

Iwona Drapała¹, Maja Lis-Turlejska²

Znaczenie *społecznego uznania* jako ofiary lub osoby ocalałej w przebiegu zaburzenia po stresie traumatycznym

The role of *social acknowledgement as a victim or survivor* in the course of posttraumatic stress disorder

¹ Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny w Opolu

² Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

Correspondence to: Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny, Dzienny Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej i Leczenia Nerwic, ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole, tel.: 504 372 089, e-mail: iwona.drapala1@gmail.com

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

W obszarze stresu określanego jako *traumatyczny* (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) i jego psychopatologicznych konsekwencji w ubiegłych trzydziestu latach nastąpił ogromny rozwój wiedzy. W obrębie bardzo obszernej literatury na temat PTSD można obserwować ewolucję w odniesieniu do wielu zagadnień. Zmiany wiązały się między innymi z ustaleniami dotyczącymi definicji „traumatycznego stresora”, poszczególnych objawów PTSD, wiedzy na temat rozpowszechnienia zdarzeń traumatycznych i diagnozy PTSD, czynników ryzyka, a także rezylencji. Traumatyczne doświadczenie jest zazwyczaj uznawane za główną przyczynę, jednak badania dotyczące etiologii PTSD umożliwiły zidentyfikowanie szeregu biologicznych i psychospołecznych czynników, które przyczyniają się do rozwoju i utrzymywania się tego zaburzenia. W artykule przedstawiono koncepcję *społecznego uznania jako ofiary lub osoby ocalałej* Maerckera i Müller, którzy stworzyli Kwestionariusz Społecznego Uznania jako Ofiary lub Osoby Ocalałej (*Social Acknowledgement as a Victim or Survivor Questionnaire*, SAQ). Dokonano również przeglądu badań nad związkiem pomiędzy *społecznym uznaniem* a nasileniem objawów PTSD. *Społeczne uznanie* jest doświadczeniem przez osobę poszkodowaną pozytywnych reakcji ze strony społeczności *versus* reakcji obojętnych i wrogich. Koncepcja uwzględnia szeroki kontekst osoby poszkodowanej i jest jednym z elementów społeczno-interpersonalnego modelu PTSD Maerckera i Horn. Prezentowany model łączy podejścia skoncentrowane na potraumatycznych intrapersonalnych procesach z interpersonalną perspektywą. Reakcje jednostki są analizowane w kontekście trzech poziomów – indywidualnym, związanym z bliskimi relacjami oraz społeczno-kulturowym. Przedstawione badania pokazują, że wyższy poziom *społecznego uznania* wiąże się z mniejszym nasileniem objawów PTSD, jest również czynnikiem ułatwiającym potraumatyczną adaptację. Z kolei generalny brak *społecznego uznania* może być predyktorem symptomatologii PTSD i powinien być brany pod uwagę w pracy terapeutycznej z pacjentami, którzy doświadczyli traumy.

Słowa kluczowe: społeczne uznanie, PTSD, reakcja na stres, społeczno-interpersonalny model PTSD, potraumatyczna adaptacja

Summary

The knowledge about traumatic stress and its psychopathological consequences has been developing during the last thirty years. Within an extensive literature applied to traumatic stress we can observe an evolution with regards to many issues. Changes are connected with the definition of “traumatic stressor,” particular symptoms of PTSD, knowledge about the prevalence of traumatic events, PTSD diagnosis, risk factors as well as resilience.

Although a traumatic event is considered as a main cause of PTSD, the research applied to PTSD aetiology enables identification of many biological and psychosocial factors which contribute to development and maintenance of this disorder. The article presents the Maercker and Müller concept of *social acknowledgement as a victim or survivor*, who created a Social Acknowledgement as a Victim or Survivor Questionnaire (SAQ). A review of research on the relationship between *social acknowledgement* and intensity of PTSD symptoms is also presented. *Social acknowledgement* is a victim's experience of positive reactions from society vs. negative reactions – ignorance and rejection. This concept takes into consideration a broad context of the victim and is one of the elements of the socio-interpersonal model of PTSD (Maercker and Horn). The presented model combines existing models concentrated on intrapersonal posttraumatic processes with interpersonal perspective. The individual's reactions are analysed in the context of three levels – individual, related to close relationships and sociocultural. The presented research shows that a higher level of *social acknowledgement* is related to a lower level of PTSD symptoms and contributes to the posttraumatic adaptation. On the other hand, a general lack of *social acknowledgement* can be a predictor of PTSD symptomatology and should be considered in therapeutic work with patients who experienced traumatic events.

