

Rozpowszechnienie PTSD wśród osób, które przeżyły II wojnę światową w Polsce

PTSD prevalence among Polish World War II survivors

Maja Lis-Turlejska¹, Aleksandra Łuszczynska^{2,3}, Szymon Szumiał⁴

¹ SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa

² SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu

³Trauma, Health, & Hazards Center, University of Colorado, CO, USA

⁴ Środowiskowy Dom Samopomocy Caritas DWP, Mińsk Mazowiecki.

Summary

Aim. Over the past decade research has been published in several Western European countries on the prevalence of PTSD among World War II survivors, mostly civilians. Prevalence rates ranged from 1.9% to 10.8 %. The aim of the study was to measure the frequency of PTSD occurrence among Polish WWII survivors.

Method. Data from 96 persons: 59 women and 37 men, aged 70-96 were analyzed. All participants were born before 1945. They completed Polish adaptations of: Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), Impact of Events Scale (IES), Beck's Depression Inventory (BDI) and WWII trauma related questionnaire.

Results. Prevalence rate of potential PTSD was 32,3% Mean values of both number and severity of symptoms of PTSD were significantly higher for respondents with at least one war related trauma comparing to the participants who did not relate any such trauma.

Conclusions. Comparing to other studies on WWII related PTSD the prevalence rate of possible PTSD was very high. Looking for possible explanation of such results seems to be an important challenge.

Słowa kluczowe: PTSD, zespół stresu pourazowego, rozpowszechnienie, trauma wojenna, II wojna światowa

Key words: PTSD, posttraumatic stress disorder, prevalence, war trauma, World War II

Wstęp

W Europie psychologiczne skutki II wojny światowej badano począwszy od lat 50. i 60. XX w., głównie w odniesieniu do byłych więźniów niemieckich obozów koncentracyjnych, m.in. w Danii [1], Holandii [2], Norwegii [3] i w Polsce [4–7]. Badania europejskie dotyczące poziomu objawów potraumatycznych wśród ludności cywilnej zaczęto prowadzić pod koniec lat 90. XX wieku. Badania te koncentrują się w dużej mierze na poziomie rozpowszechnienia (ang. prevalence) zespołu stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder – PTSD). Prace takie prowadzono w największej liczbie w Niemczech (np. [8, 9]) oraz w Holandii [10], Finlandii [11], Norwegii [12] i Austrii [13]. Niektóre z tych badań zrealizowano na losowych próbach osób spełniających określone kryteria wieku. Badanie reprezentatywnej próby ogólnokrajowej osób w wieku 60–85 lat przeprowadzono w 2008 roku w Niemczech. Zbadano 5 033 osoby. Wskaźnik bieżącego rozpowszechnienia PTSD wg DSM-IV w tym badaniu wyniósł 4% [9]. Podobne badanie zrealizowane w Holandii objęło próbę 10 622 osób urodzonych w latach 1920–1929 losowo wybranych z rejestrów dziewięciu dużych miast w tym kraju. W badanej próbie znalazły się: (a) osoby, które przeżyły II wojnę światową jako adolescenty i młodzi dorośli; (b) duża grupa holenderskich weteranów wojennych, w tym ocalałych z okupacji Holenderskich Indii Wschodnich przez Japonię (1942–1945) i późniejszej wojny indonezyjskiej o niepodległość (1945–1950). Ogółem 4,6% badanych osób spełniło kryteria aktualnego PTSD (wg DSM-III-R). Najwyższy wskaźnik (13%) stwierdzono wśród „ofiar prześladowań” (byłych więźniów niemieckich obozów koncentracyjnych, osób badanych pochodzenia żydowskiego, które przeżyły wojnę w ukryciu, oraz ocalałych z japońskich obozów). Najniższy poziom PTSD (3%) stwierdzono wśród cywilnych ofiar wojny i uczestników ruchu oporu. Pośredni wskaźnik rozpowszechnienia PTSD (7%) stwierdzono u weteranów wojennych [10].

W innych badaniach przeprowadzonych w krajach Europy Zachodniej w minionej dekadzie wskaźniki rozpowszechnienia PTSD wynoszą od 1,9% (Austria) [13] do 10,9% (dzieci urodzone w Niemczech) [8].

