

## SOCIJALNA PERCEPCIJA PTSP-a

### Prepoznatljivost i percipirana mogućnost kontrole nekih simptoma

VERA ČUBELA  
Filozofski fakultet u Zadru  
*Faculty of Philosophy in Zadar*

UDK/UDC: 159.97:616.89  
Izvorni znanstveni članak  
*Original scientific paper*

Primljeno  
: 1996-10-14  
*Received*

U radu su prikazani rezultati istraživanja, provedena na uzorku studenata Sveučilišta u Mostaru (N=99), kojemu je cilj bio utvrditi prepoznatljivost i percipiranu mogućnost kontrole nekih simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), te efekt informacije o dijagnosticiranom PTSP-u na prepoznavanje ponašanja kao simptoma PTSP-a i percepciju mogućnosti njegove kontrole.

Analiza dobivenih podataka pokazuje da među jasno prepoznatljivim simptomima dominiraju tzv. reakcije intruzije, kojima se općenito atribuiraju manja mogućnost kontrole. Etiketa "PTSP" ne mijenja značajno njihovu prepoznatljivost, ali pojačava dojam o nemogućnosti kontrole nekih od ovih simptoma. Tzv. reakcije poricanja su slabije prepoznatljive; moguće je da se, zapravo, teže uočava njihov obrambeni karakter, pa se stoga ni ne prepoznaje njihova veza s traumatskim iskustvom. Ove razlike u prepoznatljivosti i atribucijama kontrole mogle bi utjecati na socijalnu evaluaciju osoba s PTSP-em s različitim simptomatologijom.

#### *Uvod*

Analizirajući razlike u socijalnoj evaluaciji osoba s različitim psihijatrijskim dijagnozama, Lopez i Wolkenstein (1990) ukazali su na povezanost

socijalne evaluacije s kliničkom slikom poremećaja. Tako, između ostalog, navode da je odnos okoline prema shizofrenima pozitivniji i tolerantniji ako u kliničkoj slici dominiraju tzv. pozitivni simptomi shizofrenije, nego kad je slika dominantno negativna, te sugeriraju da se ove razlike mogu objasniti različitim atribucijama pozitivnih i negativnih simptoma: pozitivni simptomi se atribuiraju "bolesti", odnosno faktorima koji su izvan mogućnosti kontrole pojedinca, dok se negativni simptomi zapravo *ne prepoznaju* kao simptomi bolesti, pa se atribuiraju faktorima koje osoba može kontrolirati (što bi objašnjavalo zašto okolina može imati dojam da osoba s dominantno negativnom simptomatologijom zapravo ni nije bolesna). Na kraju ove analize Lopez i Wolkenstein ističu važnost razlikovanja atribucije mogućnosti kontrole *uzroka poremećaja* od atribucije mogućnosti kontrole *ponašanja koje je simptom poremećaja*. Poremećaj se npr. može atribuirati uzroku koji pojedinac nije mogao kontrolirati, ali to ne jamči toleriranje njegova ponašanja koje je simptom poremećaja: ponašanje, naime, mora biti atribuirano poremećaju, odnosno prepoznato kao simptom. Atribuirana (ne)mogućnost kontrole bila bi, prema tome, jedna od ključnih psiholoških odrednica reakcija socijalne okoline prema osobama s psihopatološkim simptomima.

Atribucija mogućnosti kontrole zapravo je jedna od dimenzija u atribucijskom modelu motivacije Bernarda Weinerja (1980). Weiner je i sam sugerirao mogućnost primjene ovog modela u analizi socijalne evaluacije patoloških fenomena, posebice kad je riječ o aspektima evaluacije koji su povezani s percepcijom odgovornosti, kao što su stupanj sažaljenja, srdžbe i drugih emocionalnih reakcija prema osobama s određenom patologijom, zatim procjene stupnja u kojem im (ni)je potrebna pomoć, izbor najefikasnije vrste tretmana itd. (Weiner, 1980, 1992). Istraživanje socijalne percepcije 10 različitih poremećaja (5 tjelesnih i 5 mentalno-bihevioralnih, među kojima je i "vijetnamski sindrom"), provedeno na grupi američkih i kanadskih studenata, potvrdilo je polazne pretpostavke da je atribucija manje "odgovornosti" osobe s određenom dijagnozom povezana s većim stupnjem sažaljenja i izraženijom tendencijom pomaganja, te da se osobama s tjelesnim poremećajima općenito atribuiraju manja "odgovornost" nego osobama s dijagnozom nekog mentalno-bihevioralnog poremećaja, što onda rezultira i većim procjenama sažaljenja i tendencije pomaganja (Weiner i sur., 1988). Zanimljivo je da se procjene dobivene za "vijetnamski sindrom" ne uklapaju u potpunosti u dobiveni obrazac procjena za mentalno-bihevioralne poremećaje: s obzirom na atribuciju "odgovornosti" ovaj je sindrom bliži tjelesnim nego drugim mentalno-bihevioralnim poremećajima (obuhvaćenim ovim istraživanjem); isto vrijedi i za procjene sažaljenja prema osobama s ovim sindromom, ali ne i za tendenciju pomaganja: ona je značajno manja nego kod tjelesnih poremećaja, ali i