Key words: social acknowledgement, PTSD, reaction to stress, socio-interpersonal model of PTSD, posttraumatic adaptation

WPROWADZENIE

W ciągu ostatnich trzydziestu lat nastąpił ogromny rozwój wiedzy dotyczącej konsekwencji stresu określanego jako *traumatyczny*. Jest to związane z wprowadzeniem w 1980 roku do DSM-III przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne nowej jednostki nozologicznej zdefiniowanej jako „zaburzenie po stresie traumatycznym” (*posttraumatic stress disorder*, PTSD)⁽¹⁾. Ustalenie zarazem dających się operacjonalizować kryteriów diagnostycznych umożliwiło konstruowanie cechujących się rzetelnością i trafnością narzędzi pomiaru, co z kolei pozwoliło na prowadzenie badań pomagających w ustalaniu zagadnień etiologicznych, epidemiologicznych, dotyczących czasu trwania i przebiegu PTSD oraz współwystępowania z innymi zaburzeniami psychicznymi, a także pozwalających monitorować skuteczność różnego rodzaju interwencji terapeutycznych.

Przyrost wiedzy empirycznej owocował nowymi ustaleniami teoretycznymi i – co zasadnicze w tym kontekście – możliwościami leczenia. O tym, jak dalece zmieniła się wiedza i możliwości jej zastosowań w związku z badaniami nad PTSD, świadczy uznanie prof. Edny Foa przez czasopismo „Time” za jedną ze 100 osób, które wywarły w 2010 roku „największy wpływ na świecie” – za stworzenie terapii przedłużonej ekspozycji⁽²⁾. Terapia ta w wyniku wielu kontrolowanych badań klinicznych jest uznana za skuteczną metodę leczenia PTSD, co znalazło także wyraz w wyborze tej metody przez Departament ds. Weteranów USA do leczenia cierpiących na PTSD weteranów wojennych w tym kraju.

W ciągu minionych trzech dekad gwałtownie wzrastała liczba publikacji na temat PTSD. W obrębie bardzo obszernej obecnie literatury na ten temat można obserwować ewolucję w odniesieniu do wielu zagadnień. Zmiany wiązały się między innymi z ustaleniami dotyczącymi definicji „traumatycznego stresora”, poszczególnych objawów PTSD i ich grup, wiedzy na temat rozpowszechnienia

zarówno zdarzeń traumatycznych, jak i diagnozy PTSD, czynników ryzyka, ale także rezylencji⁽³⁾.

PTSD może wystąpić w następstwie przeżycia lub bycia świadkiem zagrażających życiu zdarzeń, takich jak wojna, incydenty terrorystyczne, poważne wypadki i katastrofy, klęski żywiołowe oraz akty związane z przemocą interpersonalną, np. fizyczna napaść lub gwałt. Chociaż traumatyczne doświadczenie jest zazwyczaj uznawane za główną przyczynę, badania dotyczące etiologii PTSD umożliwiły zidentyfikowanie szeregu biologicznych i psychospołecznych czynników, które przyczyniają się do rozwoju i utrzymywania się tego zaburzenia⁽⁴⁾. U podłoża wszystkich badań w tym obszarze leży istotne pytanie: dlaczego to zaburzenie nie rozwija się u każdej jednostki, która doświadczyła traumy? Teoretyczne modele, jakie powstały zwłaszcza w ostatniej dekadzie⁽⁵⁻⁸⁾, w zasadniczy sposób przyczyniły się do lepszego zrozumienia PTSD. Jednakże przeważająca większość konceptualizacji tego zaburzenia do niedawna wiązała się z analizowaniem wewnątrzpsychicznych, jednostkowych uwarunkowań rozwoju i utrzymywania się PTSD.

W istotnej publikacji Maercker i Horn⁽⁹⁾ przedstawili obszerny model prezentujący „społeczno-interpersonalne ujęcie PTSD”, zwracając uwagę na niedoceniane dotąd środowiskowe i interpersonalne procesy. W modelu tym brane są pod uwagę kontekstualne i interpersonalne procesy, które mają miejsce po traumatycznym zdarzeniu. Zgodnie z założeniami modelu jednostka jest umiejscowiona (*nested*) w trzech różnych rodzajach społecznych kontekstów. Pierwszym jest kontekst indywidualny – zjawiska z tego poziomu są do tej pory obszernie opisywane w intrapersonalnych modelach PTSD, autorzy proponują jednak uzupełnienie ich o „społeczno-afektywne zjawiska”, takie jak wstyd, poczucie winy, gniew i społeczne przekonania (*cognitions*), ponieważ ten rodzaj uczuć i myśli jest związany ze społeczną rzeczywistością pacjenta. Warto zwrócić uwagę, że zarówno teoretyczne konceptualizacje, jak i empiryczne dane dotyczące występowania

