

## Aktualny poziom objawów stresu potraumatycznego w próbie osób, które w dzieciństwie przeżyły II wojnę światową

### The present level of post-traumatic stress symptoms in a sample of child survivors of World War II

Maja Lis-Turlejska<sup>1</sup>, Szymon Szumiał<sup>2</sup>, Hanna Okuniewska<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

Dziekan Wydziału Psychologii: prof. dr hab. J. Karyłowski

<sup>2</sup> Środowiskowy Dom Samopomocy Caritas DWP, Mińsk Mazowiecki

Dyrektor Caritas DWP: ks. D. Marczak

<sup>3</sup> Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii

Dziekan Wydziału Psychologii: prof. dr hab. E. Czerniawska

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was to estimate the prevalence of PTSD and level of symptoms more broadly considered as post-traumatic e.g. depression among Polish child survivors of World War II.

**Method.** Data were collected from 218 individuals aged 63–78. Measures: a list of questions regarding exposure to a range of war related traumas; PDS (Foa, 1995); IES (Horowitz et al., 1976) to measure PTSD symptoms and BDI (Beck et al., 1961) for depression symptoms.

**Results.** Exposure to potentially traumatic events related to the WWII varied from 1.83% to 47.25%. The prevalence of PTSD symptoms at a diagnostic level according to PDS was 29.4%. The mean values B, C and D – category symptoms were respectively: 2.08 (SD=1.74), 2.34 (SD=1.98) and 2.40 (SD=1.69). Greater age, parental loss and exposure to at least one traumatic war-related event (this variable was close to the level of statistical significance, however) were all predictors of a diagnostic level of PTSD symptoms.

**Conclusions.** 60 years after WW II about one-third of respondents manifest a clinical level of PTSD symptoms. Taking into consideration the results of the research on the child survivors of the modern wars, psychosocial and cultural factors should also be examined as causes of this phenomenon.

**Słowa kluczowe:** dzieci ocalałe z wojny, zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD), II wojna światowa

**Key words:** child war survivors, post-traumatic stress disorder (PTSD), II World War

#### Wstęp

Badania nad wpływem przeżyć z okresu II wojny światowej wśród osób, które były wówczas dziećmi, na ich późniejsze funkcjonowanie prowadzone są od około

---

Praca nie była sponsorowana.

20 lat i do niedawna dotyczyły prawie wyłącznie Żydów ocalałych z Holocaustu. Pojęcie ocalałego dziecka (child survivor) do literatury naukowej wprowadził Robert Krell [1], określając nim osobę, która miała mniej niż 16 lat w momencie zakończenia II wojny światowej. W latach 80. i 90. XX wieku w obrębie obszernej wówczas literatury dotyczącej ocalałych z Holocaustu opublikowano wiele prac empirycznych prezentujących odmienny od uprzednio skoncentrowanego na psychopatologii obraz ocalałych. Autorzy podkreślali znaczące adaptacyjne i reintegracyjne zdolności ocalałych, ich społeczne osiągnięcia i stworzenie zdrowych rodzin. Prezentowane wówczas dane wskazywały na brak różnic w zakresie badanych zmiennych pomiędzy ocalałymi a grupami porównawczymi [2, 3]. Podobnie jak w ogólnej literaturze na temat ocalałych z Holocaustu, także prace dotyczące child survivors wskazują na różnice w ich wzorcach przystosowania. Według Krella [4], pomimo faktu, że większość dzieci ocalałych z Holocaustu prowadzi normalne i twórcze życie, wiele prac sugeruje, że osoby z tej grupy także wykazują szeroki zakres objawów dystresu. Literatura dotycząca Holocaust child survivors jest dość obszerna – obejmuje obecnie około 50 publikacji naukowych (por. PILOTS database: child survivors and Holocaust).

Yehuda i wsp. [5] zbadali grupę ocalałych z Holocaustu ( $n = 100$ ), o średniej wieku:  $M = 65,7 \pm 5,7$ , co wskazuje na to, że znaczną liczbę stanowiły osoby będące child survivors. Najwyższe wskaźniki obecności objawów PTSD (wg DSM-III-R) dotyczyły: powracających przykrych snów na temat zdarzenia (91%); powracających myśli związanych z dystresem (83%) oraz irytacji i wybuchów gniewu (82%). Badanie Cohen i wsp. [6] w Izraelu objęło grupę poddającą się psychoterapii psychodynamicznej i osoby, które nie poszukiwały terapii. Grupę kontrolną stanowiły osoby, które nie doświadczyły Holocaustu. W odniesieniu do przeszłości wskaźnik PTSD wśród respondentów poddających się terapii wyniósł 76,7%, w nie leczonej grupie child survivors 39,6% i w grupie kontrolnej 30,2%. Wskaźniki aktualnego PTSD wyniosły odpowiednio: 46,5%, 22,9% i 7% (różnice istotne statystycznie pomiędzy wszystkimi grupami).

