

Anna Seredyńska
ORCID: 0000-0002-0483-6281
Uniwersytet Ignatianum w Krakowie

Badanie C-PTSD w diagnozie osób dotkniętych przemocą – wstępna analiza kwestionariusza

C-PTSD Assessment in Diagnosing Individuals Affected by Violence: A Preliminary Questionnaire Analysis

ABSTRACT

Post-traumatic disorders are among the most frequently diagnosed mental health conditions. They are typically identified through interviews and self-report tools. Among these disorders, the ICD-11 chapter on stress-related conditions includes Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD), which often occurs in people affected by prolonged domestic violence. It is also seen in refugees, torture survivors, victims of persecution, and individuals who have endured lengthy and painful treatments due to chronic disease. This article presents a questionnaire created by the author to assess C-PTSD. It also discusses the validity studies of this questionnaire, which analyze the correlations between its scales with variables describing cognitive, emotional and social functioning.

The subject of the research was to evaluate the validity and reliability of the C-PTSD questionnaire. The author's intent is to propose this tool for diagnosing C-PTSD disorders particularly for use by

KEYWORDS

post-traumatic disorders, C-PTSD, domestic violence, C-PTSD questionnaire, diagnosis

SŁOWA KLUCZOWE

zaburzenia
posttraumatyczne,
C-PTSD, przemoc
rodzinna,
kwestionariusz C-PTSD,
diagnoza

SPI Vol. 27, 2024/3
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2024.3.005
Nadesłano: 19.03.2024
Zaakceptowano: 14.08.2024

professionals working with victims of violence. In addition to diagnosing these individuals the questionnaire can also help assess difficulties in forming relationships, including intimate partnerships. The research utilized a diagnostic survey method, with questionnaires designed to measure variables that, according to existing research, correlate with C-PTSD symptoms. The findings indicate that the questionnaire is sufficiently valid and reliable, though further studies with larger sample sizes are necessary.

ABSTRAKT

Zaburzenia posttraumatyczne są jednymi z najczęściej diagnozowanych zaburzeń. Diagnozowane są za pomocą zarówno wywiadów, jak i narzędzi samoopisowych. Wśród zaburzeń posttraumatycznych, w rozdziale ICD-11 opisującym zaburzenia związane ze stresem, znajduje się złożony zespół stresu pourazowego. To zaburzenie pojawiające się między innymi u osób dotkniętych długotrwałą przemocą w rodzinie. Występuje ono również u uchodźców, osób poddawanych torturom, ofiar prześladowań oraz osób, które w wyniku choroby przewlekłej doświadczyły długiego i bolesnego leczenia. W artykule zostanie zaprezentowany utworzony przez autorkę kwestionariusz badania tego zaburzenia. Zostaną też opisane badania trafności tego kwestionariusza, analizujące korelacje jego skal ze zmiennymi opisującymi wymiary funkcjonowania człowieka, tj. rozwojem poznawczym, emocjonalnym oraz społecznym.

Przedmiotem analizy była trafność i rzetelność kwestionariusza badającego C-PTSD (Złożony Zespół Stresu Pourazowego). Zamiarem autorki jest zaproponowanie tego kwestionariusza w diagnozowaniu zaburzeń C-PTSD do wykorzystania przez osoby pracujące głównie z ofiarami przemocy. Poza diagnozowaniem takich osób kwestionariusz może pomóc w diagnozowaniu problemów związanych z wchodzeniem w relacje z innymi osobami, również w relacje partnerskie. Metodą użytą w badaniach był sondaż diagnostyczny, narzędziami kwestionariusze badające zmienne, które według badań zastanych wchodzą w korelację z objawami C-PTSD. Badania wykazały, że kwestionariusz jest wystarczająco trafny i rzetelny. Należy jednak poddać go dalszym badaniom na większych grupach.

Badanie C-PTSD w diagnozie osób dotkniętych przemocą – wprowadzenie

Zaburzenia posttraumatyczne należą do jednych z najczęściej diagnozowanych zaburzeń. Wskaźnik rozpowszechnienia PTSD w populacji ogólnej wynosi 6,8% (Dudek 2003). Są to tak często spotykane zaburzenia, że w nowym wydaniu ICD-11 doczekały się dwóch osobnych rozdziałów. Pierwszy z nich opisuje zaburzenia szczególnie związane ze stresem (Sitkowska 2022). Do nich można zaliczyć: zespół stresu pourazowego, złożony zespół stresu pourazowego, zaburzenie związane z przedłużającą się żałobą, zaburzenie przystosowania, reaktywne zaburzenie przywiązania, zaburzenie zahamowanego przywiązania społecznego, inne określone i nieokreślone zaburzenia związane ze stresem. Drugi zaś rozdział omawia zaburzenia dysocjacyjne (Filip 2022). Do tych zaburzeń zalicza się: dysocjacyjne zaburzenie objawów neurologicznych, amnezję dysocjacyjną, zaburzenie transowe, zaburzenie transowe związane z opętaaniem, zaburzenie dysocjacyjne tożsamości, zaburzenie częściowej dysocjacji tożsamości, zaburzenie depersonalizacji-derealizacji, inne określone i nieokreślone zaburzenia dysocjacyjne. Wymieniane zaburzenia są diagnozowane za pomocą wywiadów oraz narzędzi samoopisowych. W niniejszym artykule zostanie zaprezentowany przygotowywany przez autorkę kwestionariusz badania C-PTSD – Złożonego Zespołu Stresu Pourazowego.