značajno izraženija od tendencije pomaganja osobama s dijagnozom nekog drugog mentalno-bihevioralnog poremećaja.

Neke primjedbe u vezi s ovim istraživanjem Weinerja i suradnika zavređuju posebnu pozornost.

Kao što autori i sami navode, pojam "odgovornosti" nije dovoljno preciziran, pa nije jasno jesu li ispitanici, procjenjujući "odgovornost" osobe s nekom dijagnozom, procjenjivali njezinu mogućnost utjecanja na okolnosti koje su dovele do poremećaja (odgovornost za uzrokovanje poremećaja) ili, pak, odgovornost u smislu mogućnosti utjecanja na aktualno stanje. Ovo razlikovanje važno je utoliko što utječe i na poimanje "pružanja pomoći", na što je ukazao i Brickman (prema Sampson, 1991). Ako se osoba npr. ne smatra odgovornom za uzrokovanje problema, ali joj se atribuiraju odgovornost za njegovo rješavanje, uloga pomagača poima se više kao pružanje potpore, nego liječenje (tzv. kompenzacijski model pomaganja).

Nadalje, postoji mogućnost da je i sam naziv "vijetnamski sindrom" utjecao na smjer procjenjivanja "odgovornosti" osoba s ovim sindromom jer, zapravo, naglašava okolnosti koje su uzrokovale traumu i na koje osoba nije mogla utjecati. Na ovakav zaključak upućuje i činjenica da su se upravo procjene odgovornosti i korespondentnih varijabli u ovom istraživanju pokazale neosjetljivima na manipuliranje informacijom o stupnju u kojem je osoba i sama doprinijela okolnostima koje su uzrokovale poremećaj.

Polazeći od ovih zapažanja, te imajući u vidu važnost *potpore* socijalne okoline u tretmanu posttraumatskog stresnog poremećaja (Moro i sur., 1992) i odnos atribucija odgovornosti koji ovaj koncept potpore implicira, bilo bi zanimljivo analizirati laičku koncepciju posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP). S obzirom na rezultate Weinerja i suradnika (1988) moglo bi se očekivati da se PTSP općenito percipira kao poremećaj za koji osoba nije odgovorna, ali da joj se - sukladno zapažanjima Lopeza i Wolkensteina u području evaluacije shizofrenije i afektivnih psihoza - atribuiraju određena mogućnost kontrole ponašanja koje je simptom PTSP-a, posebice kad konkretno ponašanje nije prepoznatljiv simptom PTSP-a.

Provedeno je istraživanje s ciljem utvrđivanja: 1. prepoznatljivosti nekih simptoma PTSP-a; 2. percipirane mogućnosti kontrole tih simptoma; 3. efekta etiketiranja neke reakcije kao "reakcije osobe kod koje je dijagnosticiran PTSP" na njezino prepoznavanje i percipiranu mogućnost kontrole.

### *Metoda*

U istraživanju je sudjelovalo 99 ispitanika (studenti Pedagoškog fakulteta u Mostaru).

Ispitanicima je dat popis 22 različita aspekta doživljavanja i ponašanja kojim su obuhvaćeni neki simptomi PTSP-a (simptomi ponovnog proživljavanja traumatskog iskustva, simptomi izbjegavanja podražaja vezanih uz traumu i otupjelosti općeg reagiranja, znaci povećane pobuđenosti), kao i neki oblici ponašanja koji bi se mogli označiti kao sekundarni ili pridruženi simptomi, poput nasilničkog ponašanja ili upotrebe alkohola ili droga radi smanjenja uznemirenosti (Foy, 1994; Jukić i Muačević, 1992).