W Polsce badania nad wpływem wojny na psychikę dzieci i młodzieży, metodą m.in. analizy obserwacji i wypracowań uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych, przeprowadził w 1947 roku Ludwik Bandura [7]. Także niektóre badania nad więźniami hitlerowskich obozów koncentracyjnych, prowadzone przez zespół Kliniki Psychiatrii UJ CM, odnosiły się explicite do dzieci [8, 9]. W połowie lat 90. XX wieku studia kliniczne dotyczące dzieci ocalałych z Holocaustu prowadzili pod kierunkiem Marii Orwid również inni autorzy związani z tą kliniką [np. 10].

Jeśli chodzi o prace wykorzystujące standaryzowane narzędzia diagnozy zaburzeń psychicznych, w tym PTSD – od kilku lat prowadzone są badania dotyczące osób nie doświadczonej prześladowań z powodu żydowskiego pochodzenia, które znalazły się jako dzieci na terenach objętych II wojną światową, i paradoksalnie najwięcej powstaje ich w Niemczech.

Lis-Turlejska i wsp. [11] przedstawili wyniki badania dotyczącego żydowskich i nieżydowskich ocalałych z wojny dzieci żyjących w Polsce ( $n = 212$ ). Średnia wieku badanych wynosiła 72,44 ( $SD = 3,44$ ). Około jednej trzeciej grupy stanowili ocalali z Holocaustu (30%,  $n = 64$ ). Grupę porównawczą (70%,  $n = 148$ ) tworzyły nieżydowskie dzieci II wojny światowej. 80% wszystkich respondentów stanowiły

kobiety. Badania przeprowadzono w siedmiu placówkach Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie i okolicach oraz podczas spotkań organizowanych przez Stowarzyszenie „Dzieci Holocaustu” w Polsce. Aktualny poziom objawów PTSD (pomiar za pomocą PDS) był wyższy u żydowskich respondentów (55,6% ) w porównaniu z nieżydowskimi (30,9%). Utrata któregoś z rodziców stanowiła predyktor globalnego spadku jakości życia w zakresie wszystkich badanych zmiennych.

Wcześniej Kuwert i wsp. [12] zbadali w Niemczech 93 osoby urodzone w latach 1933–1945. Według PDS 14,0% badanych spełniało kryteria diagnozy PTSD w okresie powojennym i 10,8% aktualnie. Średnia liczba traumatycznych zdarzeń podczas wojny wyniosła 2,8. Kuwert i wsp. [13], przeprowadzając później badania wśród 1513 osób urodzonych przed 1946 rokiem, porównali grupę osób „przymusowo przesiedlonych w związku z II wojną światową” z grupą „nieprzesiedlonych”. Dokonali pomiaru lęku uogólnionego i depresji (używając GAD-7 oraz PHQ-2). Średnie wyniki w skali GAD-7 wyniosły 2,89 (SD = 3,41) w pierwszej grupie i 3,51 (SD = 3,36) w drugiej, dla depresji odpowiednio 1,03 i 1,25.

Strauss i wsp. [14] zbadali 417 dzieci II wojny światowej podzielonych na grupę przesiedlonych (n = 188) i grupę porównawczą nieprzesiedlonych (n = 213), z zastosowaniem m.in. IES-R i Harvard Trauma Questionnaire. Średnia liczba traumatycznych zdarzeń wyniosła: 4,5 (SD = 2,13). W ich artykule brakuje wskaźników dotyczących częstości diagnozy depresji i PTSD w badanej grupie. Autorzy koncentrują się na prezentacji danych dotyczących czynników ryzyka tych zaburzeń akcentując rolę przesiedlenia.

Fińscy autorzy Räikkönen i wsp. [15] przedstawili wyniki z badania epidemiologicznego 12 747 osób urodzonych w latach 1934–1944. 1719 osób z tej grupy było czasowo odseparowanych od rodziców, za ich zgodą, i umieszczonych w rodzinach zastępczych w Szwecji. Ustalono, że u osób, które były podczas wojny oddzielone od rodziców, występowało statystycznie istotnie większe ryzyko choroby psychicznej, uzależnienia i zaburzenia osobowości. W Austrii też zrealizowano badanie obejmujące ponad 300 osób będących dziećmi podczas II wojny światowej [Brigitte Lauger-Schuster, informacja ustna, maj 2011].

