

**Poczucie koherencji a odległe następstwa  
stresu pourazowego u osób represjonowanych  
w Polsce z przyczyn politycznych w latach 1944–56**

**Sense of coherence and delayed consequences of post-traumatic  
stress in persons persecuted for political reasons  
in Poland in the years 1944–56**

Iwona Czaja

Z Zakładu Patologii Społecznej Kliniki Psychiatrii CM UJ w Krakowie  
Kierownik: prof. dr hab. med. Z. Ryn

---

Artykuł poświęcony jest analizie związku pomiędzy poczuciem koherencji a odległymi następstwami stresu pourazowego u osób represjonowanych w Polsce z przyczyn politycznych w latach 1944–56.

The article aims to analyze the relationship between the sense of coherence and delayed consequences of post-traumatic stress in persons persecuted for political reasons in Poland in the years 1944–56.

odległe następstwa stresu pourazowego  
poczucie koherencji

delayed consequences of post-traumatic  
stress

---

**Wstęp**

Inspiracją do badań osób represjonowanych w Polsce z przyczyn politycznych, w latach 1944–56, były prowadzone w latach sześćdziesiątych w krakowskiej Katedrze Psychiatrii badania nad odległymi następstwami stresu u więźniów obozów hitlerowskich [1]. W 1989 roku w Zakładzie Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ badaniami objęte zostały ofiary represji, stosowanych przez polskie, powojenne służby bezpieczeństwa. Powstałe w ramach tego tematu badawczego opracowania [2, 3] koncentrują się na ocenie somatycznych i psychicznych następstw traumatycznego stresu u ocalałych z prześladowań.

**Następstwa stresu pourazowego**

Badania ekstremalnych doświadczeń społeczeństw i narodów w okresie II wojny światowej [4, 5], przede wszystkim więźniów obozów koncentracyjnych [6, 7, 5], oraz

badania weteranów wojny wietnamskiej [8, 9] umożliwiły szczegółowe charakterystyki reakcji posttraumatycznej ofiar przemocy politycznej [10, 11]. Na podstawie analizy prac teoretycznych oraz empirycznych należy stwierdzić, że odległe następstwa stresu pourazowego mogą manifestować się w sferze wewnętrznej osoby jako: stan lub nastrój depresji, odczuwanie braku sensu życia [6, 8, 12, 13, 10]; lęk [6, 14, 15, 5]; stany agresji lub wrogości [8, 9]; poczucie złej jakości życia [7, 10]; większe subiektywnie odczuwanie dolegliwości somatycznych oraz złe samopoczucie [16, 10].

W licznych opracowaniach zwraca się także uwagę na takie objawy zaburzeń sfery interpersonalnej, jak: tendencję osób do izolowania się i wycofywania z kontaktów z ludźmi [14, 17, 5]; nieufność i podejrzliwość w stosunku do ludzi [7, 14, 17]; niezadarność społeczną – problemy zawodowe, rodzinne i finansowe [7, 10].

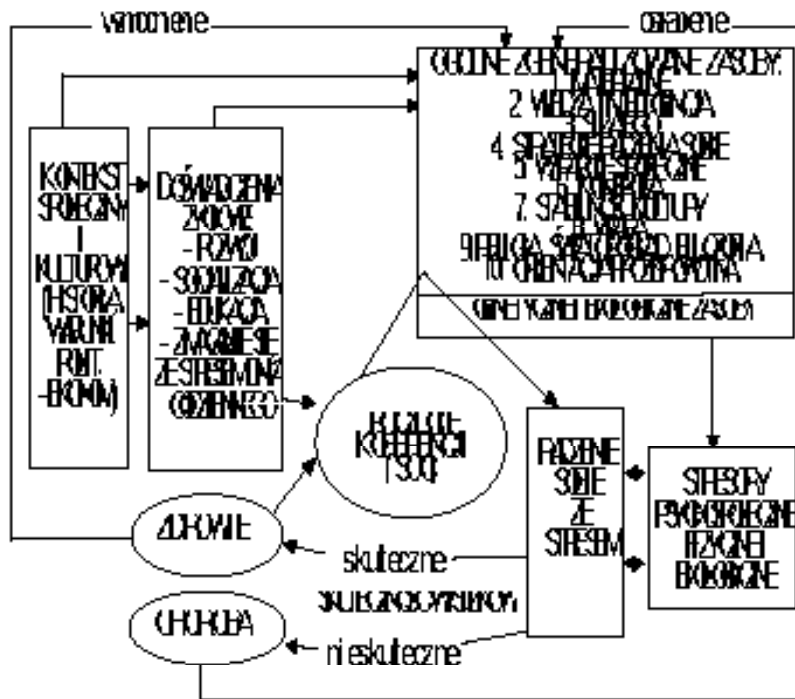
Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [18] określa jako główne kryteria tego zespołu: narażenie osoby na zdarzenie traumatyzujące o charakterze katastrofy, wykraczające swoją skalą poza zakres zwykłych ludzkich cierpień, które wywołuje intensywny strach, bezradność lub przerażenie, nieustanne przeżywanie zdarzenia traumatyzującego, uporczywe unikanie bodźców związanych z urazem lub/i (nieobecny przed urazem) paraliż ogólnej wrażliwości, uporczywe symptomy nadmiernego pobudzenia.

Aktualnie część badaczy [19, 20, 21, 7, 22] kwestionuje wyodrębnianie jedynie patologicznych konsekwencji traumatycznych doświadczeń i wskazuje na możliwość ich pozytywnej reinterpretacji u badanych osób. Według Antonovsky'ego [19, 20] wytłumaczenie rozbieżności w wynikach badań jest możliwe przy uwzględnieniu w analizie adaptacji pourazowej kategorii związanych z wewnętrznymi zasobami, szczególnie poczucia koherencji.

