

Polska adaptacja Kwestionariusza Ujawnienia Traumy (DTQ)

The Polish adaptation of the Disclosure of Trauma Questionnaire (DTQ)

Marcin Rzeszutek¹, Maja Lis-Turlejska², Małgorzata Pięta¹,
Szymon Szumiał², Małgorzata Kabas², Izabela Kaźmierczak³,
Iwona Drapała⁴

¹Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii

²SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Instytut Psychologii

³Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Instytut Psychologii

⁴Prywatna praktyka psychologiczna w Opolu

Summary

Aim. Trauma disclosure is one of the key concepts of the social-interpersonal model of posttraumatic stress disorder (PTSD). This study aimed to present the Polish adaptation of the Disclosure of Trauma Questionnaire (DTQ).

Method. The study was conducted among 120 participants (51 females and 69 males) aged 18–58 years ($M = 34.52$; $SD = 9.95$). The reliability of the DTQ was measured using Cronbach's alpha coefficients and intraclass correlation coefficients. The validity of the DTQ compared to the scores acquired with the PTSD Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5), the Impact of Event Scale (IES), the Social Acknowledgment Questionnaire (SAQ), and the Beck Depression Inventory (BDI) was confirmed through confirmatory factor analysis and correlation analysis.

Results. The Cronbach's alpha coefficient was 0.87 for reluctance to talk subscale, 0.74 for urge to talk subscale, 0.85 for emotional reactions subscale, and 0.85 for the total DTQ questionnaire score. The intraclass correlation coefficients were high: 0.83 for reluctance to talk, 0.71 for urge to talk, 0.77 for emotional reactions, and 0.76 for the total DTQ questionnaire score. The factorial structure of the DTQ was confirmed through confirmatory factor analysis. The DTQ subscale scores correlated positively with the severity of PTSD symptoms and depressive symptoms, as well as the lack of social acknowledgement, as expected.

Conclusions. The observed empirical results confirmed the satisfactory psychometric properties of the DTQ. This inventory may be useful for a broader understanding of how trauma disclosure is related to the social context of dealing with traumatic events.

Słowa kluczowe: zdarzenia traumatyczne, ujawnienie traumy

Key words: traumatic events, trauma disclosure

Wstęp

Mimo istnienia ogromnej liczby badań dotyczących czynników ryzyka dla zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) [zob.: metaanalizy i przeglądy badań, np. 1-3] dotychczasowe analizy koncentrowały się przede wszystkim na zewnętrznych czynnikach związanych z wydarzeniami traumatycznymi i/lub na wewnątrzosobowych charakterystykach ofiar traumy, takich jak wybrane cechy osobowości, około- i potraumatyczne negatywne reakcje poznawcze lub dysfunkcyjne style radzenia sobie. Istotnie mniej zbadane pozostają społeczne i interpersonalne czynniki zaangażowane w proces powrotu do zdrowia po traumie [4]. Zgodnie z niedawno pojawiającymi się danymi empirycznymi związanymi z tą problematyką Maercker i Horn [5] przedstawili społeczno-interpersonalny model PTSD, który charakteryzują dwa centralne konstrukty teoretyczne: społeczne uznanie jako ofiary lub osoby ocalałej (*social acknowledgment of a person as a trauma victim or survivor*) oraz ujawnienie się (*self-disclosure*). W odniesieniu do pierwszego terminu Maercker i Müller [4] zdefiniowali społeczne uznanie jako „doświadczenie przez ofiarę pozytywnej odpowiedzi otoczenia społecznego, która pokazuje zrozumienie dla jej wyjątkowego stanu i uznaje jej trudną bieżącą sytuację” [s. 345]. Niemniej ofiary mogą doświadczać także negatywnych reakcji społecznych, takich jak ignorowanie, odrzucenie czy obwinianie. Biorąc pod uwagę wymienione spostrzeżenia, wspomniani wyżej autorzy skonstruowali kwestionariusz służący do oceny społecznych reakcji wobec osób, które przeżyły wydarzenia traumatyczne. Kwestionariusz Społecznego Uznania jako Ofiary lub Osoby Ocalałej (Social Acknowledgment as a Victim or Survivor Questionnaire; SAQ) odnosi się zarówno do pozytywnych (np. uznanie), jak i negatywnych aspektów (np. odrzucenie, dezaprobata) reakcji partnera/partnerki, rodziny, przyjaciół oraz szerszego środowiska społecznego. Badania potwierdziły, że społeczne uznanie jest negatywnie związane z objawami PTSD wśród osób po doświadczeniu traumy [np. 5-8]. Przegląd badań przeprowadzony przez Maerckera i Horn [5] wykazał, że poziom społecznego uznania (od negatywnego do pozytywnego) był istotnym predyktorem lepszego stanu zdrowia i dobrostanu wśród różnych populacji osób po traumie. Ujawnienie się jest drugim kluczowym pojęciem w opisywanym modelu. Odnosi się ono do stopnia, w jakim osoby po traumie dzielą się swoimi traumatycznymi doświadczeniami z innymi ludźmi [5].