tych zjawisk w kontekście traury znalazły wyraz w poszerzeniu kryteriów diagnostycznych PTSD w DSM-5⁽¹⁰⁾. Drugi poziom obejmuje kontekst bliskich relacji – związanych z bliskim stopniem psychologicznej bliskości. Zazwyczaj dla osób dorosłych są to relacje z współmałżonkiem/współmałżonką lub partnerem/partnerką. W związku z tym poziomem autorzy zwracają uwagę na szerszy kontekst teoretycznych i empirycznych danych dotyczących interpersonalnych procesów w bliskich związkach. Najczęściej omawianymi zjawiskami w literaturze dotyczącej traury są wsparcie społeczne i dzielenie się emocjonalnymi doświadczeniami – „otwieranie się” (*disclosure*) jako czynnikami ochronnymi oraz obwinianie ofiary i wykluczenie (*ostracization*) jako czynniki ryzyka. Istnieje już obecnie wiele danych wskazujących na znaczenie tych zjawisk w kontekście bliskich związków i traumatycznych zdarzeń⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Trzeci poziom w omawianym modelu dotyczy czynników kulturowych i związanych z byciem członkiem danego społeczeństwa, oddziałujących na jednostkę, która doświadczyła traumatycznego stresu. Na przykład znaczenie kolektywnych aspektów obrazowały badania populacyjne wskazujące na to, że kolektywnie doświadczana trauma, taka jak np. regionalne klęski żywiołowe lub katastrofy, powoduje mniej patogeniczne skutki niż traury doświadczane indywidualnie⁽¹⁵⁾. Zdaniem Maerckera i Horn⁽⁹⁾ można zasadnie oczekiwać, że „ofiary traury, które czują, że ich cierpienie jest uznawane (*acknowledged*) przez społeczeństwo, nawet jeśli one same nie mówią o swoich przeżyciach – spostrzegają swoje społeczne i kulturowe środowisko jako mniej stygmatyzujące. Ten sposób percepcji w konsekwencji może stanowić czynnik ochronny, który pozytywnie oddziałuje na proces adaptacji jednostki do nienormalnych zmian po traumatycznych przeżyciach” (s. 10–11). Czynniki ten jest szczególnie istotny z klinicznego punktu widzenia, ponieważ subiektywna perspektywa pacjenta w największym stopniu, jak piszą autorzy, stanowi zarówno o psychologicznym zdrowiu, jak zaburzeniu. Z tego punktu widzenia istotne jest, jak pacjent spostrzega to, że nie jest uznawany jako ofiara traury lub osoba ocalała (*survivor*).

SPÓŁCZNE UZNANIE JAKO OFIARY LUB OSOBY OCALAŁEJ

Andreas Maercker i Julia Müller⁽¹⁶⁾, biorąc pod uwagę reakcje otoczenia społecznego w procesie adaptacji potraumatycznej, zaproponowali konstrukt *społecznego uznania jako ofiary lub osoby ocalałej*. Definiują oni *społeczne uznanie* jako doświadczenie przez osobę poszkodowaną pozytywnych reakcji ze strony społeczności. Reakcje te są opisywane jako „zrozumienie, docenianie wyjątkowego stanu osoby poszkodowanej, uznawanie jej bardzo trudnej sytuacji. Określenie *społeczne* oznacza tutaj nie tylko najbliższe otoczenie ofiary (np. przyjaciel, rodzinę), ale również znaczące osoby (np. lokalne władze, osoby duchowne), znaczące grupy (np. współpracownicy, mieszkańcy okolicy) oraz

wyrażane bezosobowe opinie (np. poprzez media) na temat przeżyć, doświadczeń ofiar, osób poszkodowanych. W pozytywnym przypadku *społeczne uznanie* zawiera oferowanie wsparcia ofiarom, osobom poszkodowanym. Z drugiej strony ofiary mogą doświadczać negatywnych reakcji, np. ignorowania, odrzucenia czy obwiniania” (s. 345). Konstrukt *społecznego uznania* Maerckera i Müller⁽¹⁶⁾ nie tylko obejmuje reakcje bliskiego otoczenia ofiary (rodziny, przyjaciół), ale również zawiera szerszy społeczny kontekst. Oznacza to, że nie tylko pojedyncze osoby, ale także społeczne grupy wpływają na osobę, oceniając ją. Autorzy skonstruowali skalę do oceny różnych reakcji środowiska społecznego po traumatycznym zdarzeniu. Kwestionariusz Społecznego Uznania jako Ofiary lub Osoby Ocalałej (*Social Acknowledgment as a Victim or Survivor Questionnaire, SAQ*) zawiera zarówno pozytywne (np. uznanie), jak i negatywne aspekty (np. odrzucenie, dezaprobata) odnośnie do uznania przez rodzinę, przyjaciół, jak również szerszego społecznego środowiska, np. znajomych, sąsiadów, pracodawców, lokalnych władz, duchowieństwa. Odnosi się także do ogólnego postrzegania siebie jako osoby docenionej z racji bycia w trudnej sytuacji. Pierwotna wersja SAQ zawierała 66 stwierdzeń. Autorzy stworzyli ją na podstawie analizy literatury oraz ankiet wypełnianych przez osoby poszkodowane, dotyczących postrzeganego uznania przez innych. Następnie skala została poddana ewaluacji przez ekspertów z Wydziału Psychopatologii Uniwersytetu w Zurychu, w którym pracują autorzy. W ten sposób została ona zredukowana do 49 stwierdzeń. Stwierdzenia reprezentowały następujące obszary: postrzegane uznanie ze strony opinii publicznej, postrzegany brak zrozumienia oraz reakcje rodziny i przyjaciół. Celem autorów było stworzenie krótkiego kwestionariusza. Taką wersję skali poddano analizie czynnikowej, w wyniku której pozostało 16 stwierdzeń. SAQ składa się z trzech podskal: Dezaprobata ze strony rodziny (*Family disapproval*), Ogólna dezaprobata (*General disapproval*) oraz Uznanie jako ofiary (*Recognition as victim*). Podskala Ogólna dezaprobata odnosi się do osób znaczących z bliskiego otoczenia (np. przyjaciele, sąsiedzi, przełożony), natomiast podskala Uznanie jako ofiary – do społeczeństwa jako całości. SAQ jest skalą samoopisową, badani ustosunkowują się do każdego stwierdzenia, używając sześciostopniowej skali Likerta – oceniają od 0 (całkowicie nie zgadzam się) do 6 (całkowicie zgadzam się). Autorzy opracowali dwie równoległe wersje skali – w języku niemieckim oraz angielskim.