Warto zwrócić uwagę, że badania nad konsekwencjami współcześnie prowadzonych wojen dla stanu psychicznego dzieci są przedmiotem wielkiej liczby publikacji w ostatnich dwóch dekadach. Z początkiem lat 90. zarówno instytucje humanitarne, jak i badacze zaczęli zwracać uwagę na wyraźnie zaznaczoną psychopatologię u dzieci wojny [16]. Przedmiotem analiz i kontrowersji jest czas trwania u nich objawów potraumatycznych. Niektórzy autorzy twierdzą, że skutki doświadczeń wojennych są trwałe [17]. W badaniu młodzieży khmerskiej obarczonej przeżyciami wojennymi 48% badanych przejawiało objawy związane z traumą od 8 do 10 lat później [18]. Większość współczesnych badań nad dziećmi wojny nie potwierdza jednak poglądu o długotrwałości objawów [19]. Sack i wsp. [20] prezentują wyniki wskazujące na to, że stwierdzone objawy mogą być przejściowe i nie sugerować trwałej psychopatologii. Laor i wsp. [21] stwierdzili znaczący spadek nasilenia większości objawów pięć lat po atakach rakiet SCUD w Izraelu. Silne potraumatyczne objawy stwierdzono u 8% dzieci. Ajdukovic M. i Ajdukovic D. [22] ustalili, że u chorwackich dzieci doświadczonych przez wojnę objawy PTSD zmniejszyły się istotnie w ciągu sześciu miesięcy.

Analizując problem trwałości objawów potraumatycznych u dzieci wojny, autorzy badań wskazują na znaczenie m.in. takich czynników, jak: środowisko psychospołeczne, w którym się znalazły po przeżytej traumie i późniejsze jego zakłócenia (np. wysiedlenie) [23], ich cechy osobowości i wiek [24]. Według Punamäki [25] stres wojenny może ukształtować adaptacyjne poznawcze style radzenia sobie, zwłaszcza jeśli działania wojenne nie są zagrożeniem dla dziecka i rodziny.

Ogólny model dotyczący rezyliencji (resilience) w kontekście dzieci znajdujących się w zasięgu zbrojnego konfliktu przedstawili Betancourt i Khan [26]. Zwracają oni uwagę, że odporność traktowana bywa zazwyczaj jako cecha pewnej grupy silniejszych psychicznie dzieci. Jednak ich zdaniem istnieje wiele procesów, które przyczyniają się do ochrony zdrowia psychicznego, jeśli analizuje się je z punktu widzenia „społecznej ekologii dziecka”. Wymieniają takie czynniki, jak m.in.: radzenie sobie i nadawanie znaczenia na poziomie indywidualnym, rozwój relacji przywiązania, stan zdrowia psychicznego opiekunów, zasoby i powiązania społeczne rodziny. Podkreślają także znaczenie wpływów kulturowych i społecznych, takich jak postawy wobec zdrowia psychicznego i zdrowienia (healing), oraz znaczenie przypisywane skutkom wojny. Wydaje się, że badania i modele teoretyczne dotyczące dzieci cierpiących z powodu współcześnie toczonych wojen mogą także posłużyć do interpretacji wyników dotyczących poziomu objawów potraumatycznych wśród osób, które jako dzieci przeżyły II wojnę światową.

### Cele badania

Celem badania było ustalenie poziomu objawów potraumatycznych (PTSD), a także depresji wśród polskich dzieci II wojny światowej. Zakładano, że osoby, które doznały traumy wojennej, mogą w większym stopniu przejawiać kliniczne nasilenie objawów PTSD i depresji. Zamierzano sprawdzić, czy i które ze zmiennych niezależnych mają na to wpływ.

### Metoda

#### Osoby badane i procedura

Przebadano 218 osób w wieku 63–78 lat ( $M = 71,45$ ;  $SD = 4,60$ ). Największy odsetek badanych (49,5%) stanowiły osoby z wyższym wykształceniem. Wykształcenie podstawowe i zawodowe miało 7 osób (3,2%), średnie – 31,7%, niepełne wyższe – 15,1%, i wyższe – 49,5%. Badania były anonimowe. Przeprowadzono je na przełomie 2007 i 2008 roku, na terenie 7 placówek Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie i okolicach. Osoby badane otrzymywały do wypełnienia zestaw kwestionariuszy.

#### Narzędzia badawcze

(1) Ankieta. Opracowana do celów tego badania ankieta zawierała pytania dotyczące traumatycznych przeżyć związanych z II wojną światową.

(2) Skala Potraumatycznego Stresu (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, PDS [27], tłumaczenie M. Dragan i M. Lis-Turlejskiej, z zastosowaniem „back translation” zaakceptowanym przez Ednę B. Foa). PDS umożliwia zarówno sformułowanie diag-

nozy PTSD zgodnie z kryteriami DSM-IV, jak i pomiar nasilenia objawów. W prezentowanym badaniu zastosowano PDS bez części zawierającej pytania dotyczące ekspozycji na różnego rodzaju zdarzenia traumatyczne, np. związanych z doznaną przemocą interpersonalną, zastępując ją ankietą dotyczącą przeżytej traumy wojennej. 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) [28]. W badaniu przeprowadzonym za pomocą polskiej adaptacji skali wskaźnik zgodności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha dla intensywności objawów B, C i D wyniósł 0,87.