Od ispitanika se tražilo da, uz svaki navedeni aspekt doživljavanja ili ponašanja, na skali od 5 stupnjeva procijene stupanj u kojem je, po njihovom mišljenju, dostupan voljnoj kontroli pojedinca (od -2 /potpuno izvan mogućnosti kontrole pojedinca/ do +2 /potpuno pod voljnom kontrolom pojedinca/).

Nakon procjenjivanja ispitanici su trebali označiti one aspekte doživljavanja i ponašanja s prethodnog popisa koje oni osobno smatraju simptomima PTSP-a.

Da bi se ispitao efekt etiketiranja, polovici ispitanika (grupa B) je rečeno da se radi o popisu nekih aspekata doživljavanja i ponašanja osobe kod koje je dijagnosticiran PTSP (što je moglo, ali nije moralo implicirati da je to i popis simptoma PTSP-a). Ispitanici u grupi A nisu dobili ovu informaciju.

### *Rezultati i diskusija*

Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 1. u kojoj "simptomi" nisu poredani onako kako su bili poredani na popisu koji je dat ispitanicima, već prema utvrđenoj prepoznatljivosti u grupi A.

Tablica 1. *Utjecaj informacije o dijagnozi PTSP-a na prepoznavanje i percepciju mogućnosti kontrole nekih simptoma PTSP-a (podaci dobiveni na studentima Pedagoškog fakulteta u Mostaru)*

"SIMPTOM"	A1	B1	A2	B2	t-test
mučni snovi - sjećanja na traumatski događaj	.86**	.84**	2.240	1.673	2.116*
poteškoće uspavlivanja	.84**	.88**	2.420	1.735	2.991*
žive slike - sjećanja na traumatski događaj	.82**	.70**	2.500	2.000	1.931
fiziološke reakcije pri podsjećanju na traumatski događaj	.82**	.78**	2.440	1.673	3.105**
psihološka patnja pri podsjećanju na traumatski događaj	.78**	.76**	2.700	2.204	1.984*
znaci prenapregnutosti	.72**	.71**	2.860	2.449	1.569
neprestano razmišljanje o proživljenoj traumi	.68**	.71**	3.480	3.102	1.447
srdžba i samosažaljenje	.68**	.57	3.380	3.490	-0.507
poteškoće prisjećanja traumatskog događaja	.58	.47	2.880	2.469	1.664
osjećaj otuđenosti	.52	.43	3.160	3.429	-1.059
izbjegavanje situacija i aktivnosti koje podsjećaju na traumu	.50	.55	3.880	3.959	-0.387
razdražljivost	.48	.39	3.360	3.143	0.904
upotreba sredstava za smirenje	.46	.33**	4.100	3.816	1.052
osjećaj beznađa	.42	.27**	3.540	3.327	0.888
stalna pozornost i oprez	.42	.55	3.480	3.102	1.703
nasilničko ponašanje	.40	.14**	3.760	2.878	3.161**
izbjegavanje misli i osjećaja vezanih uz traumu	.38*	.49	3.280	3.184	0.417
osjećaj čuvstvene otupjelosti	.38*	.10**	3.000	3.143	-0.540
izljevi srdžbe i agresivnog ponašanja	.36*	.25**	3.740	3.347	1.572
poteškoće koncentracije	.22**	.25**	3.220	2.918	1.274
suzdržanost u izražavanju osjećaja	.18**	.27**	3.800	3.517	0.939
strah od gubitka kontrole nad vlastitim ponašanjem	.16**	.33**	3.755	3.367	1.630

**Legenda:**

A i B - grupe ispitanika koje su dobile različitu uputu: grupi B (N=49) rečeno je da će procjenjivati neke aspekte doživljavanja i ponašanja osobe kod koje je dijagnosticiran PTSP; grupi A (N=50) nije data informacija o dijagnozi PTSP

A1 i B1 - podaci o prepoznatljivosti simptoma u grupama A i B. Prepoznatljivost je određena proporcijom studenata u grupi koji su navedeni aspekt doživljavanja ili ponašanja označili kao simptom PTSP-a. Zvezdicama su obilježene proporcije označavanja koje su značajno različite od proporcija neoznačavanja datog simptoma (\*\*= $p < .01$ ; \*= $p < .05$ )

