. Dlatego wyniki badań, w których mierzy się wąski zakres zmiennych, różnią się między sobą.

Trudno jest mierzyć kluczowe zmienne resilience. Sprężystość ma bowiem interaktywny charakter – łączy doświadczenie urazu z adaptacją do niego. Stosuje się bardzo różne metody pomiarowe, by uchwycić to, co trudno uchwytne. Różne narzędzia oparte są na różnych konstrukcjach teoretycznych [37]. Badania mają zasadniczo charakter korelacyjny, a uzyskane zależności są raczej słabe. Trudno na ich podstawie orzekać o związkach przyczynowo-skutkowych.

Zagadnienie sprężystości sytuuje się na pograniczu nauk – genetyki, neurofizjologii, antropologii kultury, socjologii, medycyny zdrowia, politologii, psychologii rozwojowej, psychiatrii. Złożona i wielowymiarowa koncepcja resilience może budzić obawy metodologiczne. Bywają one tak duże, że niektórzy badacze uznają ją za konstrukt o wątpliwej wartości naukowej [16].

Badania nad sprężystością w swojej wczesnej fazie promowały indywidualistyczne sposoby radzenia sobie i lekcewały rolę wzorów kulturowych i społecznych [38]. Były skupione raczej na cechach osobowości radzących sobie ze stresem niż na kontekstach ich życia. Dziś wiemy na pewno, że błędnie. Badania empiryczne dowiodły, że im poważniejszy jest czynnik urazowy, tym mniejsze znaczenie mają cechy osobnicze, a większe czynniki środowiskowe – jakość rodziny [39] i środowiska oraz dostępne zasoby. Tak więc w przypadku „prawdziwych” traum, poważnych, długotrwałych urazów, szczególnie dotyczących osób w wieku rozwojowym (jak maltretowanie w rodzinie), czynniki kontekstualne mają pierwszorzędne znaczenie [36].

Badania empiryczne pierwszej fazy (skupione na cechach indywidualnych) przyjmowały formę zbiorów czynników ochronnych, predyktorów odporności, korelatów dobrego radzenia sobie. Metodologia ta nie była specjalnie konkluzywna – badania empiryczne niewiele wносиły do poznania mechanizmów radzenia sobie (albo nieradzenia) z urazem. Wyjściem z zakłętego kręgu niezbyt pewnych albo tautologicznych wyników wydają się badania ekologiczne, eksplorujące tak zwane środowisko kontekstowe, poczynawszy od poziomu mikro do makro. W ramach tych badań próbuje się oszacować wpływ tak różnych zmiennych jak cechy osobnicze dziecka (np. temperament), charakter i skala krzywdzenia, jakość opieki rodzicielskiej, ubóstwo, wsparcie dla rodziny, znaczenie systemów szkolnych, cechy społeczności lokalnej (np. dostęp do infrastruktury, zagrożenie przestępczością w dzielnicy), zmienne polityczne (nieprawidłowość społeczna, status mniejszościowy), kontekst kulturowy, wcześniejsze doświadczenia krzywdzenia. Dopiero dynamiczne interakcje wielu czynników związanych z jednostką, jej rodziną i kontekstem mogą bardziej realistycznie objaśniać fenomen sprężystości. Niemniej poziom komplikacji metodologicznych w tak szeroko zakrojonych badaniach jest poważny.

Otwiera się przed nami fascynujący, ale trudny obszar badawczy. Próba syntezy danych uzyskanych w badaniach z obszaru genetyki, neurobiologii, psychologii rozwojowej, próba szacowania wpływu cech indywidualnych osób po traumie, cech ich rodzin i społeczności lokalnej, wreszcie charakterystyk związanych z kulturą, w której żyją, i społeczeństwem, którego są obywatelami. Mamy tam wszystko – geny, neuroplastyczność mózgu, kolektywną tożsamość ofiar albo jej brak, publiczne systemy wsparcia, które działają lepiej lub gorzej, ważnego dorosłego, który stanie się autorytetem i źródłem wsparcia, podzielane społecznie „wierzenia”, jak sobie radzić z przeciwnościami losu i wiele innych zmiennych. Przed nami jeszcze mnóstwo pytań, badań i konceptualizacji. Bowiem, wbrew pozorom, o mechanizmach sprężystości wciąż jeszcze wiele nie wiemy.