(3) Skala Wpływu Zdarzenia (Impact of Event Scale, IES, [29], tłumaczenie: M. Lis-Turlejska i A. Łuszczynska). IES służy do pomiaru objawów potraumatycznych intruzji i unikania. Zawiera 15 pozycji opisujących objawy należące do obu tych kategorii. Uważa się (np. [30]), że IES różnicuje osoby, które uzyskują vs nie uzyskują klinicznej diagnozy PTSD. Współczynnik zgodności wewnętrznej w prezentowanym badaniu  $\alpha = 0,93$ .

(4) Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI [31, 32], tłumaczenie M. Lewicka i J. Czapiński). BDI obejmuje 21 pozycji, odpowiedzi oceniane są w skali od 0 do 3. Kwestionariusz ten wciąż jest używany w badaniach na całym świecie i charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (por. [33]). W prezentowanym tu badaniu własnym wskaźnik  $\alpha$  dla BDI wyniósł 0,85.

## Wyniki

Przedział przeżytych w czasie wojny traumatycznych zdarzeń waha się od 1,83% do 47,25% (tabela 1). Najczęściej wymieniane było przebywanie w Warszawie podczas powstania warszawskiego, najrzadziej – przymusowe wywiezienie do ZSRR. Co najmniej jedno zdarzenie traumatyczne przeżyło 67,4%. Liczba zdarzeń traumatycznych związanych z wojną zawierała się w przedziale 0–4 ( $M = 1,03$ ;  $SD = 0,91$ ).

Tabela 1. **Rozpowszechnienie potencjalnie traumatycznych zdarzeń podczas II wojny**

Zdarzenia potencjalnie traumatyczne podczas II wojny światowej	N	%
roboty przymusowe	11	5,05
obóz koncentracyjny	7	3,21
przymusowe wywiezienie do ZSRR	4	1,83
pobyt w Warszawie podczas powstania	103	47,25
śmierć matki podczas wojny	8	3,67
śmierć ojca podczas wojny	37	16,97
śmierć kogoś innego z najbliższej rodziny	51	23,39

N – liczba osób badanych; % – procent

Na podstawie wyników otrzymanych w kwestionariuszu PDS wyodrębniono grupę osób charakteryzujących się klinicznym nasileniem objawów PTSD. Osoby te spełniały kryteria B, C i D wg DSM-IV. Rozpowszechnienie klinicznego nasilenia objawów PTSD w badanej grupie wynosiło 29,4%. Średnie wartości liczby objawów z grupy B, C i D wynosiły odpowiednio 2,08 (SD = 1,74), 2,34 (SD = 1,98) i 2,40 (SD = 1,69). Dla głębokości objawów analogiczne wskaźniki są następujące: 3,01 (SD = 3,21), 3,61 (SD = 3,75), 4,07 (SD = 3,67).

W tabeli 2 przedstawiono rozpowszechnienie poszczególnych objawów PTSD wg kryteriów B, C i D (DSM-IV). Większość osób badanych doświadczała złego samopoczucia psychicznego po przypomnieniu urazowego zdarzenia, problemów z zasypianiem lub ze snem albo problemów z koncentracją.

Tabela 2. **Rozpowszechnienie objawów PTSD (pomiar za pomocą PDS)**

Objawy PTSD	N	%
<b>Kryterium B</b>		
Nawracające i intruzywne myśli i obrazy dotyczące urazowego zdarzenia	103	47,2
Przeżywanie koszmarów sennych dotyczących urazowego zdarzenia	59	27,1
Ponowne przeżywanie urazowego zdarzenia, zachowywanie się lub uczucie jakby wystąpiło ono znowu	56	25,7
Złe samopoczucie psychiczne, kiedy urazowe zdarzenie zostanie przypomniane	136	62,4
<b>Kryterium C</b>		
Reaktywność fizjologiczna podczas przypominania sobie o urazowym zdarzeniu	73	33,5
Unikanie myślenia i mówienia o urazowym zdarzeniu lub unikanie związanych z nim uczuć	104	47,7
Unikanie działań, miejsc lub ludzi, którzy przypominają o urazowym zdarzeniu	71	32,6
Niemożność przypomnienia sobie wszystkich ważnych elementów urazowego zdarzenia	64	29,4
Znaczna utrata zainteresowań ważnymi zajęciami lub znacznie rzadsze uczestniczenie w tych zajęciach	55	25,2
Poczucie dystansu lub odcinania się od innych ludzi	49	22,5
Ograniczony zakres afektu	52	23,9
<b>Kryterium D</b>		
Poczucie, jakby przyszłe plany lub nadzieje miały się nie spełnić	90	41,3
Problemy z zasypianiem lub ze snem	111	50,9
Poczucie irytacji lub wybuchy złości	90	41,3
Problemy z koncentracją	130	59,6
Nadmierna czujność	61	28,0
Częsty przestrasch lub wzdryganie się	105	48,2

N – liczba osób; % – procent grupy

Kliniczne nasilenie objawów PTSD oceniano również na podstawie wyników otrzymanych w skali IES. Średnia wyników wynosiła  $M = 19,67$  ( $SD = 17,33$ ). U 18,8% osób badanych stwierdzono wyniki wyższe od punktu odcięcia wynoszącego 35 [por. 34].

