

Właściwości psychometryczne polskiej wersji Listy Zaburzeń po Stresie Traumatycznym według DSM-5 – PCL-5

Psychometric properties of the Polish version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 – PCL-5

Nina Ogińska-Bulik¹, Zygfryd Juczyński²

¹Institut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

²Uniwersytet WSB Merito w Łodzi

Summary

Aim. The changes in the structure of PTSD symptoms introduced in the DSM-5 classification require the use of an appropriate measurement tool. For this purpose, the PTSD Checklist (PCL-5) was constructed and popularized. In the presented studies, the psychometric properties of the Polish version of PCL-5 were assessed. In addition, referring to the controversy regarding the conceptualization of PTSD, various indicators of the fit of five PTSD structure models were checked based on our own research.

Method. Individuals (N = 1,035) who experienced various traumatic events participated in the anonymous research. All respondents completed PCL-5 and other questionnaires used to assess the validity of PCL-5.

Results. The psychometric properties of the Polish version of PCL-5 are satisfactory. In the differential diagnosis the optimal point of discrimination is the result of \square 33. Confirmatory factor analysis results showed that all tested PTSD models met the basic fit criteria. The four-factor model explained 58% of the variance, including changes in arousal and reactivity of 36%.

Conclusions. PCL-5 is a reliable and accurate tool for PTSD measurement. It is used for the initial diagnosis of PTSD. The conducted analyses, despite demonstrating the diagnostic utility of PCL-5, do not indicate favoring a single model of PTSD dimensionality.

Słowa kluczowe: PTSD, struktura wymiarów, diagnoza różnicowa

Key words: PTSD, dimensional structure, differential diagnosis

Wprowadzenie

Problematyka traumy od wielu lat jest przedmiotem dużego zainteresowania zarówno badaczy, jak i praktyków. Jednakże pomimo wielu zmian wprowadzonych w rozumieniu podstawowych pojęć i licznych badań w tym zakresie, zagadnienie to nadal wzbudza niemało kontrowersji. Zespół stresu pourazowego (Post-traumatic Stress Disorder – PTSD) został uwzględniony w klasyfikacji zaburzeń psychicznych w r. 1980 (DSM-III). W kolejnych wersjach DSM wprowadzano zmiany dotyczące przyczyn i objawów tego zaburzenia. Kontrowersje budzi sama definicja zdarzenia traumatycznego. Początkowo utożsamiano je z wydarzeniem, które wykracza poza normalne ludzkie doświadczenie i prowadzi do ciężkiego cierpienia prawie u każdego, kto go doznał. W kolejnej edycji poszerzono definicję o opis reakcji emocjonalnych na to zdarzenie, zaś w najnowszym wydaniu DSM z 2013 roku – DSM-5 – zrezygnowano z subiektywnej oceny reakcji emocjonalnych na zdarzenie, natomiast przyjęto listę zdarzeń potencjalnie traumatycznych. Równocześnie uwzględniono znaczenie bezpośredniego i pośredniego udziału w zdarzeniu o nagłym i nieprzewidywalnym charakterze, a także dowiedzenie się, że takie zdarzenie przydarzyło się komuś bliższemu [1]. Ponadto, pierwszy raz w historii DSM uwzględniono zagadnienie narażenia zawodowego na zdarzenia traumatyczne, zaś rozpoznanie PTSD przeniesiono z kategorii zaburzeń lękowych do nowej kategorii o nazwie „Zaburzenia związane z traumą i stresem”.

Kontrowersje wzbudza również struktura objawów PTSD. Przyjęta w DSM-III 3-czynnikowa struktura objawów, uwzględniająca podział na 3 kategorie, tj.: intruzje (kryterium B), unikanie (C) i nadpobudliwość (D), została zachowana w DSM-IV [2], mimo iż nie potwierdzono dobrego dopasowania tych kryteriów do danych empirycznych. Zdaniem badaczy amerykańskich najlepsze dopasowanie daje model 4-czteroczynnikowy, w którym kryterium C zostało podzielone na dwie kategorie, tj. unikanie i odrętwienie [3]. Ten 4-czynnikowy model uznawany jest za najbardziej dopasowany do danych empirycznych [4]. Kolejne zmiany w strukturze PTSD polegały na wprowadzeniu do modelu odrętwienia emocjonalnego i dysforii oraz wyodrębnieniu piątego czynnika w postaci pobudzenia dysforycznego, na który składają się 3 objawy, tj. problemy ze snem (D1), drażliwość (D2) i problemy z koncentracją (D3) [5].