Pennebaker i wsp. [9] zaobserwowali, że ujawnienie i wyrażanie myśli, uczuć oraz zachowań związanych z traumatycznym wydarzeniem (np. poprzez pisanie lub rozmowę) może mieć pozytywny wpływ na odporność organizmu i dobrostan ofiar traumy. Rezultaty wielu kolejnych badań, zarówno eksperymentalnych, jak i terenowych, pokazały, że „ujawnienie się” jest zasadniczym czynnikiem związanym z powrotem do zdrowia [10]. W ostatnim czasie niektórzy autorzy stwierdzili, że ujawnienie traumatycznych wydarzeń może prowadzić nawet do składających się na fenomen potraumatycznego wzrostu pozytywnych zmian pojawiających się po traumie [11]. Ponadto istnieją badania, które wskazują na możliwość rozróżniania przynoszących

korzyści i dysfunkcyjnych wzorców ujawnienia. Dysfunkcyjne ujawnienie ma miejsce, gdy ofiara napotyka negatywne reakcje innych lub gdy jej rozmówca przesadnie reaguje na ujawnienie [12]. W oparciu o dane empiryczne Maercker i Horn [5] opisali brak występowania negatywnego ujawnienia jako ważny predyktor przeżyci psychicznej (*resilience*).

W celu oceny wzorców ujawnienia wśród osób po traumie Mueller, Beauducel i Raschka stworzyli Kwestionariusz Ujawnienia Traumatyzacji (Disclosure of Trauma Questionnaire; DTQ) [13]. Autorzy rozpoczęli pracę nad narzędziem od dogłębnego przeglądu badań nad wzorcami komunikacji po doświadczeniach traumatycznych [14]. W efekcie otrzymano cztery wzorce: nastawienie wobec ujawniania, emocjonalny styl ujawniania (niezdecydowany, łzawy), poznawcze charakterystyki ujawniania (klarowność opisu wydarzenia, intruzje) i reakcje jednostki podczas ujawniania (poruszenie, strach). Początkowo na całą skalę składało się 65 pozycji kwestionariuszowych. Mueller i wsp. [13] zrewidowali swoją skalę, porównując jej wyniki z wynikami narzędzi mierzących symptomy PTSD (Impact of Events Scale – Revised; IES-R) i wsparcie społeczne (Perceived Social Support Questionnaire; F-SozU) otrzymanymi w grupie byłych więźniów politycznych w Niemczech Wschodnich (NRD). Analiza głównych składowych pozwoliła na zmniejszenie liczby czynników do trzech, pozostawiając 34 pozycje kwestionariuszowe. Otrzymane finalnie podskale to: niechęć do rozmowy (*reluctance to talk*; 13 pozycji), która odnosi się do niechęci mówienia innym o traumie (np. „Jest mi trudno rozmawiać z ludźmi o tym zdarzeniu”); potrzeba rozmowy (*urge to talk*; 11 pozycji), oceniająca potrzebę dzielenia się traumatycznymi wydarzeniami (np. „Czuję, jakbym musiał/a dużo mówić o tym zdarzeniu”) oraz emocjonalne reakcje (*emotional reactions*; 10 pozycji), mierząca reakcje emocjonalne występujące podczas ujawnienia traumy (np. „Po tym jak opowiadam o tym zdarzeniu, zawsze czuję się wyczerpany/-a”). Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi na skali Likerta o rozpiętości od 0 (w ogóle) do 5 (całkowicie). Psychometryczne właściwości oryginalnej wersji DTQ oceniono jako zadowalające [13], wartość współczynnika alfa Cronbacha dla kolejnych podskal wynosiła – potrzeba rozmowy: $\alpha = 0,88$; niechęć do rozmowy: $\alpha = 0,82$; reakcje emocjonalne: $\alpha = 0,87$. Otrzymano bardzo dobrą stabilność bezwzględną testu po upływie od jednego do trzech miesięcy – potrzeba rozmowy: $rtt = 0,76$; niechęć do rozmowy: $rtt = 0,89$; reakcje emocjonalne: $rtt = 0,77$. W rezultacie prac autorzy otrzymali ostateczną wersję inwentarza, który wraz ze wspomnianym wcześniej SAQ jest używany jako uzupełniające narzędzie do oceny społeczno-interpersonalnego modelu PTSD Maerckera i Horn [5]. Dodatkowo dodatnie korelacje między subskalami DTQ i objawami PTSD wskazują, że DTQ może być używany jako jedno z narzędzi związanych z diagnozowaniem i terapią PTSD.