Średni wynik w skali BDI wyniósł  $M = 12,69$  ( $SD = 7,07$ ; min. = 0, maks. = 35). W tabeli 3 przedstawiono rozkład częstości występowania klinicznego nasilenia depresji osób badanych, ocenianego na podstawie wyników otrzymanych w kwestionariuszu BDI. Najwięcej osób badanych charakteryzowało się słabym do umiarkowanego nasileniem depresji.

Tabela 3. Rozkład częstości nasilenia depresji osób badanych

Nasilenie depresji	N	%
normalne wahania nastroju	74	33,9
depresja słaba do umiarkowanej	100	45,9
depresja umiarkowana do ciężkiej	41	18,8
depresja ciężka	2	0,9
brak danych	1	0,5
Ogółem	218	100

W tabeli 4 przedstawiono rozkład częstości występowania klinicznego nasilenia objawów PTSD według kryteriów B, C i D w zależności od wieku, wykształcenia, utraty jednego z rodziców podczas wojny oraz przeżycia co najmniej jednego wydarzenia urazowego podczas wojny. Zestawienie uzupełniono wartościami testu  $\chi^2$  dla czterech zmiennych: wieku, wykształcenia, utraty rodzica i doświadczeń traumatycznych związanych z wojną w powiązaniu z klinicznym (lub nie) nasileniem objawów PTSD. Istotnie statystycznie wyniki  $\chi^2$  sugerują istnienie zależności między badanymi zmiennymi.

Tabela 4. Predyktory PTSD

	Kliniczne nasilenie objawów				Chi <sup>2</sup>	df	p
	Nie		Tak				
	N	%	N	%			
<b>Wiek</b>							
63–70 lat	73	47,4	19	29,7	9,49	2	0,009*
71–75 lat	58	37,7	25	39,1			
powyżej 75 lat	23	14,9	20	31,1			
<b>Wykształcenie</b>							
średnie	48	31,8	21	35,6	1,15	2	0,563
niepełne wyższe	22	14,6	11	18,6			
wyższe	81	53,6	27	45,8			
<b>Utrata jednego z rodziców</b>							

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

nie	134	87,0	43	67,2	11,64	1	0,001**
tak	20	13,0	21	32,8			
Zdarzenie urazowe podczas wojny							
nie	56	36,4	15	23,4	3,44	1	0,064
tak	98	63,6	49	76,6			

\* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; N – liczba osób z klinicznym nasileniem objawów według kryteriów B, C i D; % – procent grupy;  $\chi^2$  – statystyka opisowa; df – liczba stopni swobody; p – istotność statystyczna

Zanotowano istotne statystycznie zależności pomiędzy klinicznym nasileniem objawów PTSD a wiekiem osób badanych i doświadczeniem utraty co najmniej jednego z rodziców oraz zbliżoną do istotności statystycznej ( $p = 0,06$ ) zależność pomiędzy klinicznym nasileniem objawów PTSD a przeżyciem co najmniej jednego wydarzenia urazowego podczas wojny. Nie zanotowano natomiast istotnej statystycznie zależności pomiędzy klinicznym nasileniem objawów a wykształceniem osób badanych.

Stwierdzono, że w grupie badanych w wieku 63–70 lat było więcej osób bez klinicznego nasilenia objawów PTSD niż z ich klinicznym poziomem. W grupie wiekowej 71–75 lat proporcje osób z klinicznym nasileniem objawów i bez klinicznego nasilenia objawów były do siebie zbliżone. Natomiast w grupie wiekowej powyżej 75 lat było więcej osób z klinicznym nasileniem objawów PTSD.

W grupie osób, które doświadczyły utraty co najmniej jednego z rodziców, było więcej osób z klinicznym nasileniem objawów niż w grupie bez takich doświadczeń. Podobnie w grupie osób, które przeżyły co najmniej jedno zdarzenie urazowe podczas wojny, było więcej osób z klinicznym nasileniem objawów niż w grupie bez takich doświadczeń.

### Dyskusja i wnioski

W przedstawionym badaniu uzyskano wysokie wskaźniki rozpowszechnienia klinicznego nasilenia PTSD. 29,4% osób przejawiało kliniczne nasilenie objawów PTSD, zgodnie z kryteriami DSM-IV (przynajmniej 1 objaw z grupy B, przynajmniej 3 z C i przynajmniej 2 z D).