Metody badania zaburzeń posttraumatycznych

Częstość występowania zaburzeń posttraumatycznych powoduje, że powstaje coraz więcej metod badania tych zaburzeń (Kosydar-Bochenek i in. 2016). Wśród metod z kręgu wywiadów znajdują się: skala PTSD – CAPS, Wywiad dla zaburzenia stresowego pourazowego PTSD-I, Wywiad skali symptomów PTSD PSS-I, Schemat wywiadu diagnostycznego DIS. Wśród metod samoopisowych zaś można wymienić: cywilną wersję skali Mississipi MSC, Pourazową Skalę Diagnostyczną, Skalę Urazu Davidsona DTS, Skalę Wpływu Zdarzeń IES, Zrewidowaną Skalę Wpływu Zdarzeń IES-R, Kwestionariusz do pomiaru zaburzenia po stresie traumatycznym

K-PTSD, Kwestionariusz do pomiaru zaburzenia po stresie traumatycznym. Wersja czynnikowa, Self-Rating Scale for PTSD, PTSD-Checklist PCL.

Ważnymi metodami, których wykorzystanie wzbogaca badania zaburzeń posttraumatycznych, są badania neuropsychologiczne i metody obrazowe. Okazuje się, że osoby z doświadczeniem traumy mają pogorszone wskaźniki poziomu kompetencji wzrokowo-konstrukcyjnych, niższe wyniki w badaniach związanych z natychmiastowym i odroczonym przypominaniem treści werbalnych oraz gorsze wyniki w zadaniach wzrokowo-przestrzennych. W badaniach mózgu można też stwierdzić zmniejszenie hipokampu, nad aktywnością korową dominuje też aktywność obszarów podkorowych.

W Polsce istnieje kilka narzędzi badających poziom zaburzenia PTSD (Kosydar-Bochenek i in. 2016). Pierwsze z nich to Kwestionariusz do Pomiaru Zaburzenia po Stresie Traumatycznym K-PTSD. W pierwszej jego części znajduje się pytanie o samo zdarzenie traumatyczne, 17 pytań z siedmiostopniową skalą oraz dwa pytania o czas zdarzenia. Pytania dotyczące samego zaburzenia związane są z takimi jego aspektami jak: nawracanie wspomnień (4 pytania), unikanie (7 pytań) oraz pobudzenie (6 pytań).

Kwestionariusz PTSD-I, na którym opiera się polska wersja K-PTSD, dzieli się na kilka części:

- A – traumatyczne doświadczenie,
- B – nawracające wspomnienia,
- C – unikanie,
- D – pobudzenie,
- E – czas występowania zaburzeń.

Kwestionariusz Mississippi składa się z 39 pytań. Oprócz badania nasilenia PTSD bada również nasilenie tendencji samobójczych, depresyjności oraz poczucia winy. Dołączona jest do niego pięciostopniowa skala. Całość kwestionariusza bada sześć grup objawów:

- nieprzyjemne i depresyjne wspomnienia,
- problemy z przystosowaniem do społeczeństwa,
- zaburzenia afektu i pamięci,
- nawracanie cech PTSD,
- problemy w kontaktach z otoczeniem,
- bezsenność.

Skalę Mississippi w wersji cywilnej do warunków polskich zaadaptowały w 2001 roku Maria Lis-Turlejska i Aleksandra Łuszczynska-Cieślak (Kosydar-Bochenek i in. 2016). Autorki uwzględniły trzy kategorie objawów:

- powracające traumatyczne wydarzenie,
- unikanie i odrętwienie,
- przewlekłe pobudzenie.

Zygfryd Juczyński oraz Nina Ogińska-Bulik stworzyli do badania nasilenia PTSD Zrewidowaną Skalę Wpływu Zdarzeń (IES-R). Dołączono do niej pięciostopniową skalę. Narzędzie bada trzy elementy PTSD: intruzję (8 itemów), pobudzenie (7 itemów) oraz unikanie (7 itemów) (Juczyński, Ogińska-Bulik 2009).

Do wstępnej diagnozy nasilenia objawów PTSD może też służyć narzędzie Wstępny Przegląd Traum-3 ITR-3 (Briere, Scott 2010). Kwestionariusz składa się z dwóch części. Pierwsza dotyczy okresu dzieciństwa, druga zaś okresu dorosłego. W pierwszej części znajduje się sześć pytań dotyczących konkretnych zdarzeń traumatycznych. W drugiej zaś dziewięć pytań. Każde pytanie ma kilka dodatkowych składowych pozwalających diagnoście na zgłębienie tematu.

Do wstępnej diagnozy rodzaju zaburzenia pourazowego może również służyć Krótki Wywiad Badający Zaburzenia Pourazowe BIPD (Briere, Scott 2010). Pozwala on na zorientowanie się, czy diagnosta ma do czynienia z ASD, PTSD czy też z zaburzeniem psychotycznym.