### Koncepcja salutogenetyczna Antonovsky'ego

Wyniki empirycznych badań dotyczących ocalałych z holocaustu, którzy, pomimo zetknięcia się z silnie traumatyzującymi doświadczeniami, pozostali we względnie dobrym stanie fizycznym i psychicznym [19, 23], doprowadziły Antonovsky'ego do stworzenia koncepcji salutogenezy, stanowiącej odwrócenie tradycyjnej, patogenetycznej perspektywy rozpatrywania problemów zdrowia i choroby. Badacze związani z podejściem salutogenetycznym rozpoznawali czynniki i okoliczności sprzyjające zdrowiu i wspomagające odporność jednostki. Model salutogenezy przedstawia rysunek 1.

Za centralną kategorię umożliwiającą efektywne radzenie sobie nawet z najbardziej traumatycznymi zdarzeniami (dzięki uaktywnieniu uogólnionych zasobów odpornościowych) uznana została wewnętrzna orientacja życiowa – poczucie koherencji (Sense of Coherence, SOC). Według Antonovsky'ego [20, s. 34] poczucie koherencji to: „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (I) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (II) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (III) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”. Trzem częściom tej definicji odpowiadają trzy składowe komponenty, a zarazem charakterystyki orientacji życiowej - poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności [19, 20].



Rys. 1 Model salutogenezy w ujęciu Antonovsky'ego

Poczucie koherencji a wewnętrzne i międzyludzkie funkcjonowanie osoby

Antonovsky [20] określał, że osoby o wysokim poziomie poczucia koherencji rzadziej popadają w apatię i beznadziejność, częściej angażują się w różnorodne zajęcia społeczne, rzadziej odczuwają nieuzasadnioną agresję w stosunku do innych, lepiej funkcjonują w relacjach interpersonalnych niż osoby z niskim poziomem poczucia koherencji. W zetknięciu z sytuacją nawet obiektywnie bardzo trudną osoby te wykazują tendencję do poszukiwania pozytywnych aspektów, porządkowania sytuacji i nadawania jej emocjonalnego sensu. Badania empiryczne wykazały dodatni związek poczucia koherencji z poczuciem lepszej jakości życia [24] i negatywne korelacje ze stanem depresji, lękiem [25, 26, 27, 28, 29] oraz z wrogością [27, 28].

Cel pracy i hipotezy badawcze

Celem badań było ukazanie związku pomiędzy siłą poczucia koherencji<sup>1</sup> a odległymi następstwami stresu pourazowego w sferze funkcjonowania wewnętrznego (lęku, depresji, poczucia sensu życia, samopoczucia oraz poziomu PTSD<sup>2</sup>) i w sferze kontaktów interpersonalnych<sup>3</sup> osób represjonowanych w Polsce z przyczyn politycznych w latach 1944–56.

— W związku z postawionym celem badań przyjęte zostały następujące hipotezy

<sup>1</sup> Zmienna niezależna, <sup>2</sup> Zmienne zależne, <sup>3</sup> Zmienne zależne

badawcze:

**H i p o t e z a 1.** Osoby represjonowane z przyczyn politycznych cechujące się niskim poziomem poczucia koherencji wykazują większe nasilenie odległych następstw stresu pourazowego, przejawiające się: wyższym poziomem lęku, wyższym poziomem depresji, obniżonym poziomem poczucia sensu życia, gorszym samopoczuciem, wyższym natężeniem PTSD w porównaniu z osobami represjonowanymi z przyczyn politycznych o wysokim poziomie poczucia koherencji.

**H i p o t e z a 2.** W grupie represjonowanych z przyczyn politycznych osoby cechujące się wysokim poczuciem koherencji częściej prezentują prospołeczne style ustosunkowań interpersonalnych w porównaniu z represjonowanymi o niskim poziomie poczucia koherencji.

**H i p o t e z a 3.** W grupie represjonowanych z przyczyn politycznych osoby cechujące się niskim poczuciem koherencji częściej prezentują: ustosunkowania interpersonalne związane z bezradnością, style ustosunkowań interpersonalnych należących do tzw. syndromu wrogości niż osoby represjonowane o wysokim poziomie poczucia koherencji.

## **Material i metoda**

### **Osoby badane**

Grupę badaną stanowiło 100 mężczyzn represjonowanych w Polsce z przyczyn politycznych, w latach 1944–56. Posługując się kwestionariuszem PTSD-Interview oraz ustrukturyzowanym wywiadem u wszystkich represjonowanych rozpoznano zespół stresu pourazowego. Charakterystykę wieku, sytuacji rodzinnej, wykształcenia, miejsca pracy, miejsca zamieszkania osób w badanej grupie przedstawia tabela 1.

Średnia wieku w momencie aresztowania wynosiła 20 lat i 4 miesiące. Okres pobytu w więzieniu wynosił średnio 3 lata i 4 miesiące. Osoby represjonowane narażone były na działanie różnorodnych form fizycznego i psychicznego nacisku. Najczęstszymi były: długotrwała inwigilacja, aresztowanie, przesłuchania, rozprawa sądowa, wyrok i pobyt w więzieniu lub obozie pracy. Urazy i tortury łączące się z naruszaniem godności i intymności osobistej powodowały wycieńczenie oraz choroby somatyczne więźniów. Stresory natury psychicznej obejmowały sytuacje związane z nasilaniem się u więzionych lęku i bezsilności. Po uwolnieniu rozpoczynał się drugi etap kilkudziesięcioletniej traumy – badani pozostawali w społecznej, zawodowej i politycznej izolacji.