Cel badania

Celem badania jest prezentacja polskiej wersji narzędzia DTQ oraz ocena jego rzetelności, stabilności pomiaru, struktury czynnikowej i trafności. Rzetelność pomiaru została zmierzona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha. Stabilność pomiaru oceniono przy użyciu współczynników korelacji wewnątrzklasowej zastosowanych

do dwóch następujących po sobie pomiarów. Struktura czynnikowa została sprawdzona za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej opartej na metodzie największej wiarygodności. Trafność została oceniona dzięki analizie współczynników korelacji między wynikami DTQ i natężeniem symptomów PTSD, objawów depresji i poziomem społecznego uznania.

Metoda

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 120 osób, wchodzących w skład dwóch grup uczestników: 70 studentów uczelni wyższych i 50 osób w procesie psychoterapii, u których zdiagnozowano zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju lub zaburzenia osobowości. W badaniu uczestniczyło 51 kobiet i 69 mężczyzn, w przedziale wiekowym 18–58 lat ($M = 34,52$; $SD = 9,95$). Po udzieleniu świadomej zgody na udział w badaniu uczestnicy wypełnili papierową wersję kwestionariuszy. Rzetelność DTQ została zmierzona metodą test–retest. Drugi pomiar przeprowadzono po upływie dwóch tygodni od pierwszego badania. Trafność została zmierzona za pomocą analizy korelacji między DTQ i polskimi wersjami następujących narzędzi: PTSD Scale-Self Report for DSM-5 (PDS-5), Impact of Event Scale (IES), Beck Depression Inventory (BDI) oraz Social Acknowledgment Questionnaire (SAQ). Analiza rzetelności została przeprowadzona wyłącznie na grupie studentów, podczas gdy trafność została sprawdzona na całej próbie uczestników, tj. $n = 120$. Badanie otrzymało pozytywną opinię Komisji Rektorskiej do Spraw Etyki Badań Naukowych z udziałem Człowieka przy Instytucie Psychologii SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego w Warszawie.

W grupie studentów badani nie mieli żadnej relacji z kierownikiem projektu z innego ośrodka akademickiego, który zaprosił ich do badania za pomocą osobistego listu. List ten znajdował się w kopercie wraz z formularzem poinformowanej zgody oraz zestawem kwestionariuszy. Każdy z zainteresowanych badaniem po zakończeniu zajęć dydaktycznych mógł wziąć kopertę z materiałami badawczymi i zapoznać się z nimi. Na tej podstawie studenci ostatecznie podejmowali decyzję, czy chcą wziąć udział w badaniu czy też zwrócić kopertę. W przypadku chęci przystąpienia do badania zaklejali kopertę z wypełnionymi kwestionariuszami. W obu przypadkach koperty były składane w tym samym miejscu, z którego je brali.