Wśród narzędzi badających PTSD warto również polecić MMPI-2. Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości, narzędzie znormalizowane i zaadaptowane do polskich warunków przez Urszulę Brzezińską, Martę Koć-Januchę oraz Joannę Stańczak (Brzezińska, Koć-Januchta, Stańczak 2012). W kwestionariuszu tym w skalach dodatkowych znajduje się Skala Zespołu Stresu Pourazowego PK (Graham 2015). Skala została skonstruowana na podstawie badań weteranów wojny w Wietnamie. Treść pozycji tej skali, która zawiera 46 itemów, sugeruje znaczny emocjonalny zamęt związany z objawami zaburzeń posttraumatycznych. Niektóre z pytań dotyczą niepokoju i zaburzeń snu. Inne zaś odnoszą się do poczucia winy i przygnębienia, niepokojących myśli oraz braku kontroli emocjonalnej. Jeszcze inne zakładają poczucie niezrozumienia przez innych oraz poczucie, że jest się przez nich źle traktowanym. Wysoki poziom

skali wykazany podczas badania psychologicznego może wskazywać na istniejące u badanej osoby objawy PTSD.

Narzędziem badającym zaburzenia dysocjacyjne jest Skala Doświadczeń Dysocjacyjnych Taxon – wersja poprawiona (DES-R PL) (Pietkiewicz, Życińska, Tomalski 2016). Skala składa się z 28 itemów. Do każdego dołączona jest skala:

- a. nigdy
- b. zdarzyło się tak raz lub dwa razy
- c. nie częściej, niż raz w roku
- d. raz na kilka miesięcy
- e. przynajmniej raz w miesiącu
- f. średnio raz w tygodniu
- g. częściej niż raz w tygodniu
- h. raz dziennie lub częściej.

Druga, skrócona wersja DES-T PL składa się z ośmiu pytań z taką samą skalą (Pietkiewicz, Życińska, Tomalski 2016). Obydwa narzędzia pozwalają na diagnozowanie podstawowych objawów związanych z zaburzeniami dysocjacyjnymi.

Do badania zaburzeń ostrego stresu mogą służyć dwa narzędzia. Pierwsze z nich to Wywiad dla zespołu ostrego stresu, zaś drugie to Skala zespołu ostrego stresu (Bryant, Harvey 2011).

Charakterystyka zaburzenia C-PTSD

Badania przeprowadzone w ostatnich latach zaczęły wskazywać, że dotychczasowe próby definiowania PTSD nie są wystarczające. Stwierdzono, że także po upływie sześciu miesięcy koniecznych do zdiagnozowania PTSD wiele osób dalej przeżywa jego objawy. Nierzadko osoby te zgłaszają się na terapię wiele lat po przeżyciu traumy. Dzieje się tak często na przykład w wypadku osób wykorzystanych seksualnie w dzieciństwie. Jako odpowiedź na te problemy diagnostyczne w ICD-11 pojawiło się rozpoznanie: Złożony Zespół Stresu Pourazowego (Sitkowska 2022). Zaburzenie to było już od pewnego czasu opisywane w literaturze i badane.

Jednym z przykładów badań była analiza 96 partnerek sprawców przemocy (Taft i in. 2015). Badanie to wykazało związek pomiędzy psychiczną przemocą oraz objawami PTSD. Wskazuje to na fakt, że nie tylko katastrofy czy też gwałtowne wydarzenia mogą wywołać

objawy PTSD. Jego objawy mogą się pojawić również u ofiar przewlekłej przemocy. Dlatego został stworzony opis tzw. C-PTSD. Abstrahuje on od czasu, jaki upłynął pomiędzy traumą a pojawieniem się objawów PTSD.

Complex-PTSD, czyli złożone PTSD, C-PTSD, lub też „zaburzenie skrajnego stresu, inaczej niesklasyfikowane” (*disorder of extreme stress, not otherwise specified* – DESNOS) jest opisywane coraz częściej w literaturze klinicznej (Briere, Scott 2010). Uważa się je za następstwo długotrwałych i nawracających traum, prawie zawsze o charakterze interpersonalnym. U podłoża tego zaburzenia mogą leżeć na przykład tortury, sytuacja długotrwałego uwięzienia, jak również chroniczna przemoc wewnątrzrodzinna.

Do kręgu osób, które doświadczają C-PTSD, literatura włącza również ofiary handlu ludźmi, uchodźców, ale również osoby, które w wyniku przewlekłej choroby doświadczyły długiego i bolesnego leczenia (Courtois 2008).

Wśród osób, które doświadczają C-PTSD, literatura wymienia także ofiary prześladowań wywodzące się z grup mniejszościowych, a więc ofiary dyskryminacji na tle rasowym, religijnym czy też innym (Rittenhouse 2000).

Wymienia się kilka grup objawów C-PTSD (Johnson 2009). Pierwsza grupa to zaburzenia w regulacji afektu. Można tu podać kilka ich rodzajów: myśli samobójcze, samouszkodzenia, napady lęku oraz kompulsywne zachowania seksualne albo też zahamowanie seksualne. Kolejną grupą są zaburzenia świadomości, do których należą: amnezja traumy, dysocjacja, derealizacja oraz ruminacje. Wśród zaburzeń postrzegania siebie można wymienić: paraliż inicjatywy, poczucie bycia winnym, poczucie bycia innym oraz poczucie bycia naznaczonym. Wśród zaburzeń w postrzeganiu prześladowcy podaje się: zaabsorbowanie relacją z prześladowcą, nierealistyczne postrzeganie siły prześladowcy, idealizacja prześladowcy, poczucie specjalnej relacji z nim oraz racjonalizację prześladowania. Kolejna grupa objawów to zaburzenia w relacjach z innymi, do których należą: zniszczenie intymnych relacji, stale powtarzające się poszukiwanie zbawcy, uparta nieufność oraz powtarzające się zaniedbania samoopieki. Do zaburzeń w samouspokajaniu się należą: porzucenie podtrzymywania wiary oraz poczucie beznadziejności i desperacji. Ostatnia wymieniana grupa objawów to różnorakie somatyzacje.