### **Narzędzia badawcze**

W badaniach wykorzystano:

1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (KOŻ-29) – stworzony przez Antonovsky'ego do mierzenia poziomu poczucia koherencji. Składa się z trzech skal (poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności). Dane psychometryczne wersji polskiej zostały zamieszczone w artykule Koniarek, Dudek i Makowskiej [26].
2. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) – zastosowano polską wersję testu, w ada-

Tabela 1

Charakterystyka wieku, sytuacji rodzinnej, wykształcenia, miejsca pracy, miejsca zamieszkania oraz poziomu zaburzeń procesów poznawczych (skala MMSE)

Kategoria	Grupa badawcza
Liczba badanych	100
Wiek	$x=67,75; s.d.=4,47$
Przedział wieku	59–79
Wykształcenie podstawowe	15 osób
Wykształcenie zawodowe	27 osób
Wykształcenie średnie	32 osoby
Wykształcenie wyższe	26 osób
Emeryci i renciści	66 osób
Żonaci	64 osoby
Miejsce zamieszkania: duże miasto	52 osoby
Miejsce zamieszkania: małe miasto	25 osób
Miejsce zamieszkania: wieś	23 osoby
Wynik w teście Mini-Mental State Examination	$x=27,94; s.d.=4,15$

ptacji Strelaua, Tysarczyka i Wrześniewskiego [30].

- Inwentarz Depresji (ID) Becka [31].
- Test Sensu Życia (PLT) - autorstwa Crumbaugh i Maholika, w polskiej adaptacji Płużek [32].
- Psychologiczny Wskaźnik Dobrego Samopoczucia (PGWB) – autorstwa Dupuya [33]. Polskiej adaptacji dokonano w Klinice Kardiologii CM UJ w Krakowie.
- Skalę Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI), autorstwa Stanika [34].
- Kwestionariusz „PTSD-Interview” (PTSD-I) Watsona [35].
- Skalę Mini-Mental State Examination Folsteinów [36].

Badania przeprowadzono w latach 1994–1998 w Zakładzie Patologii Społecznej Katedry Psychiatrii CM UJ. Miały charakter indywidualny. Badani wyrazili zgodę na wykorzystanie wyników badań do celów naukowo-badawczych.

## Wyniki

Wartości średnie, odchylenia standardowe wyników w skali poczucia koherencji oraz w zakresie poziomu lęku, depresji, poczucia sensu życia, samopoczucia, syndromu wrogości (SUI), zespołu skal prospołecznych (SUI) i poziomu PTSD zostały pokazane w tabeli 2.

Tabela 2

Wartości średnie i odchylenia standardowe wyników w skali poczucia koherencji

oraz w zakresie poziomu lęku, depresji, poczucia sensu życia, samopoczucia, syndromu wrogości (SUI), zespołu skal prospołecznych (SUI) i poziomu PTSD

H i p o t e z a 1. Na podstawie analizy współczynników korelacji cząstkowej Pearsona stwierdzono istnienie negatywnej korelacji pomiędzy poziomem poczucia koherencji

Zmienne	$\bar{x}$	sd
SOC ogólne	116,4	12,49
Stan lęku	49,39	7,66
Cecha lęku	54,87	6,35
Poziom depresji	17,78	6,43
Poziom poczucia sensu życia	103,18	20,59
Poziom samopoczucia	81,92	19,38
Syndrom wrogości (SUI)	27,22	6,14
Skale prospołeczne (SUI)	11,95	5,63
Poziom PTSD	41,90	13,04

a stanem i cechą lęku, poziomem depresji, poziomem PTSD oraz dodatniego związku pomiędzy poziomem SOC a poziomem poczucia sensu życia i samopoczucia. Wartości współczynnika korelacji cząstkowej  $r$  Pearsona pomiędzy wynikiem ogólnym poczucia koherencji a głównymi zmiennymi zależnymi w grupie represjonowanych przedstawia tabela 3.

Tabela 3

Wartości współczynnika korelacji cząstkowej ( $r$  Pearsona) pomiędzy wynikiem ogólnym SOC a poziomem lęku, depresji, poczucia sensu życia, samopoczucia i poziomem PTSD

Istotność: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

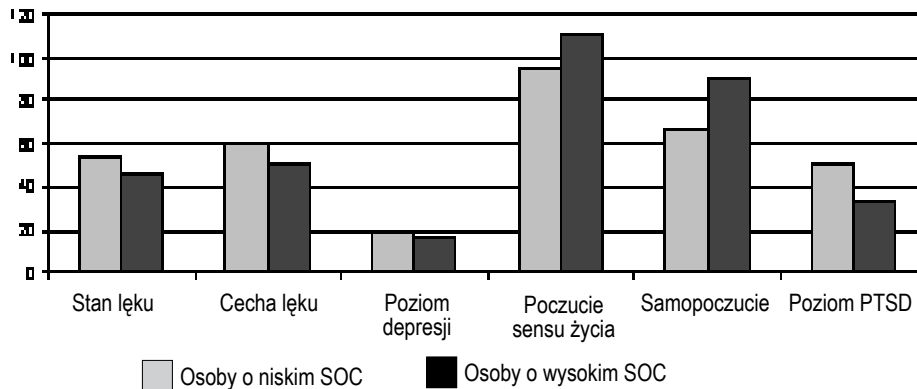
SOC – poczucie koherencji

Zmienne	Stan lęku	Cecha lęku	Poziom depresji	Poziom poczucia sensu życia	Poziom odczuwanego samopoczucia	Poziom PTSD
Wynik ogólny SOC	-0,43***	-0,59***	-0,34**	0,30**	0,45***	-0,35***