Piśmiennictwo

1. Borucka A, Ostaszewski K. *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*. Med. Wieku Rozw. 2008; 12: 587–597.
2. Borucka A, Ostaszewski K. *Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych*. Dziecko Krzywdz. 2012; 40(3): 7–26.
3. Junik W. *Zjawisko rezyliencji – wybrane problemy metodologiczne*. W: Junik W. red. *Resilience*. Warszawa: Parpamedia; 2011. s. 47–66
4. *Resilience – pozytywna adaptacja dzieci krzywdzonych*. Vol. 11. Dziecko Krzywdz. 3(40); 2012.
5. Kühn-Dymecka A. *Występowanie wybranych zasobów osobistych u osób z rozpoznaniem schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(2): 167–176.
6. Braniecka A, Parnowska D, Radomska A. *Poczucie humoru u pacjentów z depresją – przegląd badań*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(6): 1007–1018.
7. Sz wajca K. *Dyskurs resilience – konteksty i aspekty praktyczne*. Psychoterapia 2014; 168(1): 99–107.
8. Fujita G, Nishida Y. *Association of objective measures of trauma exposure from motor vehicle accidents and posttraumatic stress symptoms*. J. Trauma. Stress 2008; 21(4): 425–429.
9. Edwards D, Sakasa P, van Wyk G. *Trauma, resilience and vulnerability to PTSD: A review and clinical case analysis*. J. Psychol. Afr. 2005; 15(2):143–153.
10. *Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskaźniki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
11. Heitzman J. *Stres w etiologii przestępstw agresywnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
12. Werner EE, Smith RS. *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1992.
13. Widom CS. *Understanding the consequences of childhood victimization*. W: Reece M. red. *Treatment of child abuse: Common ground for mental health, medical, and legal practitioners*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2000. s. 339–361.
14. Izdebski R, Sz wajca K, de Barbaro M, Szaszkie wicz W. *Przemoc w rodzinie, maltretowanie fizyczne i wykorzystanie seksualne dzieci i młodzieży*. W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2012. s. 409–444.

15. Beeghly M, Cicchetti D. *Child maltreatment, attachment and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk*. Dev. Psychopathol. 1994; 6: 5–30.
16. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. *The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*. Child Dev. 2000; 71(3): 543–562.
17. Rutter M. *Promotion of resilience in the face of adversity*. W: Stewart AC, Dunn J. red. *Families count: Effects on child and adolescent development*. New York, NY: Cambridge University Press; 2006. s. 26–52.
18. Meichenbaum D. *Bolstering resilience: benefiting from lessons learned*. Na: http://www.melissainstitute.org/documents/Bolstering_Resilience.pdf [dostęp: 20.05/2014].
19. Junik W. *Teoretyczne i empiryczne podstawy wzmacniania rezyliencji (resilience) u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym*. Dziecko Krzywdz. 2012; 40(3): 27–45.
20. Dekel S, Solomon Z, Rozenstreich E. *Secondary salutogenic effects in veterans whose parents were Holocaust survivors?* J. Psychiatr. Res. 2013; 47(2): 266–271.
21. Ullman SE. *Talking about sexual assault: Society's response to survivors*. Washington, DC: American Psychological Association; 2010.
22. Schwartz S, Dohrenwend BP, Levav I. *Nongenetic familial transmission of psychiatric disorders? Evidence from children of Holocaust survivors*. J. Health Soc. Behav. 1994; 35(4): 385–402.
23. Schleuderer CG. *Issues of the Phoenix: personality characteristics of children of Holocaust survivors*. Niepublikowana praca doktorska. Athens, Georgia: University of Georgia; 1990
24. Ogińska-Bulik N. *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin; 2013.
25. Wanderman E. *Separation problems, depressive experiences, and conception of parents in children of concentration camp survivors*. [Doctoral dissertation. New York University, 1980]. Dissertation Abstracts International; 41: 704.
26. Danieli Y. *Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust*. Psychoanal. Psychol. 1984; 1(1): 23–42.
27. Felsen I. *Transgenerational transmission of effects of the Holocaust: The North American research perspective*. W: Danieli Y. red. *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York: Plenum Press; 1998. s. 43–69.
28. Sher KJ. *Children of alcoholics: A critical appraisal of theory and research*. Chicago: The University of Chicago Press; 1991.
29. Lilienfeld SO, Lynn SJ, Ruscio J, Beyerstein BL. *50 wielkich mitów psychologii popularnej*. Warszawa: Wydawnictwo CiS; 2011.
30. Lieberman AF, Chu A, van Horn P, Harris WW. *Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications*. Dev. Psychopathol. 2011; 23(2): 397–410.
31. Wallin DJ. *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
32. Keller TE, Spieker SJ, Gilchrist L. *Patterns of risk and trajectories of preschool problem behaviors: a person-oriented analysis of attachment in context*. Dev. Psychopathol. 2005; 17(2): 349–84.
33. Sarason BR, Pierce GR, Sarason IG. *Social support: the sense of acceptance and the role of relationships*. W: Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR. red. *Social support: an interactional view*. New York: John Wiley Sons; 1990. s. 97–128.
34. Norris F, Kaniasty K. *Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model*. J. Pers. Soc. Psychol. 1996; 71(3): 498–511.

35. Block J, Kremen AM. *IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness*. J. Pers. Soc. Psychol. 1996; 70(2): 349–361.
36. Ungar M, Ghazinour M, Richter J. *Annual Research Review: What is resilience within the social ecology of human development?* J. Child Psychol. Psychiatry 2013; 54(4): 348–366.
37. Daigneault I, Hébert M, Tourigny M. *Personal and interpersonal characteristics related to resilient developmental pathways of sexually abused adolescents*. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2007; 16(2): 415–434.
38. Hobfoll SE. *Stres, kultura i społeczeństwo. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
39. Walsh F. red. *Normal family processes*. New York: The Guilford Press; 2003.

Adres: Krzysztof Szwajca
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A

Otrzymano: 11.12.2013
Zrecenzowano: 26.12.2013
Otrzymano po poprawie: 20.01.2014
Przyjęto do druku: 11.04.2014