Narzędzia

1. Skala Samooceny PTSD według kryteriów DSM–5 (PTSD Diagnostic Scale for DSM–5; PDS–5)

PDS–5 jest samoopisowym narzędziem składającym się z 20 pozycji, w których odpowiedzi udzielane są na skali Likerta. PDS–5 służy do pomiaru PTSD zgodnie z kryteriami DSM–5 [15]. Każda z pozycji odnosi się do konkretnego objawu PTSD w DSM–5. W badaniu zastosowano polską adaptację narzędzia autorstwa Zawadzkiego i wsp. [16].

2. Skala Wpływu Zdarzenia (Impact of Event Scale; IES)
IES jest popularnym narzędziem do pomiaru dwóch grup objawów PTSD: intruzji i unikania. IES składa się z 15 pozycji odnoszących się do symptomów należących do obu kategorii [17]. Uczestnicy udzielają odpowiedzi na 4-stopniowej skali Likerta. Zastosowano wersję adaptowaną do warunków polskich przez Lis-Turlejską i Łuszczynską [18].
3. Skala Depresji Becka (Beck's Depression Inventory; BDI)
BDI jest powszechnie znanym samoopisowym inwentarzem składającym się z 21 pozycji. Skala wykorzystywana jest do oceny występowania i nasilenia depresji. Narzędzie odnosi się zarówno do poznawczych, jak i somatycznych aspektów depresji. Natężenie każdego z objawów oceniane jest na skali od 0 do 3 [19]. W badaniu użyto polskiego tłumaczenia autorstwa Lewickiej i Czapińskiego [20].
4. Kwestionariusz Społecznego Uznania (Social Acknowledgment Questionnaire; SAQ)
SAQ [4] jest narzędziem samoopisowym składającym się z 16 pozycji. SAQ służy do oceny postrzeganego przez jednostkę stopnia, w jakim otoczenie społeczne uznaje jej doświadczenie trauma. Na SAQ składają się trzy podskale: ogólna dezaprobata (odnosi się do ogółu społeczeństwa); uznanie jako ofiary (odnosi się do znajomych, przyjaciół oraz ważnych osób z lokalnej społeczności) oraz dezaprobata ze strony rodziny. Zastosowano polską adaptację narzędzia autorstwa Drapały i Lis-Turlejskiej [21].

Tłumaczenie DTQ

Powstało pięć wersji tłumaczenia angielskiej wersji DTQ na język polski – każda z nich została przygotowana przez profesjonalistów z doświadczeniem w psychoterapii. Dwie spośród współautorek badania (MLT i MK) po omówieniu każdej pozycji kwestionariusza przygotowały ostateczną wersję narzędzia. Osoba posługująca się angielskim jako językiem ojczystym oraz posiadająca doświadczenie w zakresie psychoterapii przetłumaczyła narzędzie z powrotem na język oryginalny (*back-translation*). Tłumaczenie zostało przesłane do Andreea Maerckera, jednego z autorów DTQ, który zaakceptował je, sugerując jedynie drobne korekty.

Wyniki

Statystyki opisowe

Pomiary test–retest przeprowadzono na grupie 70 studentów wydziałów psychologii i edukacji w jednej ze szkół wyższych w Warszawie. Odstęp między pomiarami wynosił dwa tygodnie, przy czym w drugim badaniu wzięło udział 36 respondentów. Druga grupa badanych składała się z 50 pacjentów z trzech prywatnych i jednego środowiskowego ośrodka psychoterapii. Trzy z nich mieszczą się w Warszawie i jeden w Opolu. Pacjenci wypełnili kwestionariusze w ośrodkach psychoterapii lub we własnych domach.

Tabela 1 przedstawia rozkład częstości wydarzeń traumatycznych doświadczonych przez uczestników badania oraz wydarzeń traumatycznych, które obecnie najsilniej oddziałują na stan badanych.

Tabela 1. Częstość wydarzeń traumatycznych doświadczonych przez uczestników badania

	Ekspozycja w ciągu życia		Będące aktualnie źródłem trudności	
	n	%	n	%
Wydarzenia traumatyczne				
Poważna, zagrażająca życiu choroba	40	33,3	14	11,7
Atak fizyczny	11	9,2	4	3,3
Napaść seksualna	11	9,2	7	5,8
Walka na froncie lub życie w strefie wojennej	1	0,8	17	14,2
Nadużycie w dzieciństwie	30	25,0	6	5,0
Wypadek	22	18,3	2	1,7
Katastrofa naturalna	4	3,3	53	44,2
Inna trauma	70	58,3	17	14,2

n – liczba uczestników; % – procent grupy.