Uzyskany wskaźnik można porównać z danymi z badań epidemiologicznych prowadzonych po 2000 r. na reprezentatywnych próbach krajowych. W USA wyniósł on 6,8% [35], w badaniu zaś sześciu krajów europejskich 1,9% [36]. Wysoki poziom objawów PTSD w badanej grupie należy uznać za znaczący tym bardziej, że wszystkie osoby badane uczestniczyły w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku, a więc należały do osób aktywnych, realizujących zajęcia pozadomowe. Przy rygorystycznym zastosowaniu wszystkich kryteriów DSM-IV poziom diagnozy PTSD byłby prawdopodobnie nieco niższy. Przyjmując, że wszystkie osoby badane przeżyły II wojnę światową w Polsce, zdecydowano jednak pominąć pytania dotyczące ekspozycji na różne typy traumatycznych zdarzeń wymienionych w części I PDS. Zwraca uwagę także wysoka średnia głębokości objawów PTSD. Zgodnie z instrukcją osoby badane korzystają z czterostopniowej skali Likerta dotyczącej częstości występowania



symptomów od 0 (wcale) do 3 (prawie zawsze). Ogólny wskaźnik uzyskuje się przez zsumowanie odpowiednich ocen z wszystkich 17 objawów. W naszym badaniu średni wskaźnik głębokości objawów wyniósł 10,62 (SD = 9,04). Analogiczny wskaźnik uzyskany w badaniu 853 studentów wyniósł 6,03 [37], w badaniu zaś 458 osób leczących się w ośrodkach terapii uzależnień z powodu uzależnienia od alkoholu: 12,98 [38]. Wysokość uzyskanych wskaźników zaburzeń potraumatycznych w badanej grupie zwraca uwagę także w kontekście badań dotyczących adaptacji potraumatycznej u dzieci, które stały się ofiarami wspólnie prowadzonych wojen. M.in. dane z badań takich autorów, jak: Sack i wsp. [20] oraz Laor i wsp. [21], wskazują na niższe wskaźniki PTSD, a zwłaszcza na ich zmniejszanie się w miarę upływu czasu (por. także [23]). Koncepcje zdrowienia i adaptacji potraumatycznej [26] zwracają uwagę na znaczenie czynników społeczno-kulturowych oraz edukacji dotyczącej roli traumy. Można przypuszczać, że wysoki poziom objawów PTSD i depresji uzyskany w naszym badaniu wiąże się m.in. z czynnikami społeczno-kulturowymi takimi, jak niski poziom edukacji społecznej dotyczącej skutków stresu traumatycznego i PTSD, oraz niewielkie w porównaniu z krajami zachodnimi możliwości specjalistycznego leczenia PTSD. Istotna jest także negatywna, z punktu widzenia traumy wojennej, rola warunków społeczno-politycznych w okresie PRL. Można także zwrócić uwagę na badania nad pamięcią w późnym wieku. Wskazują one na to, że „osoby starsze wyjątkowo dobrze pamiętają kontekst emocjonalny” [39, s. 450] i to może także przyczyniać się do wysokich wskaźników PTSD uzyskanych w najstarszym przedziale wiekowym.

#### **Актуальный уровень симптомов посттравматического стресса (ПТС) в пробе лиц, которые в детстве пережили II Мировую войну**

##### **Содержание**

**Задание.** Установление распространенности ПТС, а также степени симптомов, шире объясняемого, как посттравматического стресса, м.и. депрессии среди лиц, которые в детстве и молодости пережили II Мировую войну.

**Метод.** Обследовано 218 человек, в возрасте 63–78 лет, с использованием анкеты, относящейся к травматическим переживаниям, связанных с войной: ПДС (Фоя, 1995) и ИЕС (Горовец и др. 1976) для оценки симптомов ПТС и БДИ (Бекк и др. 1961) для оценки симптомов депрессии.

**Результаты.** Экспозиция на отдельные происшествия, потенциально травматически связанные с войной колеблются между 1,83% до 47,25%. Распространение клинического утяжеления симптомов ПТС по ПДС равнялось 29,4%. Средние показатели числа симптомов из группы Б, Ц, Д равнялись, соответственно, 2,08 (откл. =1,74), 2,34 (откл. 1,98) и 2,30 (откл. 1,69). Предикторами клинического утяжеления симптомов ПТС был старший возраст, боль потери родителя (на границе статистической значимости), переживание с, хотя бы, одного травматического эпизода во время войны.

**Выводы.** 60 лет после войны почти одна третья часть респондентов указывает на клиническое утяжеление симптомов ПТС. Принимая во внимание результаты исследований над детьми, уцелевшими после в настоящее время проводимых военных действий, причин высокого уровня посттравматических симптомов необходимо также искать в психообщественно-культурных факторах.