W Polsce w pracy opublikowanej w 2012 r. [14] przedstawiono wyniki badania 218 osób urodzonych w latach 1929–1945, w wieku 63–78 lat. Badania przeprowadzono na przełomie 2007 i 2008 roku wśród uczestników Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Do pomiaru PTSD zastosowano Skale PDS i IES. Rozpowszechnienie potencjalnej diagnozy PTSD wg DSM-IV, przy pomiarze za pomocą Skali PDS, wyniosło 29,4%. Podobny wskaźnik rozpowszechnienia PTSD uzyskano we wcześniejszym polskim badaniu [15] dotyczącym żyjących w Polsce osób żydowskiego pochodzenia, które jako dzieci przeżyły Holocaust. Rozpowszechnienie aktualnego PTSD w tej grupie wyniosło 55,6%. W grupie kontrolnej osób nieżydowskiego pochodzenia, słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie, wskaźnik PTSD wyniósł 30,9%.

Metoda

Osoby badane i procedura

W okresie od czerwca do października 2014 roku przebadano 96 osób: 59 kobiet i 37 mężczyzn w wieku 70–96 lat ($M = 80,94$; $SD = 6,56$), urodzonych przed 1945 rokiem. Badanie prowadzono w różnych miejscowościach, w mieszkaniach osób badanych oraz na terenie różnych stowarzyszeń i organizacji oraz w placówkach opiekuńczych.

Narzędzia badawcze

1. Opracowane dla celów niniejszego badania narzędzie zatytułowane „Zdarzenia związane z II wojną światową”. Obejmowało ono listę traumatycznych doświadczeń podczas wojny.
2. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) [16]. PDS umożliwia zarówno sformułowanie diagnozy PTSD zgodnie z kryteriami DSM-IV, jak też pomiar nasilenia jego objawów. W prezentowanym badaniu zastosowano PDS bez części 1. zawierającej pytania dotyczące ekspozycji na różnego rodzaju zdarzenia traumatyczne, np. związane z przemocą interpersonalną, zastępując ją listą doświadczeń związanych z traumą wojenną. Oryginalna wersja narzędzia cechuje się wysokimi wskaźnikami zgodności wewnętrznej ($r = 0,92$) i dobrą rzetelnością test-retest ($r = 0,74$ dla diagnozy PTSD i $r = 0,83$ dla nasilenia objawów) [16]. Polska adaptacja tej skali [17] cechuje się także dobrymi własnościami psychometrycznymi.
3. Impact of Event Scale (IES) [18] w tłumaczeniu M. Lis-Turlejskiej i A. Łuszczynskiej [19]. IES służy do pomiaru objawów potraumatycznych intruzji i unikania. Skala zawiera 15 pozycji opisujących objawy należące do obu tych kategorii. Uważa się, że IES różnicuje osoby, które uzyskują vs. nie uzyskują klinicznej diagnozy PTSD (zob. [20]).
4. Beck Depression Inventory (BDI) [21] w tłumaczeniu M. Lewickiej i J. Czapińskiego. BDI obejmuje 21 pozycji, odpowiedzi oceniane są na skali od 0 do 3. Kwestionariusz ten wciąż jest używany w badaniach w wielu krajach.

Wyniki

Osoby badane

Najwięcej osób badanych to wdowy i wdowcy (49%). Osoby zamężne i żonate stanowiły 36,5% badanej grupy, rozwiedzione 6,3%. Cztery osoby (4,6%) zadeklarowały stan wolny, jedna osoba związek nieformalny. Trzy osoby nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o stan cywilny.

Większość osób badanych miała wykształcenie średnie (29,2%) i podstawowe (27,1%). Pozostałe osoby miały wykształcenie zawodowe (18,8%), niepełne wyższe (7,3%) i wyższe (17,7%).

Zdarzenia traumatyczne związane z wojną

Liczba zdarzeń traumatycznych wskazanych przez osoby badane zawierała się w przedziale od zera do dziewiętnastu ($M = 7,03$; $SD = 4,52$). Tabela 1 przedstawia rozkład częstości dla liczby zdarzeń urazowych doświadczonych przez osoby badane. Najwięcej osób badanych wskazało od sześciu do dziesięciu wydarzeń.