Osoby z wysokim poczuciem koherencji uzyskiwały istotnie wyższe wyniki w skali stanu i cechy lęku od osób z niskim poczuciem koherencji, co wykazała analiza wariancji dla grup skrajnych (grupy po 25 osób, utworzone na podstawie górnego i dolnego kwartyła wyników uzyskanych przez badanych w SOC). Na jej podstawie stwierdzono także, że osoby o niskim SOC uzyskiwały istotnie niższe wyniki w Inwentarzu Depresji Becka oraz iż osoby o wysokim SOC charakteryzowały się wyższym poczuciem sensu życia niż osoby o niskim SOC. Osoby o wysokim SOC cechowały się w aktualnym funkcjonowaniu także mniejszym natężeniem objawów stresu pourazowego, diagnozowanego za pomocą PTSD-Interview. Porównanie wartości średnich

wyników w zakresie zmiennych zależnych, które uzyskano w wyróżnionych grupach, prezentuje rysunek 2, a wartości analizy wariancji przedstawia tabela 4.

H i p o t e z a 2 i 3. W zakresie ustosunkowań interpersonalnych przejawianych przez represjonowanych siła poczucia koherencji związana była ujemnie z *syndromem wrogo-*



Rys. 2 Porównanie średnich wyników w zakresie zmiennych poziomu lęku, depresji, poczucia sensu życia, samopoczucia i poziomu PTSD u osób charakteryzujących się wysokim i niskim poczuciem koherencji

Tabela 4

Wartości F uzyskane w analizie wariancji ANOVA dla grup skrajnych, osób o wysokim i o niskim poczuciu koherencji

Zmienne zależne (grupa wysokie lub niskie SOC)	F	df	P
Stan lęku	17,95	1,48	0,001
Cecha lęku	27,96	1,48	0,001
Poziom depresji	7,14	1,48	0,001
Poziom poczucia sensu życia	6,69	1,47	0,01
Poziom samopoczucie	31,67	1,48	0,001
Poziom PTSD	6,61	1,48	0,01

SOC – poczucie koherencji

ści u osób represjonowanych. Zauważyć można było również słabszy dodatni związek pomiędzy wynikami w SOC a *prospołecznymi ustosunkowaniami interpersonalnymi*. Dla pojedynczych skal obrazujących konkretne typy ustosunkowań prospołecznych nie wszystkie związki z poziomem poczucia koherencji okazały się istotne statystycznie. Zależności te ukazuje tabela 5.

Tabela 5

Wartości współczynników korelacji cząstkowej (r Pearsona) pomiędzy wynikiem ogólnym

uzyskany w teście SOC a wynikami uzyskanymi przez badanych w podskalach testu SUI

Istotność: \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

SOC – poczucie koherencji

Zmienna	SOC ogólny
Skala nierównowagi autonomicznej (SUI 1)	0,01
Skala podtrzymuj ciepłotę ciała (SUI 2)	0,10
Skala współpracy sercowo-oddechowej (SUI 3)	0,10
Skala uległości (SUI 4)	-0,18
Skala wysiłku emocjonalnego (SUI 5)	-0,05
Skala buntowniczo-podjazdowa (SUI 6)	-0,29**
Skala agresywno-modyfikacji (SUI 7)	-0,54***
Skala współwzrostu sercowo-oddechowego (SUI 8)	0,03
Skala samoakceptacji lub stopnia samozadowolenia (SUI 9)	-0,09
Skala Karmaruka (SUI 10)	-0,06
Skala odwagi, realizmu, współdziałania (SUI 11)	0,42***
Skala przemęczenia, bezradności, wzdęcia o pomoc (SUI 12)	-0,32**
Zespół skal prospołecznych (SUI PRO)	0,22*
Syndrom wrogości (SUI WRO)	-0,51***
Syndrom egocentryzmu (SUI EGO)	0,03

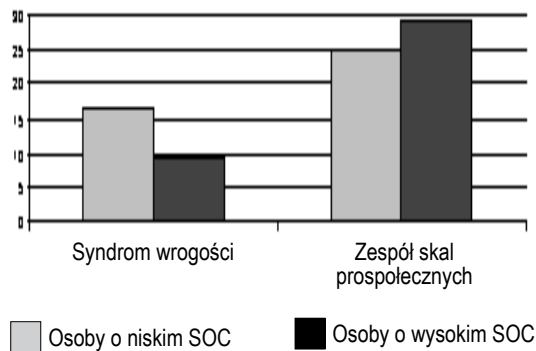
Na podstawie analizy wariancji stwierdzono także, że osoby o niskim SOC (dobre na zasadzie wyników skrajnych) uzyskiwały istotnie niższe wyniki ogólne związane z syndromem wrogości w SUI, a niższe w zespole skal prospołecznych. Porównanie wartości średnich wyników w zakresie obu syndromów, które uzyskano w wyróżnionych grupach, prezentuje rysunek 3, a wartości analizy wariancji przedstawia tabela 6.

### Dyskusja wyników i wnioski

Uzyskane dane potwierdziły większość przyjętych hipotez, które zakładały związek poziomu poczucia koherencji z modyfikacją nasilenia odległych następstw traumy.