BADANIA EMPIRYCZNE NAD ZWIĄZKIEM SPÓŁCZNEGO UZNANIA TRAUMY Z POZIOMEM OBJAWÓW PTSD

W przedstawionych badaniach autorzy oprócz związku pomiędzy *społecznym uznaniem* a nasileniem objawów PTSD badali również inne istotne dla przebiegu PTSD zmienne, takie jak tendencje do ujawniania emocji związanych z traumą (*disclosure*), mierzone kwestionariuszem Disclosure

of Trauma Questionnaire – DTQ⁽¹⁷⁾, czy treści poznawcze związane z traumą (dotyczące siebie, świata oraz poczucia winy), mierzone kwestionariuszem Posttraumatic Cognitions Inventory – PTCI⁽¹⁸⁾. Badania te dotyczyły różnych rodzajów traumy, uczestniczyły w nich między innymi ofiary przestępstw, więźniowie polityczni, pracownicy organizacji humanitarnych, uchodźcy, żołnierze.

Badanie Maerckera i Müller⁽¹⁶⁾, w którym dokonano walidacji ostatecznej wersji skali SAQ, przeprowadzono na byłych więźniów politycznych (we Wschodnich Niemczech) oraz ofiarach przestępstw (m.in. napaść, przemoc ze strony partnera). Okazało się, że wszystkie podskale kwestionariusza SAQ istotnie korelowały z nasileniem objawów PTSD mierzonych kwestionariuszem Impact of Event Scale – Revised (IES-R)⁽¹⁹⁾. Wykazano, że podskale Dezaprobaty ze strony rodziny oraz Ogólna dezaprobaty dodatnio korelowały z wynikami w podskalach kwestionariusza IES-R mierzących objawy pobudzenia, intruzji oraz unikania, natomiast podskala Uznanie jako ofiary ujemnie korelowała z powyższymi podskalami. Związek pomiędzy podskala Ogólna dezaprobaty a objawami PTSD okazał się najsilniejszy. Kwestionariusz SAQ wykazał również zadowalającą rzetelność (test – retest) w okresie 2 miesięcy (wynik ogólny w grupie więźniów $r = 0,86$; w próbie ofiar przestępstw $r = 0,79$). W celu określenia trafności zbadano korelację pomiędzy skalą SAQ a skalą do pomiaru wsparcia społecznego Social Support – SOZZU⁽²⁰⁾. Wykazano wysokie korelacje ze wszystkimi podskalami kwestionariusza SAQ. Ponadto hierarchiczna analiza regresji wykazała, że kwestionariusz SAQ wyjaśniał większy stopień wariacji niż standardowe narzędzie do pomiaru wsparcia społecznego – kwestionariusz SOZZU. Podobna czynnikowa struktura SAQ w obydwu grupach badanych sugeruje, że narzędzie to może mieć zastosowanie w różnych rodzajach traumy, np. wypadkach komunikacyjnych, napaści, przemocy⁽¹⁶⁾.

Badanie Jonesa i wsp.⁽²¹⁾ z udziałem pracowników niemieckich organizacji humanitarnych (przeprowadzono je po powrocie z niebezpiecznych rejonów świata) wykazało, że pracownicy organizacji humanitarnych są w dużym stopniu narażeni na zdarzenia traumatyczne. Blisko 54% spośród osób badanych (zbadano 312 osób) doświadczyło lub było świadkiem traumatycznego zdarzenia, około 16% osób badanych wykazywało niektóre symptomy PTSD, z czego 8% w pełni spełniało kryteria PTSD. W badaniach wykazano związek pomiędzy doświadczaniem przez osoby badane ogólnej dezaprobaty a wyższym poziomem objawów PTSD – intruzyjnych wspomnień i pobudzenia. Wyniki wskazały na ujemną korelację pomiędzy ogólnym wynikiem kwestionariusza SAQ a nasileniem symptomów pobudzenia. Podskala Ogólnej dezaprobaty kwestionariusza SAQ wykazała niską, lecz istotną statystycznie dodatnią korelację z intruzjami, pobudzeniem, jak również ogólnym poziomem objawów PTSD. Pozostałe dwie podskale (Uznanie jako ofiary i Dezaprobaty ze strony rodziny) nie wykazały związku z objawami PTSD (mierzonymi

kwestionariuszem IES-R). W porównaniu z poprzednim badaniem z udziałem więźniów politycznych i ofiar przestępstw⁽¹⁶⁾ w tym badaniu uzyskano niższą wartość predykcyjną społecznego uznania z objawami PTSD.

Poczucie *społecznego uznania* również w badaniu Müller i wsp.⁽²²⁾ okazało się znaczącym predyktorem poziomu objawów PTSD. Autorzy przeprowadzili badania longitudinalne, w których uczestniczyły ofiary przestępstw (5 i 11 miesięcy po traumatycznym wydarzeniu). W serii analiz regresji wykazano, że ogólny poziom *społecznego uznania* przewiduje dotkliwość symptomów PTSD. Dezaprobaty ze strony rodziny i ogólnej społeczności wiąże się z wyższym poziomem objawów PTSD, natomiast wyniki w podskali Uznanie jako ofiary nie były skorelowane z wynikami kwestionariusza szacującego dotkliwość symptomów PTSD. Wnioski z badania są zgodne z wynikami metaanalizy, która pokazuje, że brak wsparcia społecznego jest jednym z najsilniejszych predyktorów PTSD⁽¹³⁾. Ponadto wykazano, że ujawnianie emocji związanych z traumą również jest predyktorem poziomu objawów PTSD. *Społeczne uznanie* oraz tendencje do ujawniania emocji związanych z traumą ujemnie korelowały również z nasileniem dysfunkcyjnych myśli i przekonań związanych z traumą (dotyczących siebie, świata oraz samoobwiniania).

Podobne wnioski płyną z badania przeprowadzonego na grupie uchodźców czeczeńskich żyjących w obozach w Inguszetii⁽²³⁾. Wykazano w nim znaczącą ujemną korelację pomiędzy ogólnymi wynikami kwestionariusza SAQ a nasileniem objawów PTSD – intruzji, unikania i pobudzenia (kategorie B, C i D według DSM-IV). Największe korelacje wykazano pomiędzy podskala Dezaprobaty ze strony rodziny oraz pobudzeniem ($r = 0,78, p > 0,001$), a także Ogólną dezaprobatą a intruzjami ($r = 0,40, p > 0,01$). Ta grupa badawcza wykazywała bardzo wysoki stopień ekspozycji na traumatyczne zdarzenia. Dziewięćdziesiąt pięć procent badanych było przynajmniej raz narażonych na traumatyczne zdarzenia, a 76% wykazywało wszystkie objawy PTSD mierzone kwestionariuszem IES-R (pobudzenie, unikanie oraz intruzje). Ogólny poziom *społecznego uznania* mierzony kwestionariuszem SAQ okazał się najniższy w porównaniu z innymi przytaczanymi przez autorów badaniami z wykorzystaniem kwestionariusza SAQ. Autorzy badania zwracają uwagę na szczególnie kontekst dyskryminacji i ograniczonych szans Czeczeńców. Poziom symptomatologii PTSD w tej grupie badawczej był porównywalny z wynikami uzyskanymi we wcześniejszych badaniach nad niemieckimi ofiarami przestępstw⁽¹⁶⁾.

Forstmeier i wsp.⁽²⁴⁾ analizowali z kolei związek pomiędzy wzrostem potraumatycznym, *społecznym uznaniem jako ofiary* oraz poczuciem koherencji. Badanie przeprowadzono na niemieckich żołnierzach walczących podczas II wojny światowej (obecnie w wieku 70–80 lat). Wykazano, iż liczba traum, dwa wymiary *społecznego uznania jako ofiary* – Ogólna dezaprobaty i Uznanie jako ofiary oraz poczucie sensowności (jeden z trzech wymiarów poczucia koherencji) istotnie korelowały ze wzrostem potraumatycznym.

Ponadto *uznanie jako ofiary* oraz poczucie sensowności były najważniejszymi czynnikami warunkującymi wyższy poziom wzrostu potraumatycznego. Autorzy sugerują, że w badaniu tym może uwidaczniać się zmiana znaczenia Ogólnej dezaprobaty w związku z wiekiem. Zdaje się, że dla osób starszych bliskie otoczenie może mieć większe znaczenie niż społeczeństwo jako całość. Jeśli chodzi o ogólną dezaprobatę, mogła być ona częstym doświadczeniem niemieckich żołnierzy po II wojnie światowej. Dezaprobatą ze strony społeczeństwa mogła nawet skłonić ofiary do poszukiwania osobistego rozwoju i uznania jako osób poszkodowanych przez bliskie znaczące otoczenie.