Tabela 1. Liczba zdarzeń traumatycznych związanych z II wojną światową – rozkład częstości

Liczba zdarzeń traumatycznych	n	%
Brak	10	10,4
Jedno	7	7,3
Od dwóch do pięciu	16	16,7
Od sześciu do dziesięciu	43	44,8
Powyżej dziesięciu	20	20,8
Ogółem	96	100

n – liczba osób

Około 31% spośród badanych osób straciło ojca podczas wojny, 17,5% osób straciło matkę, a 39,6% inną bliską osobę. Najwięcej osób wskazało jako traumatyczne zdarzenie przeżycie bombardowania (70,8%), bycie świadkiem postrzelenia kogoś (56,3%), bycie świadkiem egzekucji, zabicia kogoś (46,9%), zagrażający zdrowiu/życiu głód (52,1%). Inne często wskazywane przeżycia traumatyczne to: bycie świadkiem ciężkiego pobicia kogoś (45,8%), ukrywanie się (45,8%), bycie świadkiem napaści lub prześladowania Żydów (39,6%), pobyt w Warszawie podczas Powstania Warszawskiego (27,1%).

Niektórzy badani to weterani wojenni. Siedmiu mężczyzn (7,3% badanej grupy) brało udział w walce frontowej, również siedmiu mężczyzn walczyło w partyzantce. W Powstaniu Warszawskim czynnie uczestniczyło jedenastu mężczyzn i osiem kobiet, ogółem 19,8% badanej grupy.

Tabela 2 przedstawia rozkład częstości rodzajów zdarzeń traumatycznych związanych z II wojną światową, w grupie kobiet, mężczyzn i ogółem w całej badanej próbie. Zestawienie uzupełniono testem niezależności χ^2 . Oznaczono zależności istotne statystycznie.

Tabela 2. Rozkład częstości zdarzeń traumatycznych związanych z II wojną światową według płci

Zdarzenie traumatyczne	Grupa						Test		
	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem		χ^2	df	p
	N	%	N	%	N	%			
Utrata matki	12	20,3	5	13,5	17	17,7	0,39	1	0,532
Utrata ojca	15	25,4	15	40,5	30	31,3	3,05	1	0,081

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Utrata innej bliskiej osoby	24	40,7	14	37,8	38	39,6	0,14	1	0,706
Udział w walce na froncie	0	0	7	18,9	7	7,3	12,75***	1	0,001
Udział w partyzantce	0	0	7	18,9	7	7,3	12,38***	1	0,001
Był/a ranny/a	7	11,9	10	27,0	17	17,7	3,85*	1	0,05
Zabicie kogoś	1	1,7	11	29,7	12	12,5	17,44***	1	0,001
Tortury	3	5,1	1	2,7	4	4,2	0,32	1	0,570
Uwięzienie w obozie koncentracyjnym	3	5,1	4	10,8	7	7,3	1,1	1	0,294
Uwięzienie w łagrze	6	10,2	8	21,6	14	14,6	2,39	1	0,122
Był/a w getcie	2	3,4	2	5,4	4	4,2	0,21	1	0,643
Pobyt w Warszawie podczas Powstania Warszawskiego	12	20,3	14	37,8	26	27,1	3,34	1	0,068
Czynny udział w Powstaniu Warszawskim	8	13,6	11	29,7	19	19,8	3,59	1	0,058
Doświadczenie gwałtu lub innej formy przemocy seksualnej	3	5,1	0	0	3	3,1	1,94	1	0,163
Bombardowanie	40	67,8	28	75,7	68	70,8	0,68	1	0,408
Ukrywanie się	23	39,0	21	56,8	44	45,8	3,37	1	0,067
Ukrywanie Żydów	3	5,1	1	2,7	4	4,2	0,34	1	0,559
Przymusowe wysiedlenie na Syberię	6	10,2	7	18,9	13	13,5	1,49	1	0,223
Roboty przymusowe	7	11,9	10	27,0	17	17,7	3,59	1	0,058
Zagrażający zdrowiu/życiu mróz	22	37,3	16	43,2	38	39,6	0,34	1	0,561
Zagrażający zdrowiu/życiu głód	27	45,8	23	62,2	50	52,1	2,45	1	0,117
Bycie świadkiem walki frontowej	20	33,9	21	56,8	41	42,7	4,86*	1	0,028
Bycie świadkiem postrzelenia kogoś	31	52,5	23	62,2	54	56,3	0,85	1	0,355
Bycie świadkiem egzekucji, zabicia kogoś	27	45,8	18	48,6	45	46,9	0,08	1	0,783
Bycie świadkiem gwałtu lub innej formy przemocy seksualnej	5	8,5	9	24,3	14	14,6	4,59*	1	0,032
Bycie świadkiem ciężkiego pobicia kogoś	23	39,0	21	56,8	44	45,8	2,89	1	0,089
Bycie świadkiem napaści lub prześladowania Żydów	21	35,6	17	45,9	38	39,6	1,02	1	0,313