Większość uczestników doświadczyła „innej traumy” spoza listy zawartej w kwestionariuszu. Również w większości uczestnicy zdecydowali się na bardziej szczegółowe wyjaśnienie indywidualnych cech traumatycznych doświadczeń interpersonalnych przy użyciu otwartego pytania w kwestionariuszu. Katastrofa naturalna była wskazywana jako wydarzenie traumatyczne obecnie najsilniej oddziałujące na stan uczestników.

Tabela 2 przedstawia statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych interwałowych, tj. wartości średnich, odchyłeń standardowych, wartości minimum i maksimum oraz miar skośności i kurtozy.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych interwałowych

Kwestionariusz	Zmienne	M	SD	min.	maks.	S	K
DTQ	Niechęć do rozmowy	37,43	12,44	17	70	0,66	-0,05
	Potrzeba rozmowy	28,73	8,78	11	57	0,76	1,02
	Reakcje emocjonalne	34,16	10,20	13	58	0,12	-0,55
	Wynik całkowity DTQ	100,33	22,05	51	146	0,21	-0,22
PDS-5	Liczba wydarzeń traumatycznych	1,69	1,05	1	9	3,35	19,29
	Kryterium B	5,43	3,99	0	16	0,66	-0,22
	Kryterium C	2,44	2,01	0	8	0,63	-0,19
	Kryterium D	9,90	6,51	0	26	0,38	-0,63
	Kryterium E	7,97	5,03	0	20	0,24	-0,75

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

	Wynik całkowity	25,63	15,55	0	68	0,42	-0,46
IES	Intruzje	15,04	11,04	0	33	0,14	-0,22
	Unikanie	15,75	9,36	0	34	0,03	-0,84
	Wynik całkowity IES	30,78	18,02	0	65	-0,06	-0,85
SAQ	Ogólna dezaprobata	3,62	3,70	0	15	0,86	0,44
	Uznanie	3,11	2,89	0	12	0,95	0,43
	Dezaprobata rodziny	5,83	2,96	1	16	0,39	0,12
	Całkowity wynik SAQ	23,62	6,06	2	33	-0,43	0,71
BDI	Depresja	15,12	12,55	0	53	0,83	-0,01

M – wartość średniej; *SD* – odchylenie standardowe; *min* – wartość minimalna; *maks.* – wartość maksymalna; *S* – skośność; *K* – kurtoza.

Skośność i kurtoza z wyjątkiem liczby traumatycznych wydarzeń nie przekraczały wartości od -1 do 1, co pozwala wnioskować, że rozkład analizowanych zmiennych nie różnił się istotnie od rozkładu normalnego.

Rzetelność

Wartości współczynników alfy Cronbacha były równe: 0,87 dla skali niechęć do rozmowy, 0,74 dla skali potrzeba rozmowy, 0,85 dla skali reakcje emocjonalne i 0,85 dla wyniku całkowitego DTQ.

Stabilność pomiaru sprawdzono dzięki przeprowadzeniu dwóch następujących po sobie w odstępie dwóch tygodni pomiarów, w których uczestniczyło 36 badanych, 20 kobiet i 16 mężczyzn, w wieku 28–58 lat ($M = 44,05$; $SD = 6,54$).

Wartości współczynników korelacji wewnątrzklasowej były wysokie i wynosiły 0,83 dla niechęci do rozmowy, 0,71 dla potrzeby rozmowy, 0,77 dla reakcji emocjonalnych i 0,76 dla całkowitego wyniku DTQ.

Trafność

Struktura czynnikowa polskiej wersji DTQ sprawdzona przy użyciu confirmacyjnej analizy czynnikowej opartej na metodzie największej wiarygodności. Dopasowanie do modelu okazało się zadowalające. Wartości wskaźników dopasowania były następujące: CFI = 0,95; RMSEA = 0,06; NFI = 0,93. Tabela 3 przedstawia otrzymane ładunki czynnikowe dla wszystkich pozycji DTQ.