**H i p o t e z a 1.** Wyniki badań zgodne były z doniesieniami Antonovsky'ego [20] oraz McSherry'ego i Holma [27], które wskazywały na to, że osoby o niskim SOC odczuwały istotnie częściej lęk niż osoby o średnim lub wysokim SOC. Korespondowały także z wynikami uzyskanymi w polskich badaniach Koniarka, Dudka i Makowskiej [26]. Przyczyn otrzymanych rezultatów można szukać w podobnych czynnikach konstytuujących kategorię poczucie koherencji i lęku, według poznawczych koncepcji lęku teorii Spielbergera [37] oraz Lazarusa i Averilla [38] – w obydwu przypadkach podkreślana była poznawcza ocena sytuacji zagrażających. W myśl tych koncepcji lęk pojawia się wówczas, gdy kognitywne schematy osoby nie są zdolne przyjmować, objąć i przetworzyć informacji z otaczającego świata, szczególnie tych, którym brak





Rys. 3 Porównanie średnich wyników w zakresie syndromu wrogości i zespołu skal prospołecznych SUI u osób charakteryzujących się wysokim i niskim poczuciem koherencji

Tabela 6

Wartości F uzyskane w analizie wariancji ANOVA dla grup skrajnych, osób o wysokim i o niskim poczuciu koherencji

Zmienne zależne wg grupy (wysokie lub niskie SOC)	F	df	p
Syndrom wrogości SUI	39,19	1,49	0,001
Zespół skal prospołecznych	6,37	1,49	0,05

SOC – poczucie koherencji

jest spójności, oczywistości i logiki. Represjonowani o wysokim SOC charakteryzowali się strukturami poznawczymi, które były bardziej „otwarte” na przyjęcie nawet nie akceptowanych tendencji i wyobrażeń, a poprzez to interpretowali je jako mniej zagrażające, co wiązało się ze zmniejszeniem się poziomu cechy lęku w porównaniu z osobami o niskim SOC.

W zakresie zmiennej poziomu depresji wyniki korespondowały z danymi przedstawionymi przez Petrie i Brooka [29] oraz Flannerych [25]. Represjonowani o wysokim SOC w przeszłości potrafili przyjąć bardziej lub mniej racjonalne wytłumaczenie zaistniałych, traumatycznych faktów, widzieli sens swojej działalności. Osoby charakteryzujące się wysokim SOC, dzięki emocjonalnemu zaangażowaniu, nadawaniu sensu otoczeniu oraz własnemu istnieniu, bardziej pozytywnie oceniały świat zewnętrzny oraz tworzyły bardziej optymistyczne przewidywania co do przyszłości. W myśl poznawczej koncepcji depresji Becka [31] sądy takie mogły przyczynić się do minimalizowania nastroju depresji.

W analizie związków pomiędzy poczuciem koherencji a poczuciem sensu życia przyjęta została perspektywa Frankla [21], ponieważ Antonovsky w swoim opisie podskal SOC nawiązywał do wymiaru sensu życia w koncepcji właśnie tego autora. Według Frankla [21] i Antonovsky’ego [20] istniały osoby, które nawet w najbardziej beznadziejnej sytuacji potrafiły odkryć możliwość, drogę do samorozwoju, nadać jej pozytywne znaczenie. Zauważyli oni, że jednym ze sposobów obrony przed odległymi

następstwami stresu było nadawanie sensu swoim cierpieniom. Takie postawy opisywali także Kępiński i Kłodziński [39], którzy osobiście zetknęli się z heroizmem przetrwania trudnych doświadczeń terroru totalitarnego. Represjonowani, którzy charakteryzowali się wysokim SOC, jeżeli nawet nie byli w stanie kształtować rzeczywistości zewnętrznej, potrafili przeformułować ocenę faktów, działań i informacji oraz widzieli sens swojej działalności i dokonanych wyborów.

Ujawnione w badaniach zależności pomiędzy poczuciem koherencji a samopoczuciem badanych potwierdziły hipotezy Antonovsky'ego [20] dotyczące roli SOC we wspomaganie procesu rekonwalescencji i w modyfikowaniu samopoczucia. Antonovsky uważał, że im silniejsze jest poczucie koherencji, tym łatwiej jest ludziom unikać zagrożeń i niebezpieczeństw, łatwiej angażować się w działania prozdrowotne, utrzymywać dobrą kondycję psychofizyczną, natomiast w chwili wystąpienia stresu związanego z sytuacjami nieuchronnymi osoby o wysokim SOC miały według niego większe możliwości reinterpretowania ich na własną korzyść. I odwrotnie – częste wypadki pogorszenia samopoczucia czy zdrowia, bez wyraźnych przyczyn somatycznych, wynikały właśnie z braku motywacji do życia, z braku zaangażowania, z utracenia sensu dalszej wytrwałości, co w teorii Antonovsky'ego charakteryzowało osoby o niskim SOC.

W zakresie zmiennej natężenia objawów PTSD uzyskane wyniki były zgodne z doniesieniami Antonovsky'ego [20] na temat gorszego funkcjonowania osób o niskim poczuciu koherencji i przejawiania przez nich większej liczby zaburzeń psychicznych oraz potwierdziły informacje Mroziak, Czabały i Wójtowicza [28] na temat związku pomiędzy słabym SOC a podatnością na zaburzenia psychiczne. Wysoki poziom SOC sprzyjał podejmowaniu prozdrowotnych działań adaptacyjnych oraz traktowaniu represji jako trudnego, ale pouczającego, a przede wszystkim „zamkniętego” okresu młodości, co w konsekwencji minimalizowało wpływ stresogennych doświadczeń na zdrowie psychiczne i fizyczne i łagodziło natężenie PTSD.