n – liczba osób, % – procent grupy, χ^2 – statystyka testu, df – liczba stopni swobody, p – istotność statystyczna *p < 0,05, *** p < 0,001

Otrzymano istotne statystycznie zależności pomiędzy pięcią osób badanych a udziałem w walce na froncie, udziałem w partyzantce, byciem rannym, zabicim kogoś, byciem świadkiem walki frontowej i byciem świadkiem gwałtu lub innej formy prze-

mocy seksualnej. Udział w walce na froncie i udział w partyzantce to doświadczenia, które były wskazywane wyłącznie przez mężczyzn. Bycie rannym, zabicie kogoś, bycie świadkiem walki frontowej, bycie świadkiem przemocy seksualnej występowały częściej w grupie mężczyzn niż w grupie kobiet.

Poziom objawów potraumatycznych

31 osób badanych (32,3%) spełniło kryteria diagnostyczne PTSD wg DSM-IV (pomiar za pomocą kwestionariusza PDS). Nasilenie objawów PTSD mierzone za pomocą kwestionariusza IES w przypadku 33 osób (34,4%) przekroczyło przyjmowany powszechnie diagnostyczny punkt odcięcia wynoszący 35 punktów (por. [19, 22]).

Zdarzenia traumatyczne a poziom objawów klinicznych

Zgodnie z informacją podaną w tabeli 1, 10 osób (10,4%) nie wskazało żadnego ze zdarzeń traumatycznych związanych z wojną. Przeprowadzono analizę porównującą te osoby z osobami, które wskazały przynajmniej jedno zdarzenie traumatyczne, ze względu na potencjalną diagnozę PTSD oraz nasilenie objawów intruzji i unikania. Taka analiza była możliwa tylko na podstawie wyników w IES. Zastosowana w badaniu PDS, skonstruowana ściśle według kryteriów DSM-IV, zawiera instrukcję, aby osoby, które nie wskazały żadnego zdarzenia w części 1 (kryterium A), nie wypełniały dalej kwestionariusza. Jako punkt odcięcia wskazujący na możliwą diagnozę PTSD przyjęto wynik > 35 . W grupie osób, które nie doświadczyły żadnego wojennego zdarzenia traumatycznego, nie było osób z potencjalną diagnozą PTSD. W grupie osób, które doświadczyły co najmniej jednego zdarzenia traumatycznego, było 31 osób z diagnozą PTSD (36,0%). Ponadto na podstawie testu niezależności χ^2 stwierdzono, że zależność pomiędzy doświadczeniem traumy wojennej a nasileniem objawów PTSD uzasadniającym postawienie diagnozy była istotna statystycznie, $\chi^2(1) = 5,32$, $p < 0,05$.

Tabela 3 przedstawia średnie wartości nasilenia objawów PTSD: intruzji i unikania oraz objawów depresji w grupie osób, które nie wskazały żadnego doświadczenia o charakterze traumy wojennej, i w grupie osób, które wskazały co najmniej jedno takie zdarzenie. Zestawienie uzupełniono dwustronnym testem t-Studenta dla prób niezależnych.