Kwestionariusz C-PTSD

Aby diagnozować symptomy C-PTSD, stworzono kwestionariusz w wersji eksperymentalnej. Kwestionariusz ten składa się z 27 itemów. Dołączona jest do nich pięciostopniowa skala (1 – nigdy, 2 – bardzo rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 – bardzo często). Poszczególne pytania dotyczą częstości pojawiania się poszczególnych objawów u osób. Objawy te są opisywane przez siedem skal: zaburzenia regulacji afektu (5 itemów), zaburzenia świadomości (5 itemów), paraliż inicjatywy (4 itemy), zaburzenia w postrzeganiu prześladowcy (5 itemów), zaburzenia w relacjach z innymi (4 itemy), powtarzające się zaniedbania samoopieki (3 itemy), somatyzacje (1 item).

Objawy związane z poszczególnymi skalami zostały opisane przez itemy na podstawie teorii (Johnson 2009). Wykorzystano do tego opis symptomów C-PTSD opracowany w podręczniku dotyczącym zaburzeń posttraumatycznych opracowanym przez Sharon L. Johnson. Zastosowano założenia konfirmacyjnej analizy czynnikowej. Na podstawie tego modelu zakłada się istnienie pewnego zbioru czynników, wyodrębnionego na przykład na podstawie konkretnej teorii, i następnie bada się zasadność przypuszczenia oraz estymuje parametry modelu (Hryniewicz 2024).

Skala zaburzeń regulacji afektu zawiera pytania o myśli samobójcze, obniżony nastrój, napady lęku, samouszkodzenia, kompulsywne zachowania seksualne lub zahamowania w tej materii. Skala zaburzeń świadomości zawiera pytania dotyczące: amnezji trudnych doświadczeń, odcinania się od swojego ciała, uczuć i historii, poczucie derealizacji oraz rozpamiętywanie trudnych sytuacji. Kolejna skala paraliżu inicjatywy zawiera itemy dotyczące: zaburzeń percepcji i postrzegania siebie, poczucia bycia winnym, poczucia bycia innym oraz poczucia bycia naznaczonym. Skala zaburzeń w postrzeganiu prześladowcy koncentruje się na takich objawach, jak: zaburzenia w relacji z prześladowcą, nierealistyczne postrzeganie jego siły, idealizacja prześladowcy, poczucie specjalnej więzi z nim oraz racjonalizacja prześladowania. Skala zaburzeń relacji z innymi zawiera itemy opisujące następujące objawy: izolacja, zniszczenie intymnych relacji, stale powtarzające się poszukiwanie zbawcy oraz nieprzewidywalna nieufność. Skala powtarzające się zaniedbania samoopieki koncentruje się na takich objawach, jak: zaburzenia w samoopiece,

samouspokojeniu oraz poczucie desperacji i beznadziejności. Somatyzacje – to ostatnia skala, koncentruje się ona na niemających podłoża medycznego objawach somatycznych.

Wyniki z każdej skali liczone są jako średnia (ze względu na różnicę w ilości itemów w poszczególnych skalach).

Badania eksperymentalne zostały przeprowadzone kwestionariuszem na grupie 38 studentów pedagogiki. Studenci wyrazili pisemną zgodę na anonimowe wykorzystanie ich wyników do badań naukowych. Badania były przeprowadzane w ramach kursu z diagnozy. Podczas zajęć studenci mogli zgłaszać swoje problemy związane z poruszonymi treściami i w razie wystąpienia takich problemów prowadzący starał się o objęcie konkretnej osoby opieką. Poza omawianym kwestionariuszem studenci byli też badani innymi narzędziami, dzięki czemu można było sprawdzić, na ile kwestionariusz jest trafny i bada to, co w zamierzeniu autorki winien badać. W grupie studenckiej, w której były prowadzone badania, znajdowały się jedynie kobiety. Próba została dobrana celowo. Składały się na nią osoby z grupy, która uczestniczyła w warsztatach. Wykorzystany w badaniach kwestionariusz jest wersją eksperymentalną, co oznacza, że badania powinny zostać przeprowadzone na innych grupach, zróżnicowanych pod względem płci, wieku i przygotowania zawodowego.

Średnia wieku badanych wynosiła 26 lat. Spośród badanych 12 osób doświadczyło przemoc, zaś 26 osób zadeklarowało, że jej nie doświadczyło.

Metodą zastosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny. Zastosowano technikę ankiety. Narzędziami, z których skorzystano w badaniach, były: Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej Anny Matczak i Aleksandry Jaworowskiej, Kwestionariusz kompetencji społecznych Anny Matczak, Kwestionariusz twórczego zachowania KANH Stanisława Popka, Kwestionariusz STAI w adaptacji polskiej Tytusa Sosnowskiego, Kazimierza Wrześniewskiego, Aleksandry Jaworowskiej i Diany Fecenec, Zrewidowana wersja testu do badania uwagi i koncentracji d2-R Rolfa Brickenkampa, Lothara Schmidta-Atzerta i Detleva Liepmanna. Dzięki tym narzędziom zostały wykonane badania funkcjonowania wybranych osób w sferach: emocjonalnej, poznawczej i społecznej. Wyniki analizy w tych sferach powinny korelować z wynikami kwestionariusza objawów

C-PTSD. Dzięki przeprowadzonej analizie można wstępnie zbadać trafność przygotowywanego kwestionariusza.