Tabela 3. Ładunki czynnikowe dla DTQ na podstawie confirmacyjnej analizy czynnikowej

Nr pozycji		Skala DTQ	Ładunki czynnikowe
nr 1	<—	Niechęć do rozmowy	0,41
nr 9	<—	Niechęć do rozmowy	0,51
nr 12	<—	Niechęć do rozmowy	0,44

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

nr 16	←	Niechęć do rozmowy	0,55
nr 17	←	Niechęć do rozmowy	0,84
nr 18	←	Niechęć do rozmowy	0,81
nr 20	←	Niechęć do rozmowy	0,57
nr 23	←	Niechęć do rozmowy	0,74
nr 24	←	Niechęć do rozmowy	0,59
nr 29	←	Niechęć do rozmowy	0,70
nr 33	←	Niechęć do rozmowy	0,61
nr 34	←	Niechęć do rozmowy	0,58
nr 2	←	Potrzeba rozmowy	0,76
nr 3	←	Potrzeba rozmowy	0,60
nr 4	←	Potrzeba rozmowy	0,46
nr 5	←	Potrzeba rozmowy	0,48
nr 11	←	Potrzeba rozmowy	0,66
nr 19	←	Potrzeba rozmowy	0,67
nr 22	←	Potrzeba rozmowy	0,43
nr 25	←	Potrzeba rozmowy	0,46
nr 27	←	Potrzeba rozmowy	0,62
nr 28	←	Potrzeba rozmowy	0,54
nr 6	←	Reakcje emocjonalne	0,56
nr 7	←	Reakcje emocjonalne	0,45
nr 13	←	Reakcje emocjonalne	0,79
nr 14	←	Reakcje emocjonalne	0,45
nr 15	←	Reakcje emocjonalne	0,84
nr 21	←	Reakcje emocjonalne	0,82
nr 30	←	Reakcje emocjonalne	0,69
nr 31	←	Reakcje emocjonalne	0,72
nr 32	←	Reakcje emocjonalne	0,71

Wszystkie ładunki czynnikowe przekraczały zalecaną wartość 0,40. Wyniki na skali niechęć do rozmowy były ujemnie związane z wynikami na skali potrzeba rozmowy: $r = -0,30$; $p < 0,01$. Wyniki na skali reakcje emocjonalne były pozytywnie związane z wynikami na skali potrzeba rozmowy: $r = 0,35$, $p < 0,01$, i wynikami na skali potrzeba rozmowy: $r = 0,25$, $p < 0,05$.

Tabela 4 przedstawia współczynniki korelacji Pearsona między skalami DTQ i nasileniem symptomów PTSD, społecznym uznaniem i natężeniem symptomów depresji.

Tabela 4. Współczynniki korelacji Pearsona między wynikami DTQ i nasileniem symptomów PTSD, społecznym uznaniem i nasileniem symptomów depresji

Narzędzie	Zmienne	DTQ			
		Niechęć do rozmowy	Potrzeba rozmowy	Reakcje emocjonalne	Wynik całkowity
PDS-5	Kryterium B	0,304**	0,357**	0,589**	0,582**
	Kryterium C	0,323**	0,252**	0,587**	0,553**
	Kryterium D	0,403**	0,228**	0,543**	0,569**
	Kryterium E	0,371**	0,192*	0,501**	0,517**
	Wynik całkowity	0,409**	0,271**	0,616**	0,623**
IES	Intruzje	0,257*	0,392**	0,589**	0,571**
	Unikanie	0,302*	0,179	0,387**	0,417**
	Wynik całkowity IES	0,314*	0,333**	0,562**	0,566**
SAQ	Ogólna dezaprobata	0,227**	0,298**	0,455**	0,455**
	Uznanie	-0,108	0,153	0,061	0,025
	Dezaprobata ze strony rodziny	0,213*	0,330**	0,428**	0,448**
	Wynik całkowity SAQ	-0,225*	-0,354**	-0,479**	-0,487**
BDI	Depresja	0,413**	0,243**	0,498**	0,561**

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

Wyniki na wszystkich skalach DTQ wykazywały dodatnie korelacje z natężeniem większości symptomów PTSD z wyjątkiem unikania. Wyniki na wszystkich skalach DTQ wykazywały dodatnie korelacje z natężeniem depresji. Ogólna dezaprobata oraz dezaprobata ze strony rodziny wykazywały pozytywne korelacje ze wszystkimi skalami DTQ. Wynik ogólny SAQ był negatywnie związany ze wszystkimi skalami DTQ. Wyniki na subskali uznania nie wykazywały istotnych korelacji z wynikami na skalach DTQ.