Tabela 3. Średnie wartości nasilenia objawów PTSD i objawów depresji w grupie osób, które nie wskazały żadnego doświadczenia o charakterze traumy wojennej, i w grupie osób, które wskazały co najmniej jedno takie zdarzenie wraz z testem istotności statystycznej

Zmienna	Liczba zdarzeń traumatycznych				t	df	p
	Brak		Co najmniej jedno				
	M	SD	M	SD			
Intruzje	2,83	3,43	14,76	10,15	-6,70***	12,79	0,001
Unikanie	3,00	3,46	14,06	9,33	-6,36***	11,26	0,001

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wynik ogólny IES	5,83	6,71	28,82	17,53	-6,90***	10,84	0,001
Depresja	13,43	4,35	17,24	10,19	-0,98	90	0,331

M – wartość średnia, SD – odchylenie standardowe, t – statystyka testu, df – liczba stopni swobody, p – dwustronna istotność statystyczna, *** p < 0,001

Zanotowano istotne statystycznie różnice w zakresie nasilenia objawów PTSD, które były znacznie bardziej nasilone w grupie osób, które doświadczyły co najmniej jednego zdarzenia traumatycznego związanego z wojną. Nie otrzymano natomiast istotnej statystycznie różnicy w zakresie nasilenia depresji.

Wykonano także analizę korelacji pomiędzy nasileniem objawów depresji a liczbą i nasileniem trzech grup (B, C i D) objawów PTSD (wg PDS) oraz nasileniem intruzji i unikania oraz wynikiem ogólnym wg IES. Tabela 4 przedstawia wyniki tej analizy.

Tabela 4. Współczynniki korelacji r Pearsona pomiędzy nasileniem depresji a nasileniem objawów PTSD

Objawy PTSD	Depresja
Liczba objawów B	0,254*
Liczba objawów C	0,254*
Liczba objawów D	0,241*
Liczba objawów B, C i D	0,279**
Nasilenie objawów B	0,243*
Nasilenie objawów C	0,304**
Nasilenie objawów D	0,358**
Nasilenie objawów B, C i D	0,345**
Intruzje	0,153
Unikanie	0,243*
Wynik ogólny IES	0,216*

* p < 0,05; ** p < 0,01

Otrzymano istotne statystycznie dodatnie korelacje pomiędzy nasileniem depresji a wszystkimi zmiennymi dotyczącymi nasilenia objawów PTSD z wyjątkiem nasilenia intruzji.

Przeprowadzono również analizę regresji, w której jako predyktory analizowano doświadczenie co najmniej jednego zdarzenia o charakterze traumy wojennej oraz nasilenie depresji. Zmienną wyjaśnianą był ogólny wynik w kwestionariuszu IES. Tabela 5 przedstawia otrzymane współczynniki regresji.

Otrzymano istotne statystycznie zależności pomiędzy nasileniem depresji i doświadczeniem co najmniej jednej traumy wojennej a wynikiem ogólnym w kwestionariuszu IES. Doświadczenie co najmniej jednej traumy wojennej wyjaśniało 5,3% wariacji nasilenia objawów PTSD, nasilenie depresji natomiast – 11,1% wariacji.

Tabela 5. Wartości współczynników regresji

Predyktory	B	Beta	T	p
Co najmniej jedna trauma wojenna	11,81	0,21	2,51*	0,013
Depresja	0,50	0,33	3,98***	0,001

B – niestandardyzowany współczynnik regresji; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; t – statystyka testu istotności statystycznej; p – istotność statystyczna; * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Dyskusja