Kwestionariusz inteligencji emocjonalnej jest testem psychologicznym zbudowanym z 33 itemów. Badany na skali 1–5 ocenia, na ile się zgadza z konkretnym stwierdzeniem. Kwestionariusz kompetencji społecznych zbudowany jest z 90 itemów. W ich ocenie badany korzysta ze skali od 1 do 4. Kwestionariusz twórczego zachowania KANH zbudowany jest z 60 itemów. Ich ocena odbywa się na skali od 0 do 2. Kwestionariusz STAI zbudowany jest z dwóch skal. Pierwsza skala to X-1. Bada ona lęk-stan. Druga skala X-2 bada lęk-cechę. Stwierdzenia badany ocenia w skali od 1 do 4. Zrewidowana wersja testu do badania uwagi i koncentracji d2-R to test psychologiczny, w którym badanie polega na odnajdywaniu właściwej litery „d” wśród innych. Badanie wykonywane jest na czas.

Zmiennymi były dla sfery emocjonalnej: inteligencja emocjonalna, zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomaganie myślenia i działania, zdolność do rozpoznawania emocji, lęk-stan, lęk-cecha. Dla sfery społecznej: zachowania intymne, ekspozycja społeczna, asertywność. Dla sfery poznawczej: koncentracja uwagi, myślenie algorytmiczne, myślenie heurystyczne, myślenie nonkonformistyczne oraz myślenie konformistyczne. Zmienne te według literatury zastanej korelują z objawami PTSD (Ghazali 2014; Saar-Ashkenazy i in. 2023; Allen i in. 2021; Jaconis, Boyd, Gray 2020; Harms i in. 2018; Camacho-Conde 2020).

Badania trafności kwestionariusza C-PTSD

Aby zbadać, czy przygotowane narzędzie bada zmienną, do badania której zostało skonstruowane, należy zanalizować jego trafność. W tym celu skorelowano jego wyniki z wynikami otrzymanymi za pomocą innych narzędzi. W poprzednim punkcie opisane zostały te narzędzia badające kompetencje poznawcze, emocjonalne oraz społeczne. Tabela nr 1 prezentuje wyniki korelacji liczonych za pomocą testu rho-Spearmana (nie wszystkie zmienne mają rozkład normalny, dlatego wykorzystano test nieparametryczny). W tabeli koncentracja została opisana według kwestionariusza w czterech następujących po sobie sekwencjach liczenia znaków.

Tabela 1. Korelacje skal kwestionariusza C-PTSD ze zmiennymi opisującymi rozwój poznawczy, społeczny i emocjonalny

Zmienna	Korelacja porządku rang Spearmana (kolor czerwony: $p < 0,05$)						
	Zaburzenia regulacji afektu	Zaburzenia świadomości	Paraliż inicjatywy	Zaburzenia w przestrzeganiu prześladowcy	Zaburzenia w relacjach z innymi	Powtarzające się zaniedbania samoopieki	Somatyzacje
Lęk-cecha	0,29	0,00	0,10	0,41	0,20	0,10	0,24
Lęk-stan	0,26	0,04	0,00	0,47	0,24	0,15	0,40
Twórczość	-0,16	0,03	-0,16	0,25	0,02	0,03	0,37
Konformizm	0,21	0,00	0,32	0,26	0,19	0,08	-0,26
Zachowania algorytmiczne	-0,18	-0,26	-0,04	-0,10	-0,28	-0,34	-0,48
Nonkonformizm	-0,05	0,13	-0,10	0,40	0,04	0,03	0,41
Zachowania heurystyczne	-0,15	0,10	-0,14	0,24	0,03	0,09	0,40
Asertywność	0,11	-0,13	-0,05	-0,32	0,17	0,01	0,15
Ekspozycja społeczna	-0,40	-0,42	-0,55	-0,18	-0,30	-0,46	0,20
Zachowania intymne	-0,21	-0,27	-0,36	-0,40	-0,09	-0,29	0,17
Zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania	-0,25	-0,14	-0,46	0,02	-0,35	-0,44	0,20
Zdolność do rozpoznawania emocji	-0,22	0,00	-0,40	0,13	-0,32	-0,47	0,35
INTE – inteligencja emocjonalna	-0,27	-0,05	-0,39	0,02	-0,42	-0,54	0,14
K1 – koncentracja	-0,06	0,07	-0,19	-0,06	0,06	0,00	0,37
K2 – koncentracja	-0,12	-0,05	-0,26	-0,17	0,06	0,00	0,35
K3 – koncentracja	-0,10	-0,10	-0,25	-0,15	0,14	0,10	0,42
K4 – koncentracja	-0,03	-0,07	-0,18	-0,07	0,13	0,09	0,30

Źródło: badania własne ($p = 0,95$).

Poziom lęku określane jako lęk-cecha, jak również lęk-stan, czyli poziom lęku w momencie badania, koreluje dodatnio z badanymi przez kwestionariusz zaburzeniami w postrzeganiu prześladowcy. Im wyższy jest poziom tych zaburzeń, tym wyższy poziom lęku-cechy ($\rho=0,41$) i lęku-stanu ($\rho=0,47$). Poziom lęku-stanu koreluje też w stopniu istotnym statystycznie z poziomem somatyzacji ($\rho=0,40$).