Dyskusja wyników

Struktura czynnikowa adaptowanego do warunków polskich narzędzia DTQ okazała się spójna z wynikami badań przeprowadzonych wśród byłych więźniów politycznych NRD przez Muellera, Beauducela i Raschkę [13]. Liczba stwierdzeń wchodzących w poszczególne podskale nie różniła się znacząco od oryginalnej wersji tego narzędzia: niechęć do rozmowy (odpowiednio 12 vs. 13 pozycji), potrzeba rozmowy (10 vs. 11 pozycji) i reakcje emocjonalne (9 vs. 10 pozycji).

Rzetelność podskal adaptowanego narzędzia była zadowalająca. Współczynniki alfa Cronbacha poszczególnych podskal były bardzo podobne do tych, które uzyskali Mueller i wsp. [13]. Jedynym wyjątkiem była podskala potrzeba rozmowy, w której

współczynnik alfa Cronbacha był niższy w porównaniu z wersją oryginalną DTQ ($\alpha = 0,74$ vs. $\alpha = 0,88$). Dodatkowo, pomimo różnic w czasie pomiędzy pomiarami, w obu badaniach uzyskano niemalże identyczne wartości współczynników korelacji wewnątrzklasowej.

Warto zwrócić uwagę, że oprócz nieistotnego związku między niechęcią do rozmowy a unikaniem wszystkie podskale adaptacji DTQ pozytywnie korelowały z nasileniem większości symptomów PTSD zarówno w IES, jak w PDS-5. Pozostałe korelacje (intensywność objawów depresji i miary uznania społecznego) uzyskane w procesie adaptacji DTQ do warunków polskich również skłaniają do wyciągnięcia wniosku na temat dobrych właściwości psychometrycznych tego narzędzia.

Należy jednak podkreślić kilka ograniczeń tego badania. Pierwsze dotyczy wyboru kwestionariuszy używanych do weryfikacji trafności DTQ. Na przykład BDI był wielokrotnie wykorzystywany w projektach badawczych i został skonstruowany lata temu. W przyszłości interesujące byłoby zbadanie korelacji między DTQ a innymi, nowszymi narzędziami do badania depresji. Po drugie, w pomiarach trafności badaliśmy pacjentów z diagnozami zaburzeń lękowych, zaburzeń nastroju i zaburzeń osobowości. Przyszłe badania na ten temat powinny obejmować również osoby, które spełniają kryteria diagnozy PTSD, zaburzeń adaptacyjnych i innych schorzeń psychicznych związanych z doświadczeniem kryzysowych lub traumatycznych zdarzeń życiowych. W końcu naszym kolejnym etapem prac nad tym narzędziem może być opracowanie norm na reprezentatywnej próbie liczącej co najmniej 1000 osób – etapem istotnym, zwłaszcza jeżeli narzędzie miało być używane w praktyce klinicznej. Na obecnym etapie nie rekomendujemy zatem używania go w diagnostyce indywidualnej.

Wnioski

Mimo wymienionych ograniczeń polska wersja DTQ jest narzędziem o dobrych właściwościach psychometrycznych, które może być pomocne w badaniach naukowych nad traumą i PTSD. W szczególności DTQ może przyczynić się do lepszego rozumienia, jak ujawnianie traumy jest związane ze społecznym kontekstem funkcjonowania ofiar traumy – tematu, któremu wciąż nie poświęcono wystarczającej uwagi w badaniach dotyczących stresu traumatycznego [5].

Piśmiennictwo

1. Ozer E, Best S, Lipsey T, Weiss D. *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis*. Psychol Bull. 2003; 129: 52–73.
2. Orwid M, Szymusik A, Teutsch A. *Cel i metoda badań psychiatrycznych byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu*. [Purpose and method of psychiatric examination of former prisoners of the concentration camp in Oświęcim]. Przegl. Lek. 1964; 20: 9–11.
3. Xue C, Ge Y, Tang B, Liu Y, Kang P, Wang M i in. *A Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD among Military Personnel and Veterans*. PLoS One 2015; 10(3). Doi: 10: e012027.