Z przedstawionych powyżej danych na uwagę zasługują: (1) wysoki wskaźnik rozpowszechnienia potencjalnej diagnozy PTSD, (2) stwierdzenie istotnej statystycznie różnicy pomiędzy nasileniem objawów PTSD w grupie osób, które nie wskazały żadnego doświadczenia o charakterze traumy wojennej, i w grupie osób, które wskazały co najmniej jedno takie zdarzenie, (3) wysokie wskaźniki nasilenia depresji. Przy pomiarze PDS wskaźnik potencjalnej diagnozy PTSD w badanej grupie wyniósł 32,%. Według Skali IES i przyjęciu punktu odcięcia 35 u 34,4% osób można mówić o nasilonych objawach PTSD. Wysokie wskaźniki potencjalnej diagnozy PTSD uzyskano także w innych polskich badaniach dotyczących osób, które przeżyły II wojnę światową [15, 16]. Podobne dane przedstawiła E. Jackowska [23]. Opisując przeprowadzone przez siebie badanie sybiraków, autorka ta twierdzi, że u ok. 30% badanych osób można mówić o prawdopodobnym chronicznym zespole stresu pourazowego. Także J. Heitzman i K. Rutkowski [24], prezentując wyniki badania aktualnego stanu psychicznego osób prześladowanych z przyczyn politycznych w Polsce w latach 1944–1955, podają, że zespół stresu pourazowego został rozpoznany u 71% badanych. Również w pierwszych polskich badaniach byłych więźniów Oświęcimia prowadzonych w latach 1959–1961 pod kierunkiem A. Kępińskiego w Krakowie stwierdzono wysokie rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych. Między innymi A. Szymusik [5] podaje, że spośród 100 badanych osób u 36 nie stwierdzono odchyień od normy psychicznej. Do najczęściej występujących zespołów chorobowych należały: astenia postępująca (u 24 osób), nerwica neurasteniczna (u 10 osób), encefalopatia (u 8 osób). Rozpoznanie te prawdopodobnie obecnie mogłyby zostać uznane za PTSD.

Uzyskiwane w polskich badaniach wskaźniki rozpowszechnienia PTSD są znacząco wyższe w porównaniu z danymi, jakie uzyskano w podobnych badaniach prowadzonych od około 15 lat dotyczących osób, które przeżyły II wojnę światową w innych krajach Europy. W większości tych badań (np. [9, 10, 13]) wskaźniki rozpowszechnienia PTSD nie przekraczają 5%. W badaniu reprezentatywnej próby ogólnoniemieckiej osób starszych, które przeżyły II wojnę światową, wskaźnik aktualnego PTSD wyniósł 4% [9]. W podobnym badaniu holenderskim analogiczny wskaźnik wyniósł 4,6% [10].

Także wyniki pomiaru depresji za pomocą BDI wydają się wysokie. 30,2% osób w badanej grupie uzyskało wynik wskazujący na depresję „umiarkowaną do ciężkiej”, zaś 6,3% „depresję ciężką” [25].

Odpowiedź na pytanie o przyczyny tak wysokiego wskaźnika rozpowszechnienia PTSD w badaniach prowadzonych w Polsce stanowi istotne wyzwanie. Nasilenie stresorów związanych z II wojną światową było znacznie wyższe w Polsce niż w krajach zachodnich, nie można jednak w świetle dostępnych danych empirycznych uznać, że fakt ten stanowi podstawowy czynnik odpowiedzialny za różnice między wynikami badań w Polsce i w innych krajach. W prezentowanym wcześniej badaniu przeprowadzonym w Holandii [10] 4% wskaźnik PTSD stwierdzono wśród cywilnych ofiar wojny i członków ruchu oporu. W badaniu tym, jak już wspomniano, uczestniczyli także weterani wojenni, w tym osoby więzione w japońskich obozach koncentracyjnych. W tej grupie wskaźnik PTSD wyniósł 13%. Warto także zwrócić uwagę na badanie Favaro i wsp. [26], których badanie dotyczyło m.in. pomiaru zarówno bieżącego, jak „życiowego” PTSD wśród włoskich działaczy podziemia deportowanych do hitlerowskich obozów koncentracyjnych. W badaniu wzięło udział 51 byłych więźniów oraz 47 członków ruchu oporu, którzy relacjonowali traumatyczne zdarzenia związane z walką. Wskaźniki aktualnego PTSD wyniosły 25,5% wśród deportowanych więźniów obozów oraz 4,3% wśród byłych partyzantów. Obydwa przedstawione w tym badaniu wskaźniki rozpowszechnienia PTSD dotyczące osób, które doświadczyły bardzo poważnej traumatyzacji (zwłaszcza byli więźniowie obozów koncentracyjnych), są niższe od analogicznych wskaźników uzyskanych w prezentowanym tu badaniu, w którym większość osób badanych stanowili ocalali cywile.