Poziom somatyzacji koreluje dodatnio w stopniu istotnym statystycznie z poziomem twórczości ($\rho=0,37$). Zarówno poziom twórczych zachowań heurystycznych, jak i nonkonformistycznych koreluje dodatnio z somatyzacją. Im wyższy poziom somatyzacji, tym wyższy poziom zachowań heurystycznych ($\rho=0,40$) i nonkonformistycznych ($\rho=0,41$). Zachowania nonkonformistyczne korelują również dodatnio w stopniu istotnym statystycznie z zaburzeniami w postrzeganiu prześladowcy ($\rho=0,40$).

Kilka istotnych statystycznie korelacji można zauważyć pomiędzy ekspozycją społeczną (skala w kwestionariuszu kompetencji społecznych badająca poziom umiejętności podlegania ekspozycji społecznej). Poziom społecznej ekspozycji koreluje ujemnie w stopniu istotnym statystycznie z poziomem zaburzenia regulacji afektu ($\rho=-0,40$), zaburzeniami świadomości ($\rho=-0,42$), paraliżem inicjatywy ($\rho=-0,55$) oraz powtarzającymi się zaniedbaniami samoopieki ($\rho=-0,46$). Wynika z tego, że osoby mające wyższy poziom tych składowych objawów C-PTSD równocześnie mają problemy z ekspozycją społeczną.

Również zachowania intymne (skala w kwestionariuszu kompetencji społecznych badająca umiejętność podejmowania takich zachowań) korelują ujemnie w stopniu istotnym statystycznie z paraliżem inicjatywy ($\rho=-0,36$) oraz zaburzeniami w postrzeganiu prześladowcy ($\rho=-0,40$). Osoby mające wysokie wyniki w tych składowych symptomów C-PTSD mają też problemy we wchodzeniu w relacje intymne.

Poziom inteligencji emocjonalnej koreluje ujemnie w stopniu istotnym statystycznie z paraliżem inicjatywy ($\rho=-0,39$), zaburzeniami w relacjach z innymi ($\rho=-0,42$) oraz z powtarzającymi się zaniedbaniami samoopieki ($\rho=-0,54$). Wynika z tego, że osoby mające wysoki poziom tych składowych objawów C-PTSD mają niższy poziom inteligencji emocjonalnej. Analizując zaś

poszczególne składowe samej inteligencji emocjonalnej, zdolność do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania koreluje ujemnie w sposób istotny statystycznie z paraliżem inicjatywy ($\rho=-0,46$), zaburzeniami w relacjach z innymi ($\rho=-0,35$) oraz powtarzającymi się zaniedbaniami samoopieki ($\rho=-0,44$). Zdolność zaś do rozpoznawania emocji koreluje ujemnie w sposób istotny statystycznie z paraliżem inicjatywy ($\rho=-0,40$) oraz z powtarzającymi się zaniedbaniami samoopieki ($\rho=-0,47$). Pojawia się jedna korelacja dodatnia istotna statystycznie – pomiędzy zdolnością do rozpoznawania emocji innych a somatyzacją ($\rho=0,35$).

Poziom koncentracji związany z umiejętnością rozpoznawania dystraktorów koreluje w sposób istotny statystycznie z somatyzacją. Są to korelacje dodatnie we wszystkich sekwencjach badania.

W ramach analizy trafności kwestionariusza można zbadać, czy istnieje różnica istotna w poziomie poszczególnych składowych objawów C-PTSD pomiędzy grupą tych, którzy doświadczyli przemocy oraz tych, którzy jej nie doświadczyli. W analizie wykorzystano nieparametryczny test U-Manna Whitneya.

W przypadku skali zaburzeń regulacji afektu różnica pomiędzy osobami, które doświadczyły przemocy, a tymi, które jej nie doświadczyły, okazała się istotna statystycznie ($Z=4,32$; $p=0,001$). W skali zaburzeń świadomości nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami, które doświadczyły przemocy, a tymi, które jej nie doświadczyły. W skali paraliżu inicjatywy różnica również okazała się istotna statystycznie ($Z=3,31$; $p=0,001$). W skali zaburzeń w postrzeganiu prześladowcy różnica jest też istotna statystycznie ($Z=2,43$; $p=0,01$). W skali zaburzenia w relacjach z innymi również pojawia się istotna statystycznie różnica ($Z=3,32$; $p=0,001$). W skali powtarzających się zaniedbań samoopieki też można zobaczyć istotną statystycznie różnicę pomiędzy osobami, które doświadczyły przemocy, a tymi, które jej nie doświadczyły ($Z=3,25$; $p=0,001$). W skali somatyzacji różnica pomiędzy tymi, którzy doświadczyli przemocy, a tymi, którzy jej nie doświadczyli, jest nieistotna statystycznie. We wszystkich przypadkach, kiedy różnica jest istotna statystycznie, osoby, które doświadczyły przemocy, mają wyższe wyniki w składowych objawach C-PTSD.

Na koniec analizy można podać wynik związany z badaniem rzetelności kwestionariusza (na ile dokładnie bada to, co ma badać).

Współczynnik rzetelności Alfa Cronbacha dla całego kwestionariusza wynosi 0,81. Skalą, której usunięcie podwyższa wynik, czyli skalą najłabszą w kwestionariuszu, jest skala somatyzacji.