**H i p o t e z a 2 i 3.** W konsekwencji uzyskanych wyników należy uznać, że siła koherencji wiązała się z bardziej otwartym, przyjaznym, bezkonfliktowym funkcjonowaniem w relacjach międzyludzkich. Wyższy poziom wrogości przejawianej przez represjonowanych w nastawieniu do innych ludzi można interpretować odnosząc się do koncepcji Jannoff-Bulman [14] tzw. „załamania się obrazu sprawiedliwego świata”. Doświadczenia skrajnych prześladowań, „upośledzając” pozytywny obraz otoczenia i drugiego człowieka wymagały reinterpretacji przekonań dotyczących wizji świata i kondycji jednostki. U osób, dla których rzeczywistość pozostawała niezrozumiała i niespójna, które nie potrafiły dokonać reinterpretacji traumy, fakt represji wytworzył lub nasilił negatywne postawy wobec świata i społeczeństwa. Dodatkowo, ocaleni cechujący się niskim poczuciem koherencji przejawiali mniejszą wiarę w możliwość wykorzystania dostępnych im zasobów społecznych, nie umieli więc skorzystać z pomocy, nawet oferowanej jej przez bliskich. Prowadziło to do ogólnego ograniczania liczby kontaktów oraz wzmocnienia postaw wrogości czy odczuć wyalienowania z otoczenia.

Przedstawione rezultaty badań pokazują kierunki możliwych interpretacji dotychczasowych niezgodności w wynikach badań prowadzonych w grupie represjonowanych – są osoby, które po przeżyciu traumy zachowały względnie dobre zdrowie i samopoczucie, które umiały przystosować się do otoczenia, nawiązać satysfakcjonujące relacje z innymi, prezentować optymizm i wiarę we własne siły, i osoby, u których uraz spowodował trwale, negatywne zmiany w sferze funkcjonowania wewnętrznego i interpersonalnego. W aspekcie udowodnionych zależności ważne wydaje się uwzględnienie ich podmiotowych właściwości w rodzaju poczucia koherencji. Włączenie tego czynnika doprowadzić powinno do stworzenia spójnej i wyczerpującej sylwetki ocalałego, do zrozumienia trudności represjonowanych, a także – uwzględnienia elementów pozytywnej adaptacji części osób, charakteryzujących się wysokim poczuciem koherencji.

### Summary

The paper presents the results of research of 100 persons persecuted for political reasons in Poland in the years 1944–56. The research aims to study the relations between the level of Sense of Coherence and delayed effects of post-traumatic stress disorder in personal functioning (which is manifested by anxiety, depression, lack of meaning of life, and low well-being), and in interpersonal functioning.

Introduction of this article presents the problems connected with delayed effects of post-traumatic stress disorder, and the general principle of Antonovsky's salutogenic concept also characterizes the sense of coherence category (SOC). SOC is a generalized, long-lasting feeling of confidence that the world is comprehensible (internal and external environments are structured, predictable, and explicable). People with a high level of SOC see their life as having some purpose and that their life is worthy of personal investments, and see themselves as having the personal resources to cope with the difficulties.

The data was collected with using: The Sense of Coherence Questionnaire, PTSD-Interview, Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, Purpose in Life Test, The Psychological General Well-Being (PGWB) Index, and The Scale of Interpersonal Relationships.

The results indicate that the strength of the sense of coherence is negatively correlated with level of anxiety, depression, enmity syndrome, and positive with meaning of life, psychological well-being, and pro-social relationships. The research confirmed the important role of a sense of coherence (SOC) in modifying experience of delayed consequences of post-traumatic stress in victims of political persecution.

### ×óáññâî çîáîdîiöçç ç îñârelîiüü d'îñelâññâç d'îñññd'raërmç=îñçîâî ññdîññr ó dîd'îññçdîârîiüü öçö d'î d'îeçñç=îñççë ññrñü 'ë â Dîeürî â 1944–56 âîâró

### Ñîäîdçîrîçî

Â ññrñü d'îñññraëliü dîçöëüñrñü çññelâîârîçé 100 ëçö, dîd'îññçdîârîiüü d'î d'îeçñç=îñççë îââçîlîç 'ë â Dîeürî â 1944–1956 âîâró. Çîârîçelë çññelâîârîçé áüëî îd'dîälêlîçîlî ná 'çë êlçáo ódîâîlê =óáññâr çîáîdîiöçç ç îñârelîiüüçç d'îñelâññâç 'ëç d'îñññd'raërmç=îñççëîâ ññdîññr â ñóldî âîóñdîiüüâî ðóîçöçîiçdîârîç' (ëfîçöîññçdóîççëçñ' óîâç 'ëç, äld'îññçelë, îññóñññâçelë =óáññâr ñëüñër çççîç ç d'îeççë ñrêî=óáññâçelë) ç â çîñld'îdîññrëüüü çîññrñü.

Â äâlâlîçç d'îñññraëliü d'îäelêrmççî îñârelîiüü d'îñelâññâçé d'îñññd'raërmç=îñççëîâ ññdîññr, îññâiüü äîd'îññr ñrêîñîâlîlîç=îñççë çîiöld'öçç Rîññîâñçîâî, í ñrççîl örd'rçñldçññççç çîñlâîdçç =óáññâr çîáîdîiöçç (SOC). ×óáññâr çîáîdîiöçç – ýñî îâîâüliüü, óññîç=çâîl =óáññâr, =ñî ëçd 'äë'îññ' ná çrîiüë (âîóñdîiüü ç âîrîl îçðóçîçelî ñëçñî, êîçîî îâî d'îäâççâîñü ç îâü'ñîçñü). Èçöf,

ōrdfrēndčēčdōtūčlŋ' āūnięēē SOC, iōlicārtn nřęčl nāit cēčtū ęřę čēlŋōt nāit ōlēū č cēčtū ōlītōt āē' ēč-iŋāi čnd'iēūčiaric', f ędīēl nīai n-čnřtŋ, +nī nēiāōn d'dlīarēlŋū ānl cēčlīiūl ndōāiŋnč.

Ddlānřrāēlīiūl āriiūl d'iēō+liū d'dē d'iēiūč čnnēlaiāricē Āēiŋnřdčēlē cēčlīiūē idčlīnčdīāčē, Nlŋnř PTSD – Interview, Čialinřd' āld'dlŋčē Ālēęř, Čialinřd' ŋnŋn' ic' č =ldn ōiāčē, nlnŋř nēūnēř cēčic, Dnčōiēiāč=lnęiāi d'ięřęnlē' ōidīrlāi nřēi+ōānnāč' č Ręřēū činldd'ldnīreūiūō iŋiřlicē.

D'iēō+liiūl dlčōēūnřnū ōęřęūārtn iř ilānčaiiūl ęidlē' ōčē.ēlcāō +ōānnāiē ęiāldlīōčē č ōdiāilē ōiāčē, āld'dlŋnčē, nčīādiēiē ādřčālaiŋnč č d'ięčnčaiiūl ēlcāō SOC č +ōānnāiē nēūnēř cēčic, iāulŋnāliiūēē iŋiřlic' ēč. Iřnŋn' ūēl čnnēlaiāric' d'řānāldčārtn ārcēl čir+liēl +ōānnāř ęiāldlīōčē (SOC) d'dē ēiāčōčōčdiāricē d'ldlčāric' iŋārēliiūō d'řnēlānnāčē d'ŋnŋdřāēřmč=lnęiāi nndlŋnř ō ēldnā d'řēčnč+lnęčō d'dlŋēlaiāricē.

## **Das Kohärenzgefühl und weite Folgen posttraumatischer Belastung bei politisch verfolgten Personen in den Jahren 1944–56**

### **Zusammenfassung**

Der Artikel bespricht die Ergebnisse der Untersuchungen an 100 Personen, die aus politischen Gründen in Polen in den Jahren 1944 - 56 verfolgt wurden. Das Ziel war, den Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und den weiten Folgen der posttraumatischen Belastung im Bereich des inneren Funktionierens (Angst, Depression, Sinnlosigkeit im Leben, schlechtes Allgemeinbefinden) und in den interpersonellen Kontakten zu bestimmen.

Die Einleitung des Artikels präsentiert die Problematik der weiten Folgen einer posttraumatischen Belastung, Charakteristik des Kohärenzgefühls (SOC). Das Kohärenzgefühl ist eine allgemeine, feste Empfindung, dass die Welt einig ist (innere und äußere Umgebung ist strukturiert, vorhersehbar und lässt sich erklären). Die Personen, die ein hohes SOC charakterisierte, betrachten ihr Leben als sinnvoll und meinen, dass sie sich mit Problemen helfen können.

Die Angaben wurden mit Hilfe des Fragebogens für Lebensorientierung, PTSD-Interview-Tests, Inventars der Depression von Beck, Inventars des Zustandes und Angstmerkmals, Tests des Lebenszieles, Skala der interpersonellen Beziehungen erzielt.

Die erzielten Ergebnisse zeigen auf negative Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und dem Angstlevel, Depression, Feindlichkeitssyndrom und positive zwischen SOC und dem Lebensziel, Allgemeinbefinden und prosozialen Beziehungen. Die Untersuchungen bestätigen die große Bedeutung des Kohärenzgefühls (SOC) beim Erleben der weiten Folgen der posttraumatischen Belastung bei den politisch Verfolgten.

## **Le sentiment de cohérence et les conséquences éloignées du stress post-traumatique des personnes persécutées des raisons politiques en Pologne au cours des années 1944–56**

### **Résumé**

L'auteur présente les résultats des recherches de 100 personnes persécutées des raisons politiques en Pologne au cours des années 1944–56. On vise à déterminer la corrélation du sentiment de cohérence et des conséquences éloignées du stress post-traumatique dans le fonctionnement interne (qui se manifestent par: angoisse, dépression, manque du sens de vie, malaise) et dans les contacts interpersonnels. L'introduction décrit les conséquences éloignées du stress post-traumatique, la conception saluto-génétique d'Antonovsky, et la caractéristique du sentiment de cohérence (SOC). SOC est un sentiment généralisé qui comprend le monde comme cohérent (l'entourage interne et externe est structuré, explicable et à prévoir). Les personnes avec le niveau élevé de SOC trouvent que leur vie a son sens et sa valeur et qu'elles savent se débrouiller avec les difficultés. Ces données sont obtenus de: Questionnaire du Sentiment de Cohérence (The Sense of Coherence Questionnaire), Teste PTSD-Interview, Inventaire de

Dépression de Beck (Beck Depression Inventory), Inventaire d'Etat d'Anxiété (State-Trait Anxiety Inventory), Purpose in Life Teste, The Psychological General Well-Being – PGWB-Index, l'Echelle des Relations Interpersonnelles. Les résultats obtenus indiquent l'existence des corrélations négatives de l'intensité du sentiment de cohérence et du niveau d'anxiété, de dépression, du syndrome d'hostilité et des corrélations positives de SOC et du sens de vie, de la bonne santé et des relations pro-sociales. Ils confirment aussi l'importance du sentiment de cohérence (SOC) pour la modification des conséquences du stress post(traumatique) des personnes persécutées.

### Piśmiennictwo

1. Szymusik A. *Badania byłych więźniów obozów koncentracyjnych w krakowskiej Klinice Psychiatrycznej w latach 1959-1990*. Przegl. Lek. 1991; 1: 22-28.
2. Czaja I, Gierowski JK. *Zaburzenia funkcjonowania interpersonalnego oraz poziom lęku, depresji i agresji u osób prześladowanych politycznie w Polsce w latach 1944–1956*. Psychiatr. Pol. 1999; 33, 3: 309–319.
3. Heitzman J, Rutkowski K. *Zaburzenia psychiczne u osób prześladowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944-1956*. Psychiatr. Pol. 1997; 31, 2: 153-164.
4. Grinker RR, Spiegel JP. *Men under stress*. New York: Mc Graw Hill; 1945.
5. Lifton RJ. *From Hiroshima to the nazi doctors: The evolution of psychoformative approaches to understanding traumatic stress syndromes*. W: Wilson JP, Raphael B, red. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993, s. 11-23.
6. Eaton WW, Sigal JJ, Weinfeld M. *Impairment in holocaust survivors after 33 years: Data from an unbiased community sample*. Am. J. Psychiatry 1982; 139, 6: 773-777.
7. Harel Z, Kahana B, Kahana E. *Social resources and the mental health of aging nazi holocaust survivors and immigrants*. W: Wilson JP, Raphael B, red. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993, s. 141-152.
8. Glover H. *Four syndromes of post-traumatic stress disorder: Stressors and conflicts of the traumatized with special focus on the Vietnam combat veteran*. J. Traum. Stress 1988; 1: 57–78.
9. Scurfield RM. *Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans*. W: Wilson JP, Raphael B, red. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993, s. 285-295.
10. Weisaeth L, Eitinger L. *Posttraumatic stress phenomena: Common themes across wars, disasters, and traumatic events*. W: Wilson JP, Raphael B, red. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993, s. 69-77.
11. Wilson JP, Raphael B, red. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993.
12. Szymusik A. *Astenia poobozowa u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*. Przegl. Lek. 1964; 1: 23-29.
13. Turner SW, Gorst-Unsworth C. *Psychological Sequelae of Torture*. W: Wilson J.P, Raphael B. (red.): *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993, s. 703–713.
14. Janoff-Bulman B. *Victims of violence*. W: Everly GS, Lating JM, red. *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press; 1995, s. 73–86.
15. Lating JM, Zeichner A, Keane T. *Psychological assessments of PTSD*. W: Everly GS, Lating JM, red. *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press; 1995, s. 104–127.
16. Eitinger L. *The concentration camp syndrome and its late sequelae*. W: Dimsdale J, red. *Survivors, victims, and perpetrators: Essays on the nazi holocaust*. Hemisphere, Washington DC. 1980, s. 127–162.

17. Leśniak R. *Poobozowe zmiany osobowości byłych więźniów obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka*. Przegł. Lek. 1965; 1: 13–20.
18. American Psychiatric Association: *Diagnostic criteria from DSM-IV. Posttraumatic stress disorder*. Washington, D.C. 1994, s. 424-429.
19. Antonovsky A. *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
20. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
21. Frankl EV. *Homo patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX; 2000.
22. Lis-Turlejska M. *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 1998.
23. Antonovsky A, Maoz B, Dowty N, Wijsenbeek H. *Twenty-five years later: a limited study of the sequelae of the concentration camp experience*. Soc. Psychiatry 1971; 6 (4): 186–193.
24. Sęk H, Pasikowski T. *The quality of life, health and sense of coherence in social context*. Pol. Psychol. Bull. 1998; 29, 1: 69–77.
25. Flannery RB, Flannery GJ. *Sense of coherence, life stress, and psychological distress: a prospective methodological inquiry*. J. Clin. Psychol. 1990; 46, 4: 415–420.
26. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego*. Przegł. Psychol. 1993; 36, 4: 491-502.
27. McSherry WC, Holm JE. *Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation*. J. Clin. Psychol. 1994; 50: 476–487.
28. Mroziak B, Czabała JCz, Wójtowicz S. *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne*. Psychiatr. Pol. 1997; 31, 3: 257-268.
29. Petrie K, Brook R. *Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide*. Brit. J. Clin. Psychol. 1992; 31: 293–300.
30. Wrześniewski K, Sosnowski T. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL): Polska adaptacja STAI: Podręcznik*. PTP. Wydział Psychologii UW. Laboratorium Technik Diagnostycznych im. B. Zawadzkiego, Warszawa 1987.
31. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto: John Wiley & Sons; 1979.
32. Mróz B. *Test Sensu Życia (PIL) - badania kliniczne. Poczucie sensu życia a świat wartości osób uzależnionych od narkotyków*. W: Okręglicka-Forysiak E, red. *Wybrane metody diagnostyczne w psychologii. Materiały pomocnicze dla studentów psychologii*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1993, s. 39-57.
33. Dupuy HJ. *The Psychological General Well-Being (PGWB) Index*. W: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CF, Elison J, red. *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. Le Jaxq Publishing Inc. 1984, s. 170-183.
34. Stanik JM. *Skala Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI)*. Kielce: Wydawnictwo Szumacher; 1994.
35. Watson ChG, Juba MP, Manipold V, Kucala T, Anderson PA. *The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique*. J. Clin. Psychol. 1991; 47: 179-188.
36. Lemańczyk W, Kordacka M. *Proste metody rozpoznawania otepienia*. W: Krzymiński S, red. *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa :Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1993, s. 238–248.
37. Spielberger ChD. *Anxiety. Current trends in theory and research*. New York: Academic Press; 1972.
38. Lazarus RS, Averill JR. *Emotion and cognition: With special reference to anxiety*. W: Spielberger ChD, red. *Anxiety. Current trends in theory and research*. New York: Academic Press;

1972, s. 242–283.

39. Kępiński A, Kłodziński S. *O dodatniej aktywności więźniów*. Przegł. Lek. 1973; 30, 1: 81-84.

Otrzymano: 4.12.2000

Zrecenzowano: 24.01.2001

Przyjęto do druku: 18.04.2001

Adres: KPPiS, Akademia Pedagogiczna w Krakowie