A2 i B2 - podaci o percipiranoj mogućnosti kontrole simptoma PTSP-a u grupama A i B (prosječne procjene mogućnosti kontrole navedenog aspekta doživljavanja ili ponašanja na skali od 1/potpuno izvan mogućnosti kontrole pojedinca/ do 5/pod punom voljnom kontrolom pojedinca/)

Prepoznatljivost pojedinog simptoma određena je na temelju proporcije ispitanika koji su ga označili kao simptom PTSP-a. Pomoću U-skale određene su granice pouzdanosti dobivenih proporcija za svaki simptom i tako identificirani oni simptomi za koje se, uz rizik od 1% ili 5%, može reći da je proporcija ispitanika koji ih prepoznaju kao simptom značajno različita od proporcije onih koji ih ne prepoznaju kao simptom (u Tablici su proporcije prepoznavanja ovih simptoma u grupama A i B označene zvezdicama: \*\* =  $p < .01$ , \* =  $p < .05$ )

Na ovaj su način dobivene 3 grupe simptoma. Prema podacima grupe A (stupac A1 u Tablici 1.), prvih 8 simptoma mogli bismo označiti kao (*jasno*) *prepoznatljive* jer za njih značajno veća proporcija ispitanika u ovoj grupi misli da jesu nego što ih misli da nisu simptomi PTSP-a. S druge strane, zadnjih 6 simptoma, za koje značajno veća proporcija ispitanika misli da nisu nego što ih misli da jesu simptomi PTSP-a, mogli bi se označiti kao *neprepoznatljivi*. Između ove dvije grupe su oni simptomi kod kojih nema značajne razlike u proporcijama označavanja i neoznačavanja: drugim riječima, oni nisu *niti prepoznatljivi, niti neprepoznatljivi*.

Može se uočiti da, općenito, među prepoznatljivim simptomima dominiraju oni iz grupe ponovnog proživljavanja traume i povećane pobuđenosti, dok nisu prepoznatljivi ili su, pak, neprepoznatljivi simptomi otupjelosti općeg reagiranja i simptomi izbjegavanja.

Imajući u vidu Horowitzovu distinkciju reakcija intruzije i reakcija poricanja (prema Jakovljević, 1992), moglo bi se zaključiti da se najlakše prepoznaju zapravo oni simptomi koji su rezonanca proživljenog traumatskog iskustva i neposredne reakcije na takvo iskustvo u aktualnom doživljavanju i

ponašanju (mučni snovi-sjećanja, fiziološke reakcije, psihološka patnja pri podsjećanju itd.). Primjetna je i tendencija da se ovim ("prepoznatljivim") simptomima atribuiraju nemogućnost kontrole: prosječne procjene mogućnosti kontrole ovih simptoma (v. stupac A2 u Tablici 1.) manje su od 3, tj. bliže su onom polu na skali procjene koji označava potpunu nemogućnost kontrole. S druge strane, kod simptoma izbjegavanja i, posebno, otupjelosti općeg reagiranja (koje Horowitz naziva reakcijama poricanja, koje imaju obrambenu funkciju) veza s proživljenom traumom nije lako uočljiva što je moglo uvjetovati njihovo neprepoznavanje i atribucije veće mogućnosti kontrole.

Ako usporedimo prepoznatljivost simptoma u grupama A i B (stupci A1 i B1 u Tablici 1.), možemo vidjeti da je etiketiranje uvjetovalo nešto drugačiji raspored simptoma s obzirom na prethodno spomenute 3 grupe (ne)prepoznatljivosti. Međutim, prema rezultatima t-testa za proporcije jedina značajna promjena ( $p < .05$ ) dobivena je za osjećaj otupjelosti čuvstvenog reagiranja i za nasilničko ponašanje: oni se u grupi B značajno rjeđe identificiraju kao simptomi PTSP-a nego u grupi A.