### **Aktueller posttraumatischer Stresslevel Beispiel der Personen, die ihre Kindheit im Zweiten Weltkrieg durchlebt haben**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie war die Bestimmung der Verbreitung von PTSD und Level der Symptome, die weiter als posttraumatisch betrachtet werden, u.a. Depression unter den Personen, die ihre Kindheit und Adoleszenz im Zweiten Weltkrieg durchlebt haben.

**Methode.** 218 Personen im Alter von 63 bis 78 Jahren wurden untersucht. Messinstrumente: Umfrage zu traumatischen mit dem Krieg verbundenen Ereignissen; PDS (Foa, 1995), IES (Horowitz u.a., 1976), zur Erfassung von PTSD und BDI (Beck u.a., 1961) zur Erfassung von Depression.

**Ergebnisse.** uf einzelne potentiell traumatische Ereignisse, die mit dem Krieg verbunden waren, lag bei 1,83% bis 47,25%. Die Verbreitung der klinischen Intensität der PTSD – Symptome nach PDS lag bei 29,4%. Die mittleren Werte der Zahl der Symptome aus der Gruppe B, C, D lagen dementsprechend bei 2,08 (SD = 1,74), 2,34 (SD = 1,98) und 2,40 (SD = 1,69). Die Prädiktoren der klinischen Intensität der Symptome von PTSD waren das hohe Alter, Verlust eines Elternteils und (an der Grenze der statistischen Signifikanz) mindestens ein traumatisches Erlebnis während des Krieges.

**Schlussfolgerungen.** 60 Jahre nach dem Kriege zeigt ein Drittel der Befragten klinische Intensität der PTSD – Symptome. Im Hinblick auf die Ergebnisse der Studien an den Kindern, die aus den zur Zeit geführten Kriegen mit dem Leben davongekommen sind, soll man die Ursachen für hohen Level der posttraumatischen Symptome auch in den psychosozial – kulturbedingten Faktoren suchen.

### **Le niveau actuel des symptômes du stress post-traumatique de l'échantillon des gens qui ont survécu la deuxième guerre mondiale durant leur enfance**

#### **Résumé**

**Objectif.** Déterminer la prévalence de PTSD et le niveau des symptômes largement considérés comme post-traumatiques par ex. la dépression chez les enfants polonais qui ont survécu la deuxième guerre mondiale.

**Méthode.** On examine 218 personnes âgées de 63–78 ans avec : enquête concernant les événements traumatiques de la guerre, PDS (Foa, 1995), IES (Horowitz et autres, 1976) pour mesurer les symptômes de PTSD et BDI (Beck et autres, 1961) pour mesurer la dépression.

**Résultats.** L'exposition aux événements potentiellement traumatiques – 1,83% – 47,24%. La prévalence des symptômes de PTSD d'après PDS – 29,4%. Les valeurs moyennes des catégories des symptômes : B, C, D – respectivement : 2,08 (SD=1,74), 2,34 (SD=1,98), 2,40 (SD=1,69). Les prédicteurs du niveau clinique de PTSD : âge plus avancé, perte d'un parent (cette variable est à la limite de la signifiante statistique), au moins un événement traumatique subi durant la guerre.

**Conclusions.** 60 ans après la deuxième guerre mondiale presque un tiers de personnes analysées manifeste les symptômes cliniques intenses de PTSD. En prenant en considération les résultats des recherches touchant les enfants survivant les guerres d'aujourd'hui il faut chercher des causes du niveau élevé des symptômes post-traumatiques aussi dans les facteurs psycho-sociaux et culturels.

#### **Piśmiennictwo**

1. Krell R. *Child survivors of the Holocaust: 40 years later*. J. Amer. Acad. Child Psychiatry 1985; 24 (4): 378–412.
2. Harel Z, Kahana B, Kahana E. *Social resources and mental health of aging Nazi Holocaust survivors and immigrants*. W: Wilson J, Raphael B. red. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993, s. 241–252.

3. Helmreich WB. *Against all odds: Holocaust survivors and the successful lives they made in America*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers; 1996.
4. Krell R. *Child survivors of the Holocaust: Strategies of adaptation*. *Canad. J. Psychiatry* 1993; 38: 384–389.
5. Yehuda R, Schmeidler J, Siever LJ, Binder-Brynes K, Abbie Elkin A. *Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profiles in Holocaust survivors in concentration camps and hiding*. *J. Trauma Stress*. 1997; 10 (16): 453–463.
6. Cohen E, Dekel R, Solomon Z, Lavie T. *Posttraumatic stress symptoms and fear of intimacy among treated and non-treated survivors who were children during the Holocaust*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2003; 38: 611–617.
7. Bandura L. *Wpływ wojny na psychikę dzieci i młodzieży*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2004.
8. Póltawska W. *Z badań nad „dziećmi oświęcimskimi”*. *Przegl. Lek.* 1965; 21 (1): 21–23.
9. Póltawska W, Jakubik A, Gałarski J. *Wyniki badań psychiatrycznych osób urodzonych lub więzionych w dzieciństwie w hitlerowskich obozach koncentracyjnych*. *Przegl. Lek.* 1966; 22 (1): 21–36.
10. Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Pietruszewski K, Czaplak E, Izdebski R, Kamińska M. *Psychospołeczne następstwa Holocaustu u osób ocalonych i żyjących w Polsce*. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28: 91–112.
11. Lis-Turlejska M, Łuszczynska 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.
12. 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.
13. Kuwert P, Brähler E, Glaesmer H, Freyberger HJ, Decker O. *Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study*. *Int. Psychogeriatr.* 2009; 21: 748–753.
14. Strauss K, Dapp U, Anders J, von Renteln-Kruse W, Schmidt S. *Range and specificity of war-related trauma to posttraumatic stress; depression and general health perception: Displaced former World War II children in late life*. *J. Affect. Disord.* 2011; 128 (3): 267–276.
15. Räikkönen K, Lahti M, Heinonen K, Pesonen AK, Wahlbeck K, Kajantie E, Osmond C, Barker DJ, Eriksson JG. *Risk of severe mental disorders in adults separated temporarily from their parents in childhood: The Helsinki birth cohort study*. *J. Psychiatr. Res.* 2010; 179 (2): 226–230.
16. Ajdukovic M, Ajdukovic D. *Psychological well-being of refugee children*. *Child Abuse Negl.* 1993; 17 (6): 843–854.
17. Stein B, Comer D, Gardner W, Kelleher K. *Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1999; 34 (9): 464–469.
18. Kinzie JD, Sack W, Angell R, Clarke G, Ben R. *A three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989; 28 (4): 501–504.
19. Barenbaum J, Ruchkin V, Schwab-Stone M. *The psychosocial aspects of children exposed to war: Practice and policy initiatives*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2004; 45 (1): 41–62.
20. Sack WH, Him C, Dickason D. *Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1999; 38 (9): 1173–1179.
21. Laor N, Wolmer L, Cohen DJ. *Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack*. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158 (7): 1020–1026.
22. Ajdukovic M, Ajdukovic D. *Impact of displacement on the psychological well-being of refugee children*. *Int. Rev. Psychiatry* 1998; 10 (3): 186–195.

23. Jones L, Kafetsios K. *Assessing adolescent mental health in war-affected societies: The significance of symptoms*. Child Abuse Negl. 2002; 26 (10): 1059–1080.
24. Kuterovac-Jagodić G. *Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: a prospective study*. J. Clin. Psychol. 2003; 59 (1): 9–25.
25. Punamäki RL. *Can ideological commitment protect children's psycho-social well-being in political violence?* Child Dev. 1996; 67: 55–69.
26. Betancourt TS, Khan KT. *The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience*. Int. Rev. Psychiatry 2008; 20: 317–328.
27. Foa EB. *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1995.
28. Foa EB, Cashman LH, Jaycox LH, Perry K. *The validation of a self-report measure of PTSD: The PTSD Diagnostic Scale (PDS)*. Psychol. Assessm. 1997; 9: 445–451.
29. Horowitz MJ, Wilner NR, Alvarez W. *Impact of Event Scale: A measure of subjective distress*. Psychosom Med. 1979; 41: 208–218.
30. Joseph S. *Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: A review*. J Trauma Stress. 2000; 13: 101–113.
31. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
32. Czapiński J. *Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej*. Niepublikowany raport z badań (Raport 1 H01F 077 08). Warszawa, Międzywydziałowy Instytut Studiów Społecznych UW, 1998.
33. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation*. Clin. Psychol. Rev. 1988; 8 (1): 77–100.
34. Lis-Turlejska M. *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 2005.
35. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, & Walters E.E. *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62: 593–602.
36. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz S, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut, G. *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatr. Scand., 2004; 10; 21–27
37. Moser JS, Hajcak G, Simons RF, Foa EB. *Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: the role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect*. J. Anxiety Disord. 2007; 21 (8): 1039–1049.
38. Dragan M, Lis-Turlejska M. *Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland*. Addict. Behav. 2007; 32: 902–911.
39. Jagodzińska M. *Psychologia pamięci: badania, teorie, zastosowania*. Gliwice: Helion; 2008.

Adres: Maja Lis-Turlejska  
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej  
03-815 Warszawa, ul. Chodakowska 19/31

Otrzymano: 11.02.2011  
Zrecenzowano: 6.01.2012  
Otrzymano po poprawie: 8.02.2012  
Przyjęto do druku: 20.02.2012  
Adiustacja: L. Sz.