Wprowadzone przez różnych autorów modyfikacje w strukturze objawów PTSD sugerują, że konceptualizacja PTSD jest zbyt szeroka i obejmuje nie tylko objawy osiowe dla PTSD, ale także objawy specyficzne dla innych zaburzeń. W związku z tym zaproponowano strukturę PTSD, która ograniczała się do sześciu objawów, tj.: wtargnięcia (B2 i B3), unikania (C1 i C2) oraz pobudzenia lękowego (D4 i D5) [6]. Wykluczono więc objawy odrętwienia i dysforii. Ten zredukowany model, weryfikowany w oparciu o badania osób, które przeżyły wypadki samochodowe, okazał się diagnostycznie tak samo trafny, mimo iż wykluczono w nim prawie połowę mniej specyficznych objawów PTSD [7].

W DSM-5 wzrosła liczba objawów PTSD. Poza patognomonicznymi objawami nawracających, niekontrolowanych natrętnych wspomnień (kryterium B), unikaniem i odrętwieniem emocjonalnym (kryterium C), chronicznym pobudzeniem wegetatyw-

nym wyrażającym się nadmierną czujnością, trudnościami z koncentracją i zasypianiem (E), pojawiły się negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej (D). Zmiany te rozpoczynające się lub nasilające po traumie są reprezentowane przez: (1) stosunkowo stabilne, nadmiernie negatywne myśli i założenia na temat siebie lub świata (np. „nikomu nie można ufać”); (2) stabilne, zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków zdarzenia traumatycznego prowadzące do przesadnego obwiniania siebie i innych oraz (3) negatywny stan emocjonalny [1].

Wprowadzone zmiany pociągają za sobą konieczność opracowania nowych narzędzi pomiaru PTSD dostosowanych do nowych kryteriów. Takim narzędziem jest Lista Zaburzeń po Stresie Traumatycznym (PTSD Checklist – PCL-5). W przedstawionych poniżej badaniach własnych dokonano oceny właściwości psychometrycznych tego narzędzia, w tym również oceny struktury czynnikowej i jej zgodności z kryteriami diagnozy klinicznej PTSD. Odnosząc się do wyżej wspomnianych kontrowersji, dotyczących konceptualizacji PTSD, poszukiwano najlepiej dopasowanego modelu struktury wymiarowej PTSD.

Metoda

Materiał

W badaniach zastosowano dobór celowy ukierunkowany na osoby, które z dużym prawdopodobieństwem doświadczyły zdarzenia traumatycznego, tj. doznały przemocy, zachorowały na poważną chorobę, uczestniczyły w wypadku komunikacyjnym lub były narażone na doświadczenie traumy w związku z pełnioną funkcją zawodową. Badania w grupie policjantów i strażaków poprzedzono wypełnieniem Listy Zdarzeń Życiowych. Z dalszych badań wyłączone osoby, które potwierdziły brak wystąpienia wymienionych zdarzeń.

Badania były anonimowe i dobrowolne, a każdy z respondentów został poinformowany o ich celu. Do analizy statystycznej zakwalifikowano wyniki uzyskane od 1035 respondentów, którzy wypełnili kompletnie udostępnione im testy. Ponad połowę próby stanowili mężczyźni. Szczegółową charakterystykę badanych grup zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup

| Badane grupy | N | Płeć (w %) | | Wiek | | Min-maks. |
|--------------------------------------|-----|------------|---------|-------|-------|-----------|
| | | Mężczyźni | Kobiety | M | SD | |
| Ofiary przemocy domowej | 160 | 0,0 | 100,0 | 40,67 | 13,26 | 19–71 |
| Osoby po wypadkach komunikacyjnych | 190 | 49,0 | 51,0 | 36,50 | 12,98 | 18–73 |
| Chorzy onkologicznie | 60 | 66,7 | 33,3 | 62,53 | 10,84 | 30–79 |
| Rodzice dzieci chorych onkologicznie | 70 | 35,7 | 64,3 | 31,36 | 4,65 | 20–45 |
| Hospitalizowani z COVID-19 | 120 | 40,0 | 60,0 | 59,12 | 15,12 | 26–75 |
| Osoby po amputacjach | 60 | 50,0 | 50,0 | 47,70 | 15,13 | 19–74 |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | | | | |
|---------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| Paraplegicy | 60 | 100,0 | 0,0 | 39,18 | 8,71 | 27–62 |
| Osoby po transplantacjach | 90 | 68,9 | 31,1 | 49,47 | 14,39 | 22–74 |
| Policjanci | 100 | 83,0 | 17,0 | 33,06 | 5,62 | 23–47 |
| Strażacy | 125 | 100,0 | 0,0 | 31,34 | 7,49 | 19–49 |
| Ogółem | 1035 | 59,3 | 40,7 | 43,93 | 10,82 | 19–79 |