Etiketiranje je imalo značajan efekt na procjene mogućnosti kontrole nekih simptoma (v. rezultate t-testa u Tablici 1.) i to u smislu manje mogućnosti kontrole prvenstveno "prepoznatljivih" simptoma (mučni snovi, poteškoće uspavlivanja, fiziološke reakcije i psihološka patnja u situacijama koje podsjećaju na proživljenu traumu); treba uočiti da se ovim simptomima i inače atribuiraju određena nemogućnost kontrole (v. stupac A2 u Tablici 1.). Isti je efekt etiketiranja dobiven i za procjene nasilničkog ponašanja: kad se procjenjuje kao ponašanje osobe s dijagnozom PTSP-a atribuiraju mu se značajno manja mogućnost kontrole nego kad se procjenjuje općenito kao oblik ponašanja, iako se u kontekstu reakcija osobe s dijagnozom PTSP-a rjeđe identificira kao simptom.

Moglo bi se zaključiti da, bar kad je riječ o studentima Sveučilišta u Mostaru koji su sudjelovali u ovom istraživanju, postoji stereotip kliničke slike PTSP-a koji obuhvaća one aspekte doživljavanja i ponašanja koji predstavljaju određenu rezonancu proživljene traume u aktualnom doživljavanju i ponašanju, te je u njima, zapravo, prepoznatljivo traumatsko iskustvo i neposredna reakcija na traumu, a znanje da je kod neke osobe dijagnosticiran PTSP djeluje tako da povećava već postojeće uvjerenje da ona ne može ili uglavnom ne može kontrolirati upravo te aspekte doživljavanja i ponašanja.

S obzirom na ulogu atribucija kontrole u procesu socijalne evaluacije, dobiveni podaci sugeriraju da bi odnos studenata prema osobi s PTSP-em mogao biti različit ovisno o zastupljenosti "prepoznatljivih" i "neprepoznatljivih" simptoma.

*Literatura*

- FOY, D. W. (ur.) (1994): *Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja. Kognitivno-bihevioralni postupci*, Jastrebarsko, Naklada "Slap".
- JAKOVLJEVIĆ, M. (1992): Neurobiologija posttraumatskog stresnog poremećaja, *Socijalna psihijatrija*, 20, 207-212.
- JUKIĆ, V., MUAČEVIĆ, V. (1992): Posttraumatski stresni poremećaj, u: KLAIN, E. (ur.): *Ratna psihologija i psihijatrija*, Zagreb, Glavni sanitetski stožer RH, 28-36.
- LOPEZ, S. R., WOLKENSTEIN, B. H. (1990): Attributions, Person Perception and Clinical Issues, u: GRAHAM, S., FOLKES, V. S. (eds): *Attribution Theory: Applications to Achievement, Mental Health and Interpersonal Conflict*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale.
- MORO, LJ., FRANČIŠKOVIĆ, T., BERTOVIĆ, G., VARENINA, G. (1992): Potpora radne sredine i obitelji kod posttraumatskog stresnog poremećaja, *Socijalna psihijatrija*, 20, 233-240.
- SAMPSON, E. E. (1991): *Social Worlds, Personal Lives. An Introduction to Social Psychology*, San Diego, HBJ.
- WEINER, B. (1980): A cognitive (attributional) - emotion - action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving, *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 186-200.
- WEINER, B., PERRY, R. P., MAGNUSSON, J. (1988): An attributional analysis of reactions to stigmas, *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- WEINER, B. (1992): *Human Motivation*, SAGE Publications.

*Vera Čubela*: THE SOCIAL PERCEPTION OF PTSD  
The Recognizability and the Perceived  
Controllability of Certain Symptoms

*S u m m a r y*

The paper describes the results of a research undertaken on a sample of students from the University of Mostar (N=99) whose purpose was to establish the recognizability and perceived controllability of certain symptoms of the posttraumatic stress disorder (PTSD) and the effect of the information relating to diagnosed PTSD on recognising behaviour as PTSD symptoms and on perceiving its controllability.

The analysis of the assembled data shows that the so-called reactions of intrusion which are generally associated with a smaller possibility of control were dominant among the clearly recognizable symptoms. The label "PTSD" does not significantly modify their recognizability but adds to the impression of controllability of some of these symptoms. The so-called denial avoidance reactions are less readily recognizable; there is a real possibility that it is more difficult to recognitions their characteristics as defence mechanism so that their connection to the traumatic experience passes unnoticed. These differences in recognising and attributing might influence the social evaluation of individuals with PTSD with different symptomatologies.