W tym obszarze przeprowadzono również badania międzykulturowe z udziałem niemieckich oraz chińskich ofiar przestępstw⁽²⁵⁾. Okazało się, że w obydwu grupach generalny brak *społecznego uznania jako ofiary lub osoby ocalałej* przewidywał nasilenie objawów PTSD – intruzji, pobudzenia i unikania, mierzonych kwestionariuszem IES-R (niezależnie od różnic poziomu objawów PTSD pomiędzy badanymi grupami). Badano również tendencje do ujawniania emocji związanych z traumą. Wykazano, że większa chęć do ich ujawniania wiązała się z mniejszym poziomem objawów PTSD. Autorzy tego badania zwracają uwagę na znaczenie tych dwóch interpersonalnych zmiennych jako ważnych predyktorów symptomatologii PTSD. Sugerują, że poziom *społecznego uznania jako ofiary lub osoby ocalałej* oraz tendencje do ujawniania emocji związanych z traumą powinny być brane pod uwagę przez personel medyczny w procesie leczenia pacjentów z PTSD.

Społeczne uznanie jako ofiary okazało się również predyktorem zaburzeń posttraumatycznych w badaniach Wagner i wsp.⁽²⁶⁾ Badania przeprowadzono w Szwajcarii, wzięły w nim udział osoby, które były świadkami eutanazji swoich bliskich. Niski stopień *społecznego uznania traumy* wiązał się z wyższym poziomem objawów PTSD (intruzji, unikania i pobudzenia mierzonych kwestionariuszem IES-R). Najsilniejsze korelacje uzyskano pomiędzy podskala Ogólnej dezaprobaty ze strony osób znaczących z bliskiego otoczenia społecznego a poziomem objawów PTSD. Podskala Uznania jako ofiary nie była natomiast skorelowana z objawami PTSD. Tak więc osoby, które nie doświadczyły *społecznego uznania* w obliczu tej sytuacji, cierpiały z powodu większych problemów ze zdrowiem psychicznym. Autorzy podkreślają, że postrzegana ogólna dezaprobatą może być ważnym czynnikiem przewidującym symptomatologię PTSD.

W chorwackich badaniach nad *społecznym uznaniem traumy* Ljubotina i wsp.⁽²⁷⁾, odnosząc się do koncepcji *społecznego uznania* Maerckera i Müller⁽¹⁶⁾, skonstruowali własne narzędzie w celu oszacowania stopnia *społecznego uznania traumy*, które badani otrzymują od rodziny, przyjaciół, współpracowników oraz państwowych instytucji. Przeprowadzono je na weteranach wojennych, cierpiących na zaburzenia po stresie traumatycznym w okresie 10 lat po doświadczeniu traumy. Wyniki badania wykazały, że niski stopień postrzeganego *społecznego uznania* ze strony

rodziny i przyjaciół korelował z wyższym poziomem depresji, drażliwości, wrogości, tendencji paranoicznych i psychotyzmu. Zaobserwowano również dodatnią korelację pomiędzy wyższym stopniem postrzeganego *społecznego uznania traumy* a adaptacyjnymi sposobami radzenia sobie (np. dzielenie się z innymi przeżywanymi emocjami, praca w organizacjach polegająca na aktywnej pomocy innym) oraz postrzeganymi pozytywnymi konsekwencjami traumatycznego doświadczenia (np. odkrycie na nowo, co jest ważne w życiu, poczucie bycia silniejszym po doświadczeniu traumy). Badania wykazały również, że weterani byli mniej zadowoleni z poziomu *społecznego uznania traumy* otrzymywanego ze strony rządowych instytucji, społeczeństwa aniżeli ze strony przyjaciół i rodziny.

Kaczmarek i Zawadzki⁽²⁸⁾ przeprowadzili badania na 127 osobach, które doświadczyły różnych traumatycznych wydarzeń (np. wypadek, napaść, poważna choroba, przemoc domowa, kłeska żywiołowa). Do oceny nasilenia objawów PTSD zastosowano Potraumatyczną Skalę Diagnostyczną (*Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*, PDS)^(29,30), w polskiej adaptacji M. Dragan i M. Lis-Turlejskiej. Do badania treści poznawczych związanych z traumą zastosowano skalę Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)⁽¹⁸⁾, w polskiej adaptacji M. Dragan, M. Gulcz i S. Wójtowicza⁽³¹⁾. Jak wykazano w serii analiz regresji, *społeczne uznanie* okazało się czynnikiem obniżającym nasilenie objawów PTSD oraz ułatwiającym potraumatyczną adaptację. W toku analizy czynnikowej wyodrębniono następujące czynniki – „poczucie (braku) zrozumienia”, „uznanie rodziny i znajomych” oraz „uznanie w lokalnej społeczności”. Pomimo pewnych podobieństw stwierdzona struktura czynnikowa była odmienna od tej ustalonej w badaniach nad wersją oryginalną. Autorzy zaznaczyli, że konieczne są dalsze badania walidacyjne kwestionariusza SAQ, szczególnie na większej grupie osób, dobranych ze względu na wspólny rodzaj doświadczenia traumatycznego. Wstępnie zebrane dane świadczą jednak o satysfakcjonujących właściwościach psychometrycznych skali.

UWAGI KOŃCOWE

Analizując dotychczasowe wyniki badań, można stwierdzić, że kwestionariusz SAQ może być pomocny w szacowaniu ryzyka rozwoju PTSD, a także może być wartościowym narzędziem do dalszych badań w kontekście zarówno prewencji, jak i strategii leczenia osób dotkniętych PTSD oraz ich bliskich. *Społeczne uznanie* jest czynnikiem ochronnym u osób, które doświadczyły traumy, oraz ma duże znaczenie dla procesu zdrowienia po traumie. Może mieć ono kluczowe znaczenie we wspieraniu w niej gotowości do ustalania nowych celów oraz odnajdywania znaczenia w traumatycznych zdarzeniach. Generalny brak *społecznego uznania* może być natomiast predyktorem symptomatologii PTSD i powinien być brany pod uwagę w pracy z osobami z PTSD. Nietlisbach i Maercker⁽¹⁴⁾ sugerują stosowanie interwencji mających

na celu informowanie pacjentów na temat potencjalnych zmian w relacjach społecznych. Zwracają uwagę na psychoedukację, zwiększanie świadomości pacjentów odnośnie do potencjalnych negatywnych konsekwencji związanych z codziennymi sytuacjami, na przykład społecznego wykluczenia oraz problemów ze zdrowiem psychicznym (np. zaburzeń lękowych i depresyjnych).

Przedstawiony model społeczno-interpersonalny PTSD Maerckera i Horn⁽⁹⁾ łączy dotychczasowe podejścia skoncentrowane na potraumatycznych intrapersonalnych procesach poznawczych i afektywnych czy zmianach neurobiologicznych z interpersonalną perspektywą. Zakłada również, że pozytywne interpersonalne czynniki mogą prowadzić do podnoszenia jakości zdrowia, dobrostanu oraz poczucia sensu życia. Autorzy podkreślają społeczny charakter traumy i zachęcają do prowadzenia badań nad PTSD z uwzględnieniem szeroko rozumianych czynników społecznych i kulturowych. Ponadto według Maerckera i Horn⁽⁹⁾ przyszłe programy leczenia PTSD powinny uznawać społeczny i interpersonalny kontekst, np. włączając w proces leczenia także bliskich ofiary, jak również opracowując i wdrażając programy prewencyjne w szerszej społeczności.

W przyszłości ważne byłoby przeprowadzanie badań zarówno nad ofiarami traumy, jak i ich bliskimi. Badania te mogą być pomocne w otrzymywaniu obiektywnych danych na temat powrotu do zdrowia po traumie w kontekście relacji interpersonalnych. Dalsze badania mogłyby również koncentrować się na próbach identyfikowania zmiennych, które moderują proces rozwoju oraz przebieg PTSD w różnych rodzajach traumy i w różnych kulturach^(22,25).