Narzędzia

Wszyscy badani wypełniali PCL-5 oraz jedno lub dwa inne narzędzia służące do oceny trafności PCL-5. Badania prowadzono indywidualnie poza badaniami w grupach policjantów i strażaków. Poniżej zamieszczono krótki opis zastosowanych narzędzi.

Lista Zaburzeń po Stresie Traumatycznym (PCL-5) autorstwa Weathersa i wsp. [8] to nowa wersja uznanego na całym świecie narzędzia diagnostycznego PTSD, które jest dostosowane do oceny tego zaburzenia według kryteriów DSM-5. W badaniach zastosowano wersję narzędzia bez kryterium A (występowanie stresora traumatycznego). Lista zawiera cztery kryteria PTSD (B–E). Badany ocenia na 5-stopniowej skali odpowiedzi (od 0 – „Wcale”, do 4 – „Bardzo”), w jakim stopniu opisane problemy dotyczyły go w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie. Polskiego przekładu dokonali Nina Ogińska-Bulik, Zygfryd Juczyński, Maja Lis-Turlejska oraz Dorota Merczek-Kot. Autorzy uzyskali pisemną zgodę Narodowego Centrum ds. PTSD na dokonanie polskiej adaptacji [9]. Własności psychometryczne PCL-5 przedstawiono w części poświęconej wynikom badań.

Lista Zdarzeń Życiowych (LEC-5) autorstwa Weathersa i wsp. [8], w polskiej adaptacji jest miarą samoopisową do identyfikacji obecności 16 wymienionych i potencjalnie traumatycznych wydarzeń. Badany wskazuje, czy był bezpośrednim uczestnikiem zdarzenia, świadkiem zdarzenia, czy dowiedział się o traumie doświadczonej przez swoich bliskich lub był narażony na traumę zawodową [10].

Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R) – autorstwa Weisa i Marmara [11], w polskiej adaptacji zawiera 22 twierdzenia oceniane w 5-stopniowej skali typu Likerta, składające się na opis 3 wymiarów PTSD, tj. intruzji, pobudzenia i unikania [12]. Zgodność wewnętrzna, oceniona na podstawie *alfa* Cronbacha, wynosi 0,91 dla całej skali, zaś dla intruzji, pobudzenia i unikania – odpowiednio: 0,82; 0,83 oraz 0,76.

Skala Poznawczego Przetwarzania Traumatycznej Traumatyzacji (CPOTS) Williams, Davis i Millsapa [13], zaadaptowana do warunków polskich zawiera 17 twierdzeń ocenianych w skali 7-stopniowej. Skala służy do oceny poznawczego przetwarzania traumy w postaci pięciu strategii radzenia sobie [14]. Współczynniki *alfa* Cronbacha wyniosły 0,80, 0,79 i 0,76 dla strategii pozytywnych oraz 0,83 i 0,77 dla strategii negatywnych.

Inwentarz Ruminacji Zdarzeń (ERRI) Canna i wsp. [15], zaadaptowany do warunków polskich składa się z dwóch podskal złożonych z 10 twierdzeń każda. Pierwsza odnosi się do ruminacji natrętnych, druga do ruminacji refleksyjnych. Badany dokonuje oceny na 4-stopniowej skali typu Likerta [16]. Wskaźniki rzetelności skali są wysokie i wynoszą 0,92 dla ruminacji natrętnych oraz 0,90 dla ruminacji celowych.