4. Maercker A, Müller J. *Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD*. J. Traum. Stress 2004; 17: 345–351.
5. Maercker A, Horn A. *A Socio-Interpersonal Perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes*. Clin. Psychol. Psych. 2013; 20: 465–481.
6. Maercker A, Hilpert P, Burri A. *Childhood trauma and resilience in old age: Applying a context model of resilience to a sample of former indentured child laborers*. Aging Ment. Health 2016; 20: 616–626.
7. 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*. Canad. J. Psych. 2009; 54: 547–556.
8. Rzeszutek M, Lis-Turlejska M, Krajewska A, Zawadzka A, Lewandowski M., Szumiał S. *Long-Term Psychological Consequences of World War II Trauma Among Polish Survivors: A Mixed-Methods Study on the Role of Social Acknowledgment*. Front. Psychol. 2020; 11: 210.
9. Pennebaker J, Kiecolt-Glaser J, Glaser R. *Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy*. J. Cons. Clin. Psych. 1988; 56: 239–245.
10. Frisina P, Borod J, Lepore S. *A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations*. J. Nerv. Ment. Dis. 2004; 192: 629–634.
11. Hassija C, Turchik J. *An examination of disclosure, mental health treatment use, and posttraumatic growth among college women who experienced sexual victimization*. J. Loss. Trauma 2016; 21: 124–136.
12. Ullman S, Starzynski L, Long S, Mason G, Long L. *Exploring the relationships of women's sexual assault disclosure, social reactions, and problem drinking*. J. Interpers. Violence 2008; 23: 1235–1257.
13. Mueller J, Beauducel A, Raschka J. *Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DDR. Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen der Traumaerfahrungen. [Communication behavior after political detention in the GDR. Development of a questionnaire to disclose the trauma experience]*. Z. Polit. Psychol. 2000; 4: 413–427.
14. Pennebaker J. *Writing about emotional experiences as a therapeutic process*. Psychol. Scien. 1997; 8: 162–166.
15. Foa E, McLean C, Zang Y, Zhong J, Powers M, Kauffman B. i wsp. *Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5)*. Psychol. Assess. 2016; 28: 1166–1171.
16. Zawadzki B, Popiel A, Foa E, Jakubowska B, Cyniak-Cieciura M, Prąglowska E. *The structure of symptoms of posttraumatic stress disorder according to DSM-5 and assessed by PDS-5 – Preliminary results*. Curr. Issues. Person. Psychol. 2015; 3: 1–11.
17. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. *Impact of event scale: A measure of subjective stress*. Psychosom. Med. 1979; 41: 209–218.
18. Lis-Turlejska M. *Traumatic events and their psychological consequences (Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne)*. 2005. Institute of Psychology of the Polish Academy of Sciences, Warsaw.
19. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gener. Psych. 1961; 4: 561–571.
20. Czapiński J. *The quality of life of Poles during the 1991–1997 social change (Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej 1991–1997)*. 1998. Institute of Social Studies, Warsaw University.
21. Drapała I. *The importance of social acknowledgment as a victim or survivor in the course of posttraumatic stress disorder (Znaczenie społecznego uznania za ofiarę lub osobę ocalałą)*

w przebiegu zaburzenia po stresie traumatycznym). Unpublished doctoral dissertation. 2017. SWPS University, Warsaw.

Podziękowania: *Badanie to zostało sfinansowane ze środków wewnętrznych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Instytutu Psychologii SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego w Warszawie i Instytutu Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Chcielibyśmy bardzo podziękować Pani Anie Petrović-Chojnackiej za pomoc w przeprowadzeniu badań na potrzeby realizacji niniejszego projektu badawczego.*

Adres: Marcin Rzeszutek
Wydział Psychologii
Uniwersytet Warszawski
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7
e-mail: marcin.rzeszutek@psych.uw.edu.pl

Otrzymano: 28.03.2020
Zrecenzowano: 4.05.2020
Otrzymano po poprawie: 16.05.2020
Przyjęto do druku: 16.05.2020