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

- American Psychiatric Association, APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Wyd. 3, Washington, DC 1980.
- Foa E., Hembree E., Rothbaum Olasov B.: Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences. Oxford University Press, Oxford, New York 2007.
- Lis-Turlejska M.: Zdarzenia traumatyczne związane z przemocą – konsekwencje psychiczne. W: Grzegotowska-Klarkowska H. (red.): Agresja, socjalizacja, edukacja. Refleksje i inspiracje. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2012: 45–57.
- Friedman M.J., Resick P.A., Keane T.M.: PTSD: Twenty-five years of progress and challenges. W: Friedman M.J., Keane T.M., Resick P.A. (red.): Handbook of PTSD: Science and Practice. The Guilford Press, New York 2007: 3–18.
- Brewin C.R.: A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. Behav. Res. Ther. 2001; 39: 373–393.
- Ehlers A., Clark D.M.: A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav. Res. Ther. 2000; 38: 319–345.
- Foa E., Kozak M.J.: Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychol. Bull. 1986; 99: 20–35.
- Yehuda R.: Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2006; 1071: 137–166.
- Maercker A., Horn A.B.: A socio-interpersonal perspective on PTSD: the case for environments and interpersonal processes. Clin. Psychol. Psychother. 2013; 20: 465–481.
- American Psychiatric Association, APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Wyd. 5, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA 2013.
- Mehl M.R., Pennebaker J.W.: The social dynamics of a cultural upheaval: social interactions surrounding September 11, 2001. Psychol. Sci. 2003; 14: 579–585.
- Mehl M.R., Vazire S., Holleran S.E., Clark C.S.: Eavesdropping on happiness: well-being is related to having less small talk and more substantive conversations. Psychol. Sci. 2010; 21: 539–541.
- Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D., Holloway R.: Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J. Consult. Clin. Psychol. 2000; 68: 748–766.
- Nietlisbach G., Maercker A.: Effects of social exclusion in trauma survivors with posttraumatic stress disorder. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2009; 1: 323–331.
- Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. i wsp.: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62: 617–627.
- Maercker A., Müller J.: Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure a recovery factor of PTSD. J. Trauma. Stress 2004; 17: 345–351.
- Muller J., Beauducel A., Raschka J., Maercker A.: Communicative styles after political imprisonment in the GDR: development of a questionnaire regarding disclosure of traumatic experiences. Zeit. Polit. Psychologie 2000; 4: 413–427.
- Foa E.B., Ehlers A., Clark D.M. i wsp.: The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. Psychol. Assess. 1999; 11: 303–314.
- Weiss D.S., Marmar C.R.: The Impact of Event Scale – Revised. W: Wilson J.P., Keane T.M. (red.): Assessing Psychological Trauma and PTSD. Guilford Press, New York 1997: 399–411.
- Sommer G., Fydrich T.: Development and validation of a questionnaire on social support. Diagnostica 1991; 37: 160–178.
- Jones B., Müller J., Maercker A.: Trauma and posttraumatic reactions in German development aid workers: prevalences and relationship to social acknowledgement. Int. J. Soc. Psychiatry 2006; 52: 91–100.
- Mueller J., Moergeli H., Maercker A.: Disclosure and social acknowledgement as predictors of recovery from posttraumatic stress: a longitudinal study in crime victims. Can. J. Psychiatry 2008; 53: 160–168.
- Maercker A., Povilonyte M., Lianova R., Pöhlmann K.: Is acknowledgment of trauma a protective factor? The sample case of refugees from Chechnya. Eur. Psychologist 2009; 14: 249–254.
- Forstmeier S., Kuwert P., Spitzer C. i wsp.: Posttraumatic growth, social acknowledgment as survivors, and sense of coherence in former German child soldiers of World War II. Am. J. Geriatr. Psychiatry 2009; 17: 1030–1039.
- Muller J., Orth U., Wang J., Maercker A.: Disclosure attitudes and social acknowledgement as predictors of posttraumatic stress disorder symptom severity in Chinese and German crime victims. Can. J. Psychiatry 2009; 54: 547–556.
- Wagner B., Keller V., Knaevelsrud C., Maercker A.: Social acknowledgement as a predictor of post-traumatic stress and complicated grief after witnessing assisted suicide. Int. J. Soc. Psychiatry 2011; 58: 381–385.
- Ljubotina D., Pantić Z., Francisković T. i wsp.: Treatment outcomes and perception of social acknowledgment in war veterans: follow-up study. Croat. Med. J. 2007; 48: 157–166.
- Kaczmarek M., Zawadzki B.: Uznanie społeczne jako czynnik adaptacji potraumatycznej. W: Strelau J., Zawadzki B.,

- Kaczmarek M. (red.): Konsekwencje psychiczne traumy. Uwrażliwienie i terapia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2009: 260–275.
29. Foa E.B.: The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) manual. National Computer Systems, Minneapolis 1995.
30. Foa E.B., Cashman L., Jaycox L., Perry K.: The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol. Assess.* 1997; 9: 445–451.
31. Dragan M., Gulcz M., Wójtowicz S.: Adaptacja Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Raport ze wstępnego badania walidacyjnego inwentarza pourazowych treści poznawczych. *Przeł. Psychol.* 2005; 48: 417–430.

Zasady prenumeraty kwartalnika „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”

1. Prenumeratę można rozpocząć od dowolnego numeru pisma. Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.
2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 25 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty (4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 80 zł.
3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu). Cena numeru archiwalnego – 25 zł.
4. Zamówienie można złożyć:
 - Wypełniając załączony blankiet i dokonując wpłaty w banku lub na poczcie. Prosimy o podanie dokładnych danych imiennych i adresowych.
 - Dokonując przelewu z własnego konta bankowego (ROR) – wpłaty należy kierować na konto:
Medical Communications Sp. z o.o.,
ul. Powsińska 34, 02-903 Warszawa
Deutsche Bank PBC SA
42 1910 1048 2215 9954 5473 0001
 - Drogą mailową: redakcja@psychiatria.com.pl.
 - Telefonicznie lub faksem: tel.: 22 651 97 83, faks: 22 842 53 63.
 - Wypełniając formularz prenumeraty zamieszczony na stronie:
www.gazeta.psychiatria.com.pl/index.php/prenumerata-wersji-drukowanej
5. Zamawiający, którzy chcą otrzymać fakturę VAT, proszeni są o kontakt z redakcją.

Rules of subscription to the quarterly „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”

1. Subscription may begin at any time. Subscribers will receive ordered volumes of the journal to the address provided.
2. A single volume of the quarterly for foreign subscribers costs 8 EUR. The cost of annual subscription (4 consecutive volumes) for foreign subscribers is 30 EUR.
3. Archival volumes may be ordered at a price of 8 EUR per volume until the stock lasts.
4. Orders may be placed by making a money transfer from own bank account – payments should be made payable to:
Account Name: Medical Communications Sp. z o.o.
Bank Name: Deutsche Bank PBC S.A.
Bank Address: 02-903 Warszawa,
ul. Powsińska 42/44
Account number: 15 1910 1048 2215 9954 5473 0002
SWIFT Code/IBAN: DEUTPLPK
Please provide a precise address and nominative data.
5. The order should be send via e-mail at: redakcja@psychiatria.com.pl.