Strategia analizy danych

Obliczenia przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego SPSS (wersja 20). Rozkłady zmiennych sprawdzono pod kątem normalności na podstawie skośności i kurtozy. Opracowano statystyki opisowe, a rozmiary efektów dla danych parametrycznych obliczono przy użyciu współczynnika korelacji Pearsona lub R Spearmana dla danych jakościowych. Zastosowano eksploracyjną i confirmacyjną analizę czynnikową.

Wyniki

Struktura czynnikowa

Oryginalna wersja PCL-5 oparta jest na modelu 4-czynnikowym, co nie zawsze jest stosowane w badaniach empirycznych. Dlatego autorzy krajowych adaptacji zwykle przeprowadzają confirmacyjną analizę czynnikową w celu znalezienia modelu najlepiej dopasowanego. Analiza wewnętrznej struktury na podstawie analizy czynnikowej jest również ważnym sposobem weryfikacji trafności teoretycznej.

Z bazy danych wybrano losowo dwie próbki po 500 badanych. Pierwsza posłużyła do przeprowadzenia eksploracyjnej analizy czynnikowej, druga – confirmacyjnej. Najpierw zweryfikowano założenia rozkładu normalnego i siły korelacji między zmiennymi. Przeprowadzono testy Kaisera-Mayera-Olkina (KMO) oraz Bartletta. Otrzymane wskaźniki adekwatności próby uzasadniały przeprowadzenie analizy czynnikowej. Zastosowano analizę głównych składowych z rotacją ortogonalną. Do ustalenia liczby czynników wykorzystano kryterium Kaisera i przeanalizowano wykres osypiska.

Rozwiązanie czteroczynnikowe okazało się klarowne i jednoznacznie interpretowalne, a zarazem adekwatne dla oryginalnej struktury PTSD opartej na kryteriach diagnostycznych DSM-5. Wyniki analizy głównych składowych z rotacją Varimax przedstawia tabela 2¹.

Tabela 2. PCL-5: ładunki czynnikowe

| Objawy PTSD | Czynniki | | | |
|--|----------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B1. Intruzje | | 0,80 | 0,28 | |
| B2. Koszmary nocne | 0,26 | 0,58 | | |
| B3. Reakcje dysocjacyjne | | 0,69 | | 0,20 |
| B4. Reakcje emocjonalne | 0,21 | 0,74 | | |
| B5. Reakcje fizjologiczne | 0,31 | 0,64 | | 0,30 |
| C1. Unikanie myśli | | | | 0,84 |
| C2. Unikanie bodźców przypominających wydarzenia | | 0,22 | | 0,81 |
| D1. Amnezja traumatycznych wydarzeń | | | 0,32 | 0,32 |

¹ W tabeli pominięto ładunki poniżej 0,20

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | | |
|---|------|------|------|------|
| D2. Negatywne przekonania o sobie i innych | | | 0,79 | |
| D3. Poczucie winy | | 0,33 | 0,64 | |
| D4. Negatywne emocje | | 0,30 | 0,67 | |
| D5. Utrata zainteresowań | 0,39 | | 0,50 | |
| D6. Poczucie oddalenia, wyobcowania | 0,40 | | 0,66 | |
| D7. Niezdolność do przeżywania pozytywnych emocji | 0,37 | | 0,67 | |
| E1. Drażliwość, wybuchy złości | 0,56 | | 0,32 | 0,22 |
| E2. Zachowania ryzykanckie lub autodestrukcyjne | 0,46 | | 0,36 | |
| E3. Wzmoczona czujność | 0,67 | | | |
| E4. Nadmiernie silna reakcja na niespodziewane bodźce | 0,64 | 0,44 | | |
| E5. Trudności z koncentracją | 0,67 | 0,20 | 0,33 | |
| E6. Trudności z zasypianiem lub snem | 0,60 | 0,25 | 0,34 | |

Wszystkie cztery czynniki wyjaśniają ponad 58% całkowitej wariancji. Pierwszy czynnik – grupujący objawy z kryterium E – wyjaśnia 36% wariancji, kolejny, odnoszący się do objawów z kryterium B, wyjaśnia prawie 11% wariancji. Dwa pozostałe czynniki (każdy wyjaśniający 6 i 5% wariancji) grupowały objawy z kryterium C i D.

Analiza confirmacyjna, przeprowadzona na wynikach drugiej próbki, uzasadnia przyjęcie rozwiązania 4-czynnikowego, biorąc pod uwagę najpopularniejsze wskaźniki dopasowania (CFI = 0,95; RMSEA = 0,06; AGFI = 0,89; GFI = 0,91). Najniższe wartości ładunków dotyczą tych samych objawów, co ładunki w analizie eksploracyjnej, tj. B2 (koszmary nocne), D1 (amnezja traumatycznych zdarzeń) oraz E2 (zachowania autodestrukcyjne). Innymi słowy, model 4-czynnikowy pozwala odtworzyć obserwowaną macierz korelacji i może być uznany za stosunkowo dobrze dopasowany. Warto zauważyć, iż dla oryginalnej wersji PCL-5 uzyskano zbliżone wyniki dla modelu 4-czynnikowego (RMSEA = 0,08; CFI = 0,86 [17]).

Na bazie wyników całkowitej próby (N = 1035) sprawdzono również dopasowanie pięciu różnych modeli struktury PTSD, omawianych w literaturze [5, 6]. Model 3-czynnikowy, zawarty w DSM-IV, łączy w czynniku 1 objawy intruzji, unikania i pobudzenia. Model 4-czynnikowy odpowiada przyjętej w DSM-5 strukturze objawów PTSD. Kolejne dwa modele, ze względu na wprowadzone do struktury objawy, nazywane są: 5-czynnikowy – dysforycznym [5], zaś 6-czynnikowy – anhedonią [18]. Ostatni model 7-czynnikowy – nazwany hybrydowym [19], został zbudowany poprzez sprzężenie kilku różnych modeli.

Za pomocą CFA oceniono, jak wymienione modele pasują do danych. We wszystkich modelach poszczególne czynniki korelują ze sobą, przy czym w modelu 4-czynnikowym od 0,70 (unikanie – pobudzenie), do 0,91 (zmiany w procesach poznawczych i nastroju – pobudzenie i reaktywność), natomiast w modelu 7-czynnikowym od 0,61 (eksternalizacja zachowań) do 0,90 (anhedonia – negatywne emocje). Szczegółowe wyniki analiz statystycznych przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Wyniki konfirmacyjnych analiz czynnikowych dla PCL-5

| Modele | chi ² | Df | SRMSR | RMSEA | GFI | AGFI | AIC | BIC | CFI |
|--------------|------------------|-----|-------|-------|-------|-------|------|------|-------|
| 3-czynnikowy | 1805,47 | 167 | 0,047 | 0,092 | 0,856 | 0,819 | 1,55 | 1,73 | 0,899 |
| DSM-5 | 1065,58 | 164 | 0,034 | 0,062 | 0,914 | 0,890 | 0,95 | 1,14 | 0,954 |
| Pobudzenie | 981,38 | 160 | 0,032 | 0,063 | 0,921 | 0,896 | 0,89 | 1,10 | 0,949 |
| Anhedonia | 848,21 | 155 | 0,030 | 0,059 | 0,932 | 0,907 | 0,79 | 1,02 | 0,957 |
| Hybrydowy | 704,52 | 149 | 0,028 | 0,053 | 0,943 | 0,920 | 0,68 | 0,93 | 0,966 |

Objaśnienia: SRMSR – standaryzowany wskaźnik Steigera-Linda; RMSEA – wskaźnik Steigera-Linda; GFI – wskaźnik dobroci dopasowania; AGFI – skorygowany wskaźnik dobroci dopasowania; AIC – kryterium Akaikiego; BIC – bayesowskie kryterium informacyjne Schwartz’a; CFI – porównawczy wskaźnik dopasowania

Wszystkie oceniane modele, poza modelem 3-czynnikowym, spełniają podstawowe wymogi dopasowania. Dotyczy to również modelu 4-czynnikowego, odpowiadającego strukturze objawów zawartych w klasyfikacji DSM-5. W zaprezentowanych wcześniej wynikach eksploracyjnej analizy czynnikowej uzyskano prostą strukturę czteroczynnikową przy kilku objawach słabiej powiązanych z kryterium D i E. Potwierdzają to również słabsze powiązania w analizie konfirmacyjnej objawów D1 (Amnezja traumatycznych zdarzeń) z czynnikiem zmiany w procesach poznawczych oraz E2 (Zachowania ryzykanckie lub autodestrukcyjne) z czynnikiem pobudzenie i reaktywność.

Złożona struktura modelu 7-czynnikowego najlepiej spełnia restrykcyjne kryteria sformułowane dla modeli dobrze dopasowanych do empirycznej macierzy korelacji. Potwierdzają to najpowszechniej stosowane kryteria porównawcze modeli (np. kryterium Akaikiego, bayesowskie kryterium informacyjne Schwartz’a), które preferują model z najniższymi wskaźnikami. Te zaś zanotowano w odniesieniu do rozwiązania 7-czynnikowego (AIC = 0,68; BIC = 0,93). Model hybrydowy jest zwykle uznawany jako najlepiej dopasowany [19], tym niemniej model 4-czynnikowy, przyjęty dla oryginalnej wersji narzędzia PCL-5 spełnia większość wymaganych kryteriów.

Rzetelność PCL-5

Wewnętrzna spójność, ustalona na całej próbie badanych dla ogólnego wyniku PCL-5 jest wysoka (*alfa* Cronbacha = 0,95), zaś dla poszczególnych kryteriów wynosi odpowiednio: dla B = 0,90; C = 0,81; D = 0,90 i E = 0,89. Stałość wyników ustalono w badaniu test – retest, przeprowadzonym w odstępie 3 tygodni na grupie 30 osób po wypadkach komunikacyjnych. Ogólny współczynnik r_{tt} = 0,81, podobnie jak jego elementy składowe o wartościach od 0,68 do 0,89, wskazują na wysoką stabilność pomiaru PCL-5.

Trafność PCL-5

W kilku badaniach dokonano oceny różnych rodzajów trafności. O wysokiej trafności teoretycznej (*construct validity*) świadczy wewnętrzna struktura PCL-5, przedsta-

wiona powyżej w oparciu o eksploracyjną i konfirmacyjną analizę czynnikową. Model 4-czynnikowy (kryteria B–E), przyjęty dla PCL-5, spełnia większość wymaganych kryteriów dopasowania. Do pomiaru trafności konwergencyjnej wykorzystano IES-R, przeznaczoną do pomiaru PTSD według kryteriów DSM-IV. W badanej grupie osób po amputacjach ($N = 30$) korelacja wyników PCL-5 z IES-R wynosiła 0,85, w tym dla intruzji 0,78, unikania 0,70 oraz dla pobudzenia 0,84 (wszystkie korelacje istotne na $p < 0,001$).

Porównano również wyniki kilku grup, które – jak zakładano – powinny się różnić pod względem nasilenia objawów traumy. Stwierdzono istotne różnice w wynikach PTSD między osobami, które bezpośrednio doświadczyły traumy (np. osoby, które doświadczyły przemocy w rodzinie, pacjenci onkologiczni), a osobami narażonymi na doświadczenia traumatyczne w związku z pełnionymi obowiązkami zawodowymi (policjantami, strażakami – por. tab. 4).

Dostosowanie się do nowej, zmienionej w wyniku doznanej traumy rzeczywistości, wiąże się z poznawczym przetworzeniem traumy i jest wyrażane w postaci stosowanych poznawczych strategii radzenia sobie. Założono, że wyniki PCL-5 będą korelować ujemnie z pozytywnymi, zaś dodatnio – z negatywnymi strategiami radzenia sobie skali C-POTS.

W badanej grupie 103 osób, uczestników wypadków komunikacyjnych, ogólny wynik PCL-5 korelował ujemnie ze strategiami rozwiązywania/akceptacji ($r = -0,77$) i pozytywnej restrukturyzacji poznawczej ($r = -0,59$), zaś dodatnio ze strategią żalu i obwiniania siebie ($r = 0,32$). Wszystkie korelacje są istotne na $p < 0,01$). W innej grupie, składającej się z kobiet, które doznały przemocy w rodzinie ($N = 47$), ogólny wskaźnik PCL-5 korelował istotnie z nasileniem ruminacji, zarówno refleksyjnych ($r = 0,87$), jak i natrętnych ($r = 0,74$) mierzonych za pomocą ERRI. Przytoczone wyniki potwierdzają wysoką trafność zbieżną i różnicową ocenianego narzędzia.

Trafność kryterialną (*criterion-related validity*) oceniono, porównując wyniki PCL-5 z kryterium zewnętrznym w postaci diagnozy psychiatryczno-psychologicznej. Grupa 60 osób, uczestników wypadków komunikacyjnych, przeszła badania psychiatryczno-psychologiczne w związku z uczestnictwem w zajęciach terapeutycznych, bądź ubieganiem się o otrzymanie odszkodowania powypadkowego. PTSD zdiagnozowano u 53% badanych. Współczynnik korelacji (rho-Spearmana) między wynikami PCL-5 a rozpoznaniem klinicznym wyniósł 0,77 ($p < 0,001$).

Diagnoza PTSD

Kwestionariusz PCL-5 jest przeznaczony do pomiaru objawów, które są następstwem zdarzenia traumatycznego. Stosowany w badaniach przesiewowych pozwala na wstępną diagnozę PTSD. W jej postawieniu pomaga odniesienie się do średnich wyników 10 grup przedstawionych w tabeli 4.

Tabela 4. PCL-5: porównanie wyników badanych grup

| Grupa | B. Intruzja | | C. Unikanie | | D. Poznanie i nastrój | | E. Pobudzenie i reaktywność | | PCL wynik ogólny | |
|--------------------------------------|----------------|------|----------------|------|-----------------------------|------|-----------------------------------|------|---------------------|-------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Ofiary przemocy domowej | 9,86 | 5,21 | 4,14 | 2,35 | 13,7 | 7,09 | 12,2 | 6,11 | 37,86 | 17,15 |
| Osoby po wypadkach komunikacyjnych | 10,0 | 5,54 | 3,91 | 2,46 | 10,5 | 7,42 | 11,0 | 6,48 | 35,50 | 19,98 |
| Chorzy onkologicznie | 7,58 | 5,04 | 4,17 | 2,11 | 9,35 | 6,17 | 8,52 | 5,70 | 29,62 | 17,13 |
| Rodzice dzieci chorych onkologicznie | 8,29 | 4,37 | 3,17 | 2,13 | 9,57 | 5,62 | 9,63 | 5,17 | 30,66 | 14,24 |
| Hospitalizowani z COVID-19 | 9,02 | 5,23 | 3,69 | 2,41 | 11,94 | 6,02 | 11,63 | 5,18 | 36,29 | 16,97 |
| Osoby po amputacjach | 7,57 | 5,92 | 3,50 | 2,63 | 10,7 | 7,12 | 9,32 | 5,43 | 31,07 | 18,35 |
| Paraplegicy | 6,20 | 4,60 | 2,53 | 1,89 | 9,02 | 5,15 | 8,57 | 4,72 | 26,32 | 14,29 |
| Osoby po transplantacjach | 2,61 | 3,14 | 0,90 | 1,31 | 4,08 | 4,83 | 5,81 | 4,84 | 13,40 | 11,95 |
| Policjanci | 3,32 | 3,98 | 1,45 | 1,89 | 3,84 | 4,64 | 4,60 | 4,78 | 13,21 | 13,72 |
| Strażacy | 3,25 | 3,91 | 1,62 | 1,93 | 4,53 | 4,88 | 5,06 | 5,12 | 14,46 | 14,27 |
| Ogółem | 6,77 | 4,69 | 2,91 | 2,11 | 8,72 | 5,89 | 8,63 | 5,35 | 26,84 | 15,81 |
| Mężczyźni | 5,42 | 4,65 | 2,32 | 2,07 | 7,05 | 5,33 | 7,22 | 5,21 | 22,01 | 14,63 |
| Kobiety | 8,44 | 4,72 | 3,56 | 2,19 | 10,13 | 6,39 | 9,84 | 5,68 | 31,87 | 16,69 |
| test t i p | -9,93*** | | -9,04*** | | -7,82*** | | -7,56*** | | -8,91*** | |
| Młodszy (do 35 lat) | 6,21 | 4,11 | 2,70 | 2,04 | 8,23 | 5,92 | 8,07 | 5,59 | 25,26 | 15,75 |
| Starszy (pow. 35 lat) | 7,63 | 5,33 | 3,16 | 2,20 | 8,94 | 5,81 | 8,99 | 5,31 | 28,56 | 15,46 |
| test t i p | -3,80*** | | -3,36*** | | -1,79 n. | | -2,20* | | -3,06** | |

Objaśnienia: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n. – nieistotne

Najwyższe wyniki uzyskały osoby, które bezpośrednio doświadczyły traumy, tj. ofiary przemocy domowej, hospitalizowani z powodu COVID-19 oraz osoby po wypadkach komunikacyjnych. Badani respondenci zawodowo narażeni na zdarzenia traumatyczne (policjanci, strażacy) uzyskali najniższe wyniki. Różnice pomiędzy wymienionymi grupami były istotne statystycznie ($F = 28,69$, $df = 9$, $p < 0,001$). Związek płci z wynikiem PCL-5 okazał się silniejszy niż związek z wiekiem. Kobiety uzyskały istotnie wyższe wyniki od mężczyzn w każdym z czterech kryteriów PTSD ($p < 0,001$), natomiast wiek wiązał się głównie z kryteriami B i C, tj. intruzją i unikaniem.

W diagnozie różnicowej duże znaczenie przypisuje się trafności kryterialnej. Wiąże się z tym potrzeba znalezienia odpowiedniego punktu odcięcia, który umożliwia podjęcie optymalnej, a więc najbardziej trafnej decyzji diagnostycznej. Ustalanie punktu odcięcia jest procedurą, w której uwzględnia się dwie miary jakości reguł decyzyjnych, tj. czułość i specyficzność. Alternatywną procedurą dla punktu odcięcia jest ocena

nasilenia objawów w każdym z czterech kryteriów PTSD. Aby zakwalifikować wynik badanej osoby jako „prawdopodobne PTSD”, wyniki o wartości ≥ 2 muszą dotyczyć przynajmniej jednego z objawów intruzji (kryterium B) i unikania (C) oraz co najmniej dwóch objawów wyrażających zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej (D) oraz w pobudzeniu i reaktywności (E) [20].

Obydwie wymienione procedury sprawdzono w badaniu 60 osób, które przeżyły wypadki komunikacyjne i przeszły badania psychiatryczno-psychologiczne. Maksymalną wartość swoistości i czułości uzyskano dla progę 33 punktów (wysoka czułość i swoistość, odpowiednio 0,90 i 0,82). Prawdopodobna diagnoza PTSD wyznaczona na podstawie punktu odcięcia 33 wynosiła 56,7% badanych. Natomiast w przypadku diagnozy opartej na wynikach czterech kryteriów, do diagnozy PTSD kwalifikowało się 58,3% badanych.

W tabeli 5 przedstawiono wyniki klasyfikacji dokonanej na podstawie zarówno punktu odcięcia, jak i wartości punktowej kryteriów PTSD dla badanych grup. Ogółem u 34–35% badanych można postawić diagnozę PTSD. Odsetek rozpoznań jest prawie identyczny w obydwu procedurach diagnostycznych, przy wskaźniku zgodności sięgającym 70%. Największy odsetek rozpoznań PTSD dotyczy ofiar przemocy domowej, najniższy osób po transplantacjach i policjantów.

Tabela 5. **Diagnoza PTSD na podstawie wyników PCL-5**

| Grupy badane | Wynik ogólny PCL-5 \geq 33 pkt | | Kryteria B, C, D, E ocena \geq 2 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------|---------------------------------------|
| | N | % | % |
| Ofiary przemocy domowej | 160 | 70,62 | 56,88 |
| Osoby po wypadkach komunikacyjnych | 190 | 52,11 | 48,95 |
| Chorzy onkologicznie | 60 | 35,00 | 51,67 |
| Rodzice dzieci chorych onkologicznie | 70 | 36,92 | 32,31 |
| Hospitalizowani z powodu COVID-19 | 120 | 56,70 | 47,50 |
| Osoby po amputacjach | 60 | 48,33 | 51,67 |
| Paraplegicy | 60 | 28,33 | 35,00 |
| Osoby po transplantacjach | 90 | 10,00 | 6,67 |
| Policjanci | 100 | 10,00 | 12,00 |
| Strażacy | 125 | 16,00 | 13,60 |
| Ogółem | 1035 | 34,54 | 33,82 |

Omówienie wyników

Właściwości psychometryczne polskiej adaptacji PCL-5 są zadowalające i odpowiadają parametrom, zarówno wersji oryginalnej [17, 21], jak i różnych wersji krajowych [22–24]. Przeprowadzone badania potwierdziły przydatność diagnostyczną

PCