

Alicja Forjasz¹

Uniwersytet Szczeciński

Justyna Forjasz²

Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu Filia w Gorzowie
Wielkopolskim

https://doi.org/10.29316/9788368103342_13

POCZUCIE NADZIEI A ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO

A SENSE OF HOPE AND POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Streszczenie

Celem rozdziału była ocena związku między poziomem nadziei a nasileniem objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD). Przeprowadzono badanie z udziałem 65 osób, w tym 43 kobiet i 22 mężczyzn. Wykorzystano ustrukturyzowaną ankietę do zbierania danych socjodemograficznych, Międzynarodowy Kwestionariusz Traumatyzacji (ITQ) oraz Wskaźnik Nadziei Hertha (HHI). W badaniu postawiono hipotezę, że nadzieja jest negatywnie związana z nasileniem objawów PTSD oraz nie występują różnice międzypłciowe w nasileniu objawów PTSD i poziomie nadziei. Hipotezy te zostały wyprowadzone na podstawie koncepcji Snydera (2002), że nadzieja jest procesem poznawczo-motywacyjnym, który jest kluczowym czynnikiem w terapii traumy. Składa się ona z trzech komponentów: myślenia o celu, myślenia o ścieżce i myślenia o agencji. Hipoteza dotycząca braku różnic między płacami opierała się na wcześniejszych badaniach,

Abstract

The chapter aimed to examine the relationship between the level of hope and the severity of posttraumatic stress disorder symptoms (PTSD). A study was conducted with the participation of 65 people, of whom 43 were women and 22 were men. In the study, a structured survey to collect sociodemographic data, the International Trauma Questionnaire (ITQ), and the Herth Hope Index (HHI) were used. The study hypothesized that hope is negatively associated with the severity of PTSD symptoms, and that neither the severity of PTSD symptoms nor the level of hope differs between genders. These hypotheses were derived based on Snyder's (2002) concept that hope is a cognitive-motivational process that is a key factor in trauma therapy. It consists of three components: goal thinking, path thinking, and agency thinking. The second hypothesis regarding gender was based on previous studies that did not detect any relationship between hope

¹ studentka, e-mail: alicia.forjasz2@gmail.com

² dr, <https://orcid.org/0000-0002-0970-3779>; e-mail: j.forjasz@awf-gorzow.edu.pl

które nie wykryły żadnego związku między nadzieją a płcią (Valle i in., 2006). Uzyskane wyniki analiz potwierdzają hipotezę badawczą. Korelacja między zmiennymi nadzieja i poziom nasilenia objawów PTSD jest istotna, ale statystycznie słaba. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między kobietami i mężczyznami w badanych aspektach. Badanie pokazuje, że ważne jest skupienie się na nadziei w procesie terapeutycznym u osób z PTSD. Warto również zastanowić się podczas pracy z pacjentem o niskim poziomie nadziei, czy doświadczył on w przeszłości traumy, ponieważ oba te aspekty są skorelowane i mogą na siebie wpływać.

Słowa kluczowe: nadzieja, objawy PTSD, trauma, terapia PTSD, nadzieja w terapii

and gender (Valle et al., 2006). The results of the analyses support the research hypothesis. The correlation between the variables hope and the level of PTSD symptom intensity is significant, but statistically weak. No statistically significant differences were detected between women and men in the aspects studied. The study shows that it is important to focus on hope in the therapeutic process in people with PTSD. It is also worth considering when working with a patient with a low level of hope whether they have experienced trauma in the past, as both aspects are correlated and may influence each other.

Keywords: hope, PTSD symptoms, trauma, PTSD therapy, hope in therapy

Wstęp

Od początku swojego istnienia psychologia skupiała się na problemach, psychopatologii i jej leczeniu. Głównym tematem zainteresowania były zaburzenia psychiczne. Badano czynniki ryzyka, skupiając się głównie na objawach zaburzeń psychicznych. Podejście do problemów psychologicznych zmieniło się wraz z pojawieniem się nowych trendów, takich jak psychologia pozytywna.