Próbując wyjaśnić wysoki poziom PTSD w przedstawionych badaniach, oprócz nasilenia stresorów związanych z wojną w Polsce można, jak się wydaje, wskazać także na inne czynniki:

(1) Zakłócenie mechanizmu pamięci społecznej. W okresie PRL pewne narracje były blokowane lub/i zniekształcane. Na przykład przez długi czas mówienie o bliskich, którzy zginęli w Katyniu lub walczyli w AK, było związane z zagrożeniem. Ludzie, którzy często bohatercko walczyli podczas wojny, później byli szykanowani lub piętnowani („AK – zapluty karzeł reakcji”);

(2) Unikanie zajmowania się traumą II wojny światowej. W dyskursie publicznym dominuje narracja, która obejmuje tylko nieliczne grupy osób dotkniętych traumą wojenną (więźniowie obozów koncentracyjnych, żołnierze wracający z misji w Iraku i Afganistanie). To zjawisko często także dotyczy narracji na poziomie rodzin;

(3) Brak edukacji społecznej. Obecnie w teoriach i terapii PTSD przywiązuje się dużą wagę do rozumienia własnych problemów związanych z traumą i do psychoedukacji. Pomocna w tym jest współczesna wiedza z zakresu psychotraumatologii. Ta wiedza w Polsce jest niedostatecznie znana i wykorzystywana.

Warto także zwrócić uwagę, że przeważająca większość teoretycznych konceptualizacji do niedawna wiązała się z analizowaniem wewnątrzpsychicznych, jednostkowych uwarunkowań rozwoju i utrzymywania się PTSD. Prace takich autorów jak m.in. Brewin [27], Ehlers i Clark [28], Foa i Kozak [29] w zasadniczy sposób zwiększyły rozumienie tego zaburzenia. Od niedawna jednak, m.in. po opublikowaniu wyników metaanaliz dotyczących czynników ryzyka chronicznego PTSD [30, 31], wielu autorów zwraca uwagę na niedoceniane dotąd środowiskowe i interpersonalne procesy. Zdaniem Maerckera i Horn [32] można zasadnie oczekiwać, że „ofiary traumy, 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. 9-10). Za pomocą przedstawionego wcześniej narzędzia pomiaru „społecznego uznania osoby jako ofiary traumy” (Social Acknowledgement Questionnaire – SAQ) [33] w wielu przeprowadzonych dotąd badaniach (np. [34 35]) wykazano, że wyższy poziom społecznego uznania wiąże się z mniejszym nasileniem objawów PTSD, jest również czynnikiem ułatwiającym potraumatyczną adaptację. Generalny brak społecznego uznania może być natomiast predyktorem symptomatologii PTSD.

Piśmiennictwo

1. Herman K, Thygesen P. *KZ – Syndromet*. Ugeskrift for loeger 1954; 116: 825–836.
2. Bastiaans J. *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*. Amsterdam: Noordhollandse Uitgeversmaatschappij; 1957.
3. Eitinger L. *Pathology of the concentration camp syndrome. Preliminary report*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 5(4): 371–379.
4. Kępiński A. *Tzw. „KZ-syndrom”: próba syntezy*. Przegl. Lek. 1970; 26(1): 18–23.
5. Szymusik A. *Astenia poobozowa u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*. Przegl. Lek. 1964; 1: 23–29.
6. Orwid M. *Socjo psychiatryczne następstwa pobytu w obozie koncentracyjnym Oświęcim–Brzezinka*. Przegl. Lek. 1964; 1: 17–23.
7. Szymusik A. *Badanie byłych więźniów obozów koncentracyjnych w Krakowskiej Klinice Psychiatrycznej w latach 1959–1990*. Przegl. Lek. 1991; 1: 22–28.
8. Kuwert P, Spitzer C, Träder A, Freyberger HJ, Ermann M. *Sixty years later: Post-traumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II*. Int. Psychogeriatr. 2007; 19: 955–961.
9. Glaesmer H, Gunzelmann T, Braehler E, Forstmeister S, Maercker A. *Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly Germans: Results of a representative population-based survey*. Int. Psychogeriatr. 2010; 22(4): 661–670.
10. Bramsen I, van der Ploeg HM. *Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors*. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 100: 330–358.
11. Hautamäki A, Coleman PG. *Explanation for low prevalence of PTSD among older Finnish war veterans: Social solidarity and continued significance given to wartime sufferings*. Aging Ment. Health 2001; 5(2): 165–174.
12. Major EF. *Health effects of war stress on Norwegian World War II resistance groups: a comparative study*. J. Trauma. Stress 2003; 16(6): 595–599.
13. Glück TM, Tran US, Lueger-Schuster B. *PTSD and trauma in Austria's elderly: influence of wartime experiences, postwar zone of occupation, and life time traumatization on today's mental health status – an interdisciplinary approach*. Eur. J. Psychotraumatol. 2012; 3: 10.

14. Lis-Turlejska M, Szumiał Sz, Okuniewska H. *Aktualny poziom objawów stresu potraumatycznego w próbie osób, które w dzieciństwie przeżyły II wojnę światową*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(2): 145–156.
15. Lis-Turlejska M, Luszczynska A, Plichta A, Benight C. *Jewish and non-Jewish World War II child and adolescent survivors at 60 years after war: effects of parental loss and age at exposure on well-being*. Am. J. Orthopsychiatry 2008; 78(3): 369–377.
16. Foa EB, Cashman LH, Jaycox LH, Perry K. *The validation of a self-report measure of PTSD: The PTSD Diagnostic Scale (PDS)*. Psychol. Assess. 1997; 9: 445–451.
17. Dragan M, Lis-Turlejska M, Popiel A, Szumiał S, Dragan W. *The validation of the Polish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale and its factor structure*. Eur. J. Psychotraumatol. 2012; 3.
18. Horowitz MJ, Wilner NR, Alvarez W. *Impact of event scale: A measure of subjective distress*. Psychosom. Med. 1979; 41: 208–218.
19. Lis-Turlejska M. *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 2005.
20. Joseph S. *Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review*. J. Trauma. Stress 2002; 1: 101–113.
21. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
22. Neal LA, Busuttill W, Rollins J, Herepath R, Strike P, Turnbull G. *Convergent validity of measures of post-traumatic stress disorder in a mixed military and civilian population*. J. Trauma. Stress 1994; 7: 447–455.
23. Jackowska E. *Psychiczne następstwa deportacji w głąb ZSRR w ocenie Sybiraków* Psychiatr. Pol. 2005; 1: 89–102.
24. Heitzman J, Rutkowski K. *Zaburzenia psychiczne u byłych więźniów politycznych przesładowanych w Polsce w latach 1944-1956*. <http://p-ntzp.com/dok/11Heitzman-p.pdf> [dostęp: 10.01.2015].
25. Beck AT, Steer RA, Garbin MGJ. *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory twenty-five years of evaluation*. Clin. Psych. Rev. 1988; 8: 77–100.
26. Favaro A, Rodella FC, Colombo G, Santonastaso P. *Post-traumatic stress disorder and major depression among Italian Nazi concentration camp survivors: a controlled study 50 years later*. Psychol. Med. 1999; 1: 87–95.
27. Brewin K. *Remembering and forgetting*. W: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA. Red. *Handbook of PTSD: science and practice*. New York, London: The Guilford Press; 2000.
28. Ehlers A, Clark DM. *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. Behav. Res. Ther. 2000; 38: 319–345.
29. Foa EB, Kozak MJ. *Emotional processing of fear: Exposure to corrective information*. Psychol. Bull. 1986; 99: 20–35.
30. Brewin C, Andrews B, Valentine J. *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-Exposed adults*. J. Consult. Clin. Psychol. 2000; 68(5): 748–766.
31. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis*; Psychol. Bull. 2003 Jan;129(1): 52-73.
32. Maercker A, Horn AB. *A socio-interpersonal perspective on PTSD: the case for environments and interpersonal processes*. Clin. Psychol. Psychother. 2013; 20(6): 465–481.
33. Maercker A, Mueller J. *Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure a recovery factor of PTSD*. J. Trauma. Stress 2004; 17: 345–351.

-
34. Maercker A, Povilonyte M, Lianova R, Pohlmann K. *Is acknowledgment of trauma a protective factor? The sample case of refugees from Chechnya*. Eur. Psychol. 2009; 14: 249–254.
 35. Mueller 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.

Adres: Maja Lis-Turlejska
Uniwersytet SWPS, Wydział Psychologii
03-815 Warszawa, ul. Chodakowska 19/31

Otrzymano: 21.08.2015
Zrecenzowano: 6.10.2015
Przyjęto do druku: 13.10.2015