Podsumowanie i możliwości wdrożenia kwestionariusza w pracy wychowawczej

Podsumowując, można stwierdzić, że analizowany kwestionariusz jest rzetelny w wystarczającym stopniu. Można jedynie się zastanawiać nad skalą somatyzacji. Jej rzetelność jest niewielka (Alfa Cronbacha=0,34). W badaniach trafności też pojawiają się wyniki wskazujące na słabość tej skali. Może być to związane z faktem, że somatyzowanie pojawia się w wielu zaburzeniach i niekoniecznie jest ono związane z traumą.

W badaniach trafności kwestionariusza nie wykazano podawanej przez literaturę korelacji pomiędzy objawami zaburzeń posttraumatycznych a problemami w sferze poznawczej (Camacho-Conde 2020). Jednak badania zastane zwracają uwagę bardziej na zaburzenia w pamięci u osób po traumie. W mniejszym stopniu wskazują na zaburzenia uwagi, nie wskazują natomiast na brak twórczości.

Zarówno poziomy lęk-stan, jak i lęk-cecha korelują z symptomami C-PTSD, szczególnie z postrzeganiem prześladowcy. Potwierdza to wyniki otrzymane w badaniach zastanych (Camacho-Conde 2020; Saar-Ashkenazy i in. 2023).

Objawy C-PTSD korelują również z poziomem inteligencji emocjonalnej. U osób z wyższym poziomem paraliżu inicjatywy, zaniedbywania samoopieki oraz zaburzeń w relacjach z innymi występuje mniejszy poziom inteligencji emocjonalnej. Dotyczy to zarówno zdolności do wykorzystywania emocji w celu wspomagania myślenia i działania, jak również zdolności do rozpoznawania emocji. Tutaj również wynik pokrywa się z wynikami badań zastanych (Ghazali 2014).

Również można zauważyć korelacje pomiędzy składnikami C-PTSD a zmiennymi związanymi z relacjami społecznymi. Zaburzenia regulacji afektu, zaburzenia świadomości, paraliż inicjatywy oraz powtarzające się zaniedbania samoopieki to zmienne korelujące ujemnie z umiejętnością znoszenia ekspozycji społecznej. Ta umiejętność jest więc mniejsza u osób z wysokimi wynikami

C-PTSD. W jakimś stopniu potwierdza to badania zastane (Allen i in. 2021; Jaconis, Boyd, Gray 2020). Jednak badania zastane wskazują też na wzrost posttraumatyczny związany z umocnieniem się niektórych relacji czy ich zweryfikowaniem (Harms i in. 2018). Niniejsze badania nie potwierdzają akurat tego aspektu. Jedynie w skali somatyzacji występuje dodatnia korelacja z umiejętnością rozpoznawania emocji drugiej osoby, co może być związane z pewnego rodzaju zwiększeniem wrażliwości u osób dotkniętych traumą.

Wyniki badania wskazują również na silną ujemną korelację pomiędzy umiejętnością wchodzenia w intymne relacje a paraliżem inicjatywy oraz zaburzeniami w postrzeganiu prześladowcy. To również potwierdza, że osoby dotknięte skutkami traumy mogą mieć w relacjach społecznych właśnie tego typu problemy. Te wyniki również pokrywają się z wynikami badań zastanych (Allen i in. 2021; Jaconis, Boyd, Gray 2020).

Zaburzenia posttraumatyczne są jednymi z najczęściej spotykanych wśród osób objętych resocjalizacją. Najczęściej bowiem osoby te to dzieci, młodzież i dorośli poszkodowani przez przemoc rodzinną. Wychowawcy w różnych placówkach nieraz borykają się z koniecznością wstępnej diagnozy problemów swoich wychowanków, aby trafnie skierować ich na konsultacje do odpowiednich specjalistów.

Ponieważ objawy C-PTSD bardzo często pojawiają się u osób z doświadczeniem przemocy rodzinnej w dzieciństwie, warto zwrócić uwagę na szczególną potrzebę wykorzystania prezentowanego kwestionariusza w diagnozie osób, które tego rodzaju przemocy doświadczyły. Kwestionariusz może pomóc w lepszej analizie problemów tych osób, co otwiera możliwości ich przygotowania do głębszego wejścia we własne życie rodzinne oraz w relacje partnerskie. Przede wszystkim zaś może służyć diagnozie związanej z pomocą i terapią posttraumatyczną.

Kwestionariusz może również pomóc w rozwijaniu współpracy pomiędzy osobami zaangażowanymi w pomoc osobom doświadczającym przemocy. Niewątpliwie samą diagnozę powinien prowadzić psycholog. Jednak diagnoza jest etapem wstępnym do dalszych działań pomocowych. Aby pomóc osobie doświadczającej przemocy, trzeba łączyć diagnozę jej stanu z diagnozą rzeczywistości wychowawczej oraz diagnozą efektów oddziaływań wychowawcy (Wysocka 2006). W tym celu konieczna jest współpraca diagnozującego psychologa

z wychowawcą, pedagogiem, który – znając wyniki diagnozy – może pracować nad konkretnymi problemami danej osoby. Praca ta może się odbywać w ramach warsztatów, zajęć socjoterapeutycznych czy też terapii pedagogicznej. Równocześnie ważne jest wsparcie psychoterapeuty lub psychotraumatologa. Opracowane narzędzie, które w obecnym stanie ma jedynie charakter eksperymentalny, może być podstawą dla tego rodzaju współpracy interdyscyplinarnej.

Można również zwrócić uwagę na wartość kwestionariusza badającego zaburzenia posttraumatyczne dla osób przygotowujących szkolenia profilaktyczne. Prezentacja tego rodzaju kwestionariusza może być pomocna w konkretnych placówkach. Przykładem mogą być tutaj szkolenia prowadzone przez Centrum Ochrony Dziecka w Krakowie.

Bibliografia

- Allen E., Renshaw K., Fredman S.J., Le Y., Rhoades G., Markman H., Litz B. (2021). *Associations Between Service Members' Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Partner Accommodation Over Time*, „Journal of Traumatic Stress”, t. 34, nr 3, s. 596–606, <https://doi.org/10.1002/jts.22645>
- Briere J., Scott C. (2010). *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*, przeł. P. Nowak, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Bryant R.A., Harvey A.G. (2011). *Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia*, przeł. J. Suhecki, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzezińska U., Koć-Januchta M., Stańczak J. (2012). *MMPI-2. Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości-2. Podręcznik stosowania, oceny i interpretacji*, Warszawa : Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Camacho-Conde J.A. (2020). *Cognitive Function Assessment of a Patient With PTSD Before and After EMDR Treatment*, „Journal of EMDR Practice and Research”, t. 14, nr 4, s. 216–226, <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00022>
- Courtois C.A. (2008). *Complex Trauma, Complex Reactions. Assessment and Treatment*, „Psychological Trauma, Theory, Research, Practice and Policy”, t. S, nr 1, s. 86-100, <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.86>
- Dudek B. (2003). *Zaburzenia po stresie traumatycznym*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Filip M. (2022). *Zaburzenia dysocjacyjne*, [w:] P. Gałęcki (red.), *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*, Wrocław: Edra Urban & Partner, s. 145–149.

- Ghazali S.R. (2014). *Investigating the Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms and Emotional Intelligence Among Adolescent Refugees from the Middle East*, „ASEAN Journal of Psychiatry”, t. 15, nr 2, s. 220–224.
- Graham J.R. (2015). *MMPI-2. Ocena osobowości i psychopatologii*, przeł. T. Szuster, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Harms L., Abotomey R., Rose D., Kron R.W., Bolt B., Waycott J., Alexander M. (2018). *Postdisaster Posttraumatic Growth: Positive Transformations Following the Black Saturday Bushfires*, „Australian Social Work”, t. 71, nr 4, s. 417–429, <https://doi.org/10.1080/0312407X.2018.1488980>
- Hryniewicz B. (2015). *Konfirmacyjna analiza czynnikowa CFA*, <https://nauka.metodolog.pl/glossary/konfirmacyjna-analiza-czynnikowa-cfa/> [dostęp: 06.05.2024].
- Jaconis M., Boyd S.J., Gray M.J. (2020). *History of Sexual Violence and Associated Negative Consequences: The Mediating Role of Body Image Dissatisfaction*, „Journal of Loss and Trauma”, t. 25, nr 2, s. 107–123, <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1660500>
- Johnson S.L. (2009). *Therapist's Guide to Posttraumatic Stress Disorder Intervention*, London: Academic Press.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009). *Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń*, „Psychiatria”, t. 6, nr 1, s. 15–25, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29139/23904> [dostęp: 06.05.2024].
- Kosydar-Bochenek J., Lewandowski B., Ozga D., Woźniak K. (2016). *Przeгляд narzędzi diagnostycznych i metod pomiaru zespołu stresu pourazowego (PTSD) z możliwością wykorzystania wśród ratowników medycznych*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku”, t. 15, nr 2(55), s. 45–49, DOI: 10.1515/pielxxiw-2016-0017
- Pietkiewicz I., Życińska J., Tomalski R. (2016). *Skala doświadczeń dysocjacyjnych Taxon – wersja poprawiona (DES-T PL)*, <https://www.researchgate.net/publication/327013850> [dostęp: 06.05.2024].
- Rittenhouse J. (2000). *Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing to Treat Complex PTSD in a Biracial Client*, „Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology”, t. 6, nr 4, s. 399–408, <https://doi.org/10.1037/1099-9809.6.4.399>
- Saar-Ashkenazy R., Guez J., Jacob Y., Veksler R., Cohen J.E., Shelef I., Friedman A., Benifla M. (2023). *White-matter Correlates of Anxiety: The Contribution of the Corpus-callosum to the Study of Anxiety and Stress-related Disorders*, „International Journal of Methods in Psychiatric Research”, t. 32, nr 4, s. 1–9, DOI: 10.1002/mpr.1955
- Sitkowska K. (2022). *Zaburzenia szczególnie związane ze stresem*, [w:] P. Gałęcki (red.), *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznania według ICD-11*, Wrocław: Edra Urban & Partner, s. 135–144.



- Taft C.T., Murph, C.M., Kin, L.A., Dedejn J.M., Musser P.H. (2015). *Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology Among Partners of Men in Treatment for Relationship Abuse*, „Journal of Abnormal Psychology”, t. 114, nr 2, s. 259–268, <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.259>
- Wysocka E.J. (2006). *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Dr hab. Anna Seredyńska
Uniwersytet Ignatianum w Krakowie
Instytut Nauk o Wychowaniu
e-mail: anna.seredynska@ignatianum.edu.pl