Celem psychologii pozytywnej jest rozszerzenie zakresu psychologii klinicznej poza psychopatologię i cierpienie, które ona niesie. Została wprowadzona w 1998 roku przez Martina Seligmana. Psychologia pozytywna, jak sama nazwa wskazuje, bada to, co jest pozytywne w naszym życiu (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000). Szuka mocnych stron i optymalnego funkcjonowania. Jej celem jest znalezienie tego, co możemy wynieść z trudnych doświadczeń. W tym nurcie psychologicznym nawet osoby z najtrudniejszymi doświadczeniami są postrzegane jako większa całość; nie tylko suma ich trudności i problemów. Przedmiotem zainteresowania nie są ich nawyki, popędy i wyuczone szkodliwe schematy. Psychologia pozytywna kładzie nacisk na przyglądanie się zdolnościom, pozytywnym doświadczeniom życiowym, mocnym stronom charakteru i ludziom, którzy dają nam wsparcie. Koncentruje się ona bardziej na znajdowaniu czynników ochronnych niż czynników ryzyka (Duckworth i in., 2005). Jednym z jej głównych postulatów jest założenie, że niektóre cechy mogą chronić jednostkę przed negatywnym wpływem czynników ryzyka, takich jak trauma. Za jeden z tych czynników ochronnych można uznać nadzieję (Valle i in., 2006).

Psychologia pozytywna koncentruje się na dobrostanie psychicznym i optymalnym funkcjonowaniu jednostki. Podejście to zapewnia nową perspektywę leczenia i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, w tym zespołowi stresu pourazowego. Niektórzy autorzy (Duckworth i in., 2005) twierdzą, że osoby cierpiące z powodu zaburzeń psychicznych szukają nie tylko ulgi, ale także chcą znaleźć satysfakcję i poszerzyć swoje zasoby osobiste. W tym podejściu kluczowe jest rozważenie pozytywnych emocji i cech charakteru jako czynników wspierających proces terapeutyczny. Jednym z nich jest nadzieja. Autorzy znaleźli trzy wymiary szczęśliwego życia: przyjemność, zaangażowanie i poczucie sensu. Nadzieja, pozytywna emocja związana z przyszłością, należy do pierwszego wymiaru.

W kontekście PTSD nadzieja może działać jako bufor, który zmniejsza siłę negatywnych reakcji emocjonalnych wywołanych w procesie przetwarzania traumy (Duckworth i in., 2005). Istotny jest również „efekt odwrócenia”. Należy go rozumieć jako proces, w którym pozytywne emocje, w tym nadzieja, mogą neutralizować wpływ negatywnych przeżyć.

Nadzieja jest postrzegana jako stosunkowo stabilna cecha indywidualna, która może jednak ulec zmianie w wyniku oddziaływań edukacyjnych lub terapeutycznych (Valle i in., 2006). Teoria nadziei Snydera (2002) jest jednym z najszerzej rozpowszechnionych podejść do rozumienia nadziei w dziedzinie psychologii pozytywnej. Według jego twierdzeń nie jest to tylko bierne oczekiwanie pozytywnego wyniku i emocjonalny stosunek do niego. Przede wszystkim jest to proces poznawczo-motywacyjny, który obejmuje trzy kluczowe komponenty: myślenie o celu, myślenie ścieżkowe i myślenie agencyjne. Pierwszy z nich należy rozumieć jako zdolność do wyznaczania i formułowania znaczących i realistycznych celów. Drugi składnik to zdolność do generowania możliwych sposobów osiągnięcia celu. Myślenie o agencji to nasza pewność, że cel jest w zasięgu i że jesteśmy w stanie go osiągnąć. Wszystkie te elementy są ściśle powiązane i wzajemnie się wzmacniają, dążąc do osiągnięcia celu.

Teoria nadziei (Snyder, 2002) zauważa, że osoby o wysokim poziomie nadziei nie tylko skuteczniej planują i przewidują przeszkody, ale są również bardziej odporne na stres związany z porażkami. Wysoki poziom nadziei wiąże się z elastycznością myślenia, czyli zdolnością do formułowania alternatywnych planów działania. Osoby pełne nadziei są bardziej skłonne do angażowania się w konstruktywne działania ukierunkowane na rozwiązywanie problemów. W kontekście traumy psychologicznej teoria ta sugeruje, że osoby o wyższym poziomie nadziei są lepiej przygotowane poznawczo i emocjonalnie do radzenia sobie z negatywnymi konsekwencjami doświadczeń traumatycznych. Zdolność do utrzymania nadziei jest zatem kluczowym czynnikiem

ochronnym w zmniejszaniu ryzyka rozwoju zaburzeń pourazowych, takich jak PTSD. Badania wykazały również, że nadzieja koreluje pozytywnie z wyższym poziomem poczucia własnej wartości, zadowoleniem z życia i niższym niż przeciętny poziomem objawów zaburzeń nastroju, takich jak depresja i lęk (Snyder i in., 1996). Snyder zauważa, że poważne doświadczenia traumatyczne mogą blokować procesy związane z nadzieją, powodując „zamrożenie” myślenia zorientowanego na cel i uniemożliwiać tworzenie alternatywnych ścieżek działania. Trauma często prowadzi do dominacji myślenia przez natrętne myśli, które skutecznie uniemożliwiają podejmowanie konstruktywnych działań i angażowanie się w przyszłe procesy planowania. W tym świetle teoria nadziei może być użyteczną teorią do zrozumienia procesów adaptacyjnych po traumatycznych doświadczeniach. Z perspektywy Snydera odbudowa nadziei u osób po traumie może polegać na stopniowym wzmacnianiu składników sprawczości i myśleniu o alternatywnych ścieżkach prowadzących do celów, co przyczynia się do zmniejszenia objawów potraumatycznych.

Posiadanie wysokiego poziomu nadziei może być z pewnością zasobem, który należy rozumieć nie tylko jako emocjonalną postawę oczekiwania na pozytywne wydarzenia, ale przede wszystkim jako siłę poznawczo-motywacyjną, która umożliwia wyznaczanie celów i określanie sposobów ich osiągnięcia (Long, 2022). W obliczu doświadczeń traumatycznych umiejętność podtrzymywania nadziei może mieć kluczowe znaczenie dla funkcjonowania psychicznego jednostki. Trauma nie tylko zaburza poczucie bezpieczeństwa. Wpływa ona na sposób, w jaki jednostka postrzega siebie, swoje możliwości i przyszłość. Nadzieja może działać jako czynnik ochronny, zmniejszając podatność na postęp objawów zespołu stresu pourazowego.

Wielu autorów udowodniło negatywną korelację między poziomem nadziei a nasileniem objawów PTSD (Long, 2022). Osoby, które mają większe poczucie nadziei, rzadziej doświadczają intensywnych objawów, takich jak unikanie lub ponowne przeżywanie traumy. Mechanizmy leżące u podstaw tego związku mogą obejmować lepszą regulację emocji, wyższy poziom sprawczości, skuteczniejsze radzenie sobie ze stresem i bardziej adaptacyjne strategie poznawcze, takie jak reinterpretacja sytuacji traumatycznej (Long, 2022). Dlatego też istotne jest, aby dowiedzieć się więcej na temat roli nadziei w kontekście zaburzeń pourazowych, gdyż może to stanowić podstawę do opracowania skuteczniejszych interwencji terapeutycznych.

Osoby ze zdiagnozowanym PTSD zazwyczaj stawiają bezpieczeństwo ponad rozwój osobisty i osiąganie celów życiowych. Są rozbite i niepewne, jakie są ich cele (Snyder, 2002). Z roku na rok rośnie liczba artykułów naukowych, które sugerują, że poczucie nadziei wzmacnia odporność i chroni przed PTSD. Stwierdzono, że poczucie nadziei było ujemnie skorelowane

z nasileniem objawów PTSD (Long, 2022). Efekt był większy niż w przypadku innych czynników, takich jak optymizm. Nadzieja wydaje się poprawiać regulację emocjonalną i procesy poznawcze oraz ma pozytywny wpływ na radzenie sobie ze stresem. Skupienie się na zwiększaniu poczucia nadziei w procesie terapeutycznym, może skutkować szybszym i trwalszym powrotem do normalnego funkcjonowania u pacjentów z PTSD (Snyder, 2000).

W świetle przedstawionych badań sformułowano cele rozdziału. Pierwszym z nich jest ustalenie związku między poziomem nadziei a obecnymi objawami PTSD. Jako drugi cel rozdziału określono zweryfikowanie, czy istnieje korelacja między tymi dwoma czynnikami i jaki jest jej kierunek. Głównym celem praktycznym badania jest ustalenie czy zwiększanie nadziei w procesie terapeutycznym osób z PTSD może być dla nich korzystne. Drugim celem jest zbadanie dwóch opisanych zmiennych w kontekście różnic płciowych. Wyniki badania mogą skutecznie terapię osób po przebytej traumie oraz odzyskać ich motywację i odnaleźć utracone cele.

Odnosząc się do wcześniej opisanych teorii, sformułowano następujące pytanie badawcze i hipotezę:

1. Czy istnieje statystycznie istotna korelacja między poczuciem nadziei jednostek a nasileniem objawów PTSD i jaki jest jej kierunek?
H1: Istnieje statystycznie istotna ujemna korelacja między poczuciem nadziei a nasileniem objawów PTSD.
2. Czy istnieje statystycznie istotna różnica między mężczyznami i kobietami w poziomie nadziei i nasileniu objawów PTSD?
H2: Nie ma statystycznie istotnej różnicy w poziomie nadziei i nasileniu objawów PTSD między mężczyznami i kobietami.

Material i metoda

Przeprowadzono badanie korelacyjne w formie ankiety internetowej, aby zmierzyć i porównać poziom nadziei u osób z objawami PTSD i bez nich.

Badaniem objęto grupę 65 uczestników (43 kobiety, 22 mężczyzn), co stanowi wystarczającą próbę do analizy korelacyjnej w badaniu psychologicznym, zapewniającą wystarczającą moc statystyczną. Liczebność próby jest niewielka, dlatego należy zachować ostrożność przy generalizowaniu wyników badań na całą populację. Zostali oni zrekrutowani przy użyciu metody kuli śnieżnej. Metoda jest poprawna, jednak zwiększa ryzyko selekcji badanych, z podobnych kręgów społecznych, co może mieć wpływ na wyniki badań i późniejszą możliwość ich odniesienia do całej populacji. Udział był dobrowolny, a od każdego uczestnika uzyskano świadomą zgodę. Wiek uczestników wahał się od 18 do 47 lat, co pozwoliło na włączenie dorosłych

o różnym poziomie dojrzałości psychologicznej i doświadczeniu życiowym. Uczestnikami byli zarówno kobiety, jak i mężczyźni, a udział był możliwy niezależnie od poziomu wykształcenia lub statusu zawodowego. Uczestnicy pochodzili z 14 krajów. Dzięki zróżnicowanej próbie możliwe było zbadanie związku między poziomem nadziei a nasileniem objawów PTSD w różnych grupach demograficznych.

W badaniu uczestnicy zostali wcześniej poinformowani o jego celu, przebiegu i dobrowolnym udziale oraz wyrazili świadomą zgodę. Nie otrzymali wynagrodzenia za udział w badaniu. Pierwsza część kwestionariusza zawierała pytania dotyczące danych socjodemograficznych. Następnie uczestnicy zostali poproszeni o wypełnienie dwóch narzędzi pomiarowych. Pierwszym z nich był Wskaźnik Nadziei Herth (HHI), który służył do oceny poziomu nadziei. Drugim narzędziem był Międzynarodowy Kwestionariusz Traumatyzacji (ITQ), który pozwala na ocenę objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) i złożonego PTSD (C-PTSD) zgodnie z klasyfikacją ICD-11. Całe badanie trwało około 15 minut.

1. Ustrukturyzowany wywiad: respondenci zostali poproszeni o wypełnienie ankiety samoopisowej, której celem było zebranie danych na temat wieku, płci, narodowości, poziomu wykształcenia i zawodu. Ankieta ta miała formę ustrukturyzowanego wywiadu, składającego się z czterech pytań.
2. Wskaźnik Nadziei Herth (HHI), Herth (1992): Wskaźnik Nadziei Hertha został opracowany przez Kaye Herth (1992) jako skrócona wersja wcześniejszej skali nadziei, która zapewnia szybką i dokładną ocenę poziomu nadziei u osób dorosłych. Narzędzie składa się z 12 pozycji, na które uczestnicy odpowiadają w czterostopniowej skali Likerta (od 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam” do 4 – „zdecydowanie się zgadzam”). Kwestionariusz charakteryzuje się wysoką rzetelnością i trafnością psychometryczną. W badaniach walidacyjnych α Cronbacha = 0,84, co wskazuje na wysoką spójność wewnętrzną. Rzetelność sprawdzono metodą test-retest = 0,64 (95% CI: 0,51-0,76), co wskazuje na umiarkowaną stabilność wyników w czasie (Herth, 1992).
3. Międzynarodowy Kwestionariusz Traumatyzacji (ITQ), Cloitre i in. (2018): Międzynarodowy Kwestionariusz Traumatyzacji (ITQ) został opracowany przez Cloitre, Shevlin i współpracowników jako narzędzie diagnostyczne do oceny objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) i złożonego PTSD (C-PTSD), zgodnie z kryteriami ICD-11. Kwestionariusz zawiera 18 pytań – 6 z nich mierzy objawy PTSD, 6 kolejnych odnosi się do zaburzeń samoorganizacji (DSO), a pozostałe oceniają poziom dysfunkcji w życiu codziennym wynikający z objawów. Respondenci odpowiadają

na pytania, używając 5-stopniowej skali Likerta (od 0 = „wcale” do 4 = „skrajnie”), wskazującej nasilenie objawów w ciągu ostatniego miesiąca. ITQ charakteryzuje się dobrą spójnością wewnętrzną. Dla skali ITQ PTSD uzyskano α Cronbacha = 0,87 i ω McDonalda = 0,88, natomiast dla skali ITQ DSO: α = 0,90 i ω = 0,90, co wskazuje na bardzo dobrą rzetelność obu podskal (Cloitre i in., 2018).

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS Statistics. Najpierw obliczono statystyki opisowe (średnia, odchylenie standardowe, minimum, maksimum) dla zmiennych socjodemograficznych oraz wyników uzyskanych w kwestionariuszach Wskaźnika Nadziei Hertha (HHI) i Międzynarodowego Kwestionariusza Traumatyzacji (ITQ). Następnie sprawdzono rozkład normalny zmiennych za pomocą testu Shapiro-Wilka. Przyjęty w badaniu poziom istotności statystycznej to $p < 0,05$. Dane uzyskane w HHI miały rozkład normalny, natomiast odpowiedzi z ITQ nie miały rozkładu normalnego. Aby zbadać związek między poziomem nadziei a nasileniem objawów PTSD, zostałyby zastosowany test korelacji r-Pearsona, jednak ze względu na brak rozkładu normalnego w obu zmiennych, zamiast niego użyto korelacji Spearmana. Pozwoliła ona na ocenę siły i kierunku związku między zmiennymi.

Ponadto, aby porównać wyniki między grupami ze względu na płeć, najpierw wykonano test jednorodności wariancji Levene’a. Następnie, ze względu na jego wyniki, zastosowano test t-Welcha dla prób niezależnych.

Wyniki

Obliczone statystyki opisowe dla zmiennych nadzieja i nasilenie objawów PTSD pozwoliły wybrać odpowiednie testy statystyczne do przetestowania hipotez (Tabela 1). W celu zweryfikowania hipotezy zakładającej korelację między poczuciem nadziei a obecnością objawów PTSD (H1), przeprowadzono analizę z wykorzystaniem współczynnika korelacji Spearmana. Obie zmienne są ilościowe, jednak wynik dla objawów PTSD nie miał rozkładu normalnego, stąd zastosowano test rho Spearmana (Tabela 2). Stwierdzono korelację między poziomem nadziei a obecnością objawów PTSD. Wynik tej analizy wyniósł $\rho = -0,329$; $p = 0,007$. Oznacza to, że badana korelacja istnieje, ma kierunek ujemny i jest słaba. Co za tym idzie, im wyższy poziom nadziei, tym niższego poziomu objawów PTSD możemy się spodziewać, analogicznie im wyższy poziom objawów PTSD, tym niższy powinien być oczekiwany poziom nadziei.

W celu zweryfikowania hipotezy dotyczącej braku różnic między płciami (H2), przeprowadzono test t-Welcha. Wykonano test jednorodności wariancji Levene’a (Tabela 3). Dla zmiennej HHI wynik nie był statystycznie

istotny: $F(1, 63) = 0,005$, $p = 0,943$, co wskazuje, że spełnione zostało założenie równych wariancji. Jego wynik dla ITQ: $F(1, 63) = 4,152$, $p = 0,046$ wskazuje, że wariancje nie są równe. Dlatego też dalsze analizy powinny wykorzystywać testy, które nie zakładają równych wariancji, takie jak test t Welcha, a nie test t-Studenta, jak zakładano wcześniej (Tabela 4). W przypadku wyników HHI różnica między grupami nie była statystycznie istotna: $t(39,836) = 1,323$, $p = 0,193$. Podobnie w przypadku ITQ nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy: $t(55,899) = 1,562$, $p = 0,124$. Nie odnotowano istotnych różnic między dwiema analizowanymi zmiennymi.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla zmiennych nadzieja i nasilenie objawów PTSD

	wielkość próby	średnia	odchylenie standardowe	skośność	kurtatoza	Shapiro-Wilk	P Shapiro-Wilka	min	max
nadzieja	65	36,06	4,16	-0,038	0,008	0,986	0,689	25,00	45,00
symptomy PTSD	65	27,77	12,76	0,895	0,547	0,935	0,002	9,00	64,00

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Test korelacji Spearmana

zmienna		nadzieja	symptomy PTSD
nadzieja	rho Spearmana	-	
	p	-	
symptomy PTSD	rho Spearmana	-0,329	-
	p	0,007	-

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Test homogeniczności wariancji Levena

	F	df ₁	df ₂	p
nadzieja	0,005	1	63	0,943
symptomy PTSD	4,152	1	63	0,046

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Wyniki testu Welcha dla prób niezależnych

	T	df	p
nadzieja	1,323	39,836	0,193
symptomy PTSD	1,562	55,899	0,124

Źródło: opracowanie własne.

Wnioski

Celem badania było empiryczne sprawdzenie związku między poziomem nadziei a nasileniem objawów PTSD. Oba czynniki mierzono za pomocą powszechnie uznanych kwestionariuszy.

Wyniki wskazują na statystycznie istotną ujemną korelację między badanymi zmiennymi, co oznacza, że osoby z wyższym poziomem nadziei wykazywały niższy poziom objawów PTSD. Ponadto, z innej perspektywy, na podstawie testu korelacji Spearmana stwierdzono, że osoby z niższym poziomem objawów PTSD wykazywały wyższy poziom nadziei. Uzyskane wyniki są zgodne z wcześniejszymi badaniami (Snyder, 2000; Long, 2022; Cheavens, Whitted, 2023), które podkreślają ochronną funkcję nadziei zarówno w kontekście radzenia sobie z konsekwencjami doświadczeń traumatycznych, jak i ogólnego zdrowia psychicznego. Nadzieja jest ważnym czynnikiem ochronnym, który jest negatywnie skorelowany z objawami PTSD (Long, 2022).

Wyniki potwierdziły również drugą hipotezę (H2). Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy między mężczyznami i kobietami w zakresie badanych zmiennych. Wykazano to, stosując test t Welcha dla niezależnych prób. Istotność statystyczna między grupami w obu porównywanych czynnikach była niższa niż 0,05.

Wyniki tego badania można interpretować w kontekście teorii nadziei Snydera (2000, 2002). Snyder twierdzi, że nadzieja jest systemem poznawczo-motywacyjnym opartym na zdolności do stawiania sobie celów, tworzenia ścieżek do ich osiągnięcia oraz utrzymywania motywacji do działania i wiary w swój sukces. Osoby o wysokim poziomie nadziei nie tylko lepiej dostosowują się do sytuacji stresowych, ale także potrafią konstruktywnie interpretować własne doświadczenia i aktywnie szukać rozwiązań. W kontekście traumy procesy te mogą przeciwdziałać uczuciom bezradności, braku kontroli i utraty sensu, które często pojawiają się u pacjentów ze zdiagnozowanym PTSD.

Co ważne, wyniki badania mogą mieć praktyczne implikacje terapeutyczne, zwłaszcza w psychologii pozytywnej, co jest zgodne z opinią Duckwortha, Steena i Seligmana (2005). Ponieważ nadzieja wiąże się z niższym poziomem objawów PTSD, warto rozważyć włączenie interwencji wzmacniających nadzieję do programów psychoterapeutycznych. Takie podejście mogłoby się koncentrować na rozwijaniu myślenia ukierunkowanego na cel, zwiększaniu sprawczości i nauczaniu elastycznego podejścia do przeszkód życiowych, co potencjalnie mogłoby prowadzić do lepszych wyników leczenia. Skupienie się na zwiększaniu nadziei u pacjentów z PTSD może być korzystne, ponieważ jest ona negatywnie skorelowana z nasileniem

objawów obserwowanych po doświadczeniu traumy. Po uwzględnieniu interwencji zwiększających nadzieję terapeuci powinni oczekiwać poprawy stanu swoich klientów. To podejście może rzucić nowe światło na leczenie PTSD.

Wyniki analizy statystycznej wykazały, że chociaż związek między poziomem nadziei a nasileniem objawów PTSD był statystycznie istotny, jego siła była niska. Oznacza to, że nadzieja i objawy PTSD są rzeczywiście powiązane, ale związek ten nie jest silny, więc nadzieja wyjaśnia tylko pewną część zmienności w nasileniu objawów PTSD. Niska korelacja niekoniecznie oznacza, że nadzieja jest nieistotna; może wskazywać, że jej wpływ jest bardziej pośredni, wspomagający i niedeterminujący. Nadzieja może odgrywać rolę moderatora lub mediatora w kontekście nasilania objawów PTSD, co należy zweryfikować w przyszłych badaniach. Jednak słaba korelacja nie zmienia uzyskanego wyniku i przesłanek za nim stojących, że nadzieja jest ważnym czynnikiem, który należy wziąć pod uwagę podczas terapii osób z PTSD. W przyszłości warto byłoby przeprowadzić badania podłużne, które pozwoliłyby na śledzenie dynamiki relacji nadziei i objawów PTSD w czasie. Pozwoliłoby to na ustalenie, czy jedna ze zmiennych wpływa na drugą. W kolejnych badaniach warto również rozszerzyć analizę o czynniki pośredniczące, takie jak wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie ze stresem czy czynniki osobowościowe. Niemniej jednak uzyskane wyniki stanowią istotny wkład w zrozumienie roli pozytywnych zasobów psychologicznych w kontekście traumy. Może to być punkt wyjścia do dalszych, pogłębianych analiz.

Piśmiennictwo

1. Cheavens, J. S., Whitted, W. M. (2023). Hope therapy. *Current Opinion in Psychology*, 49, 101509. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101509>
2. Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
3. Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
4. Duckworth, A. L., Steen, T. A., Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
5. Long, L. J. (2022). Hope and PTSD. *Current Opinion in Psychology*, 48, 101472. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101472>
6. Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

7. Snyder, C. R. (2000). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 11–28. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.11>
8. Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
9. Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 321–335. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.321>
10. Valle, M. F., Huebner, E. S., Suldo, S. M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44(5), 393–406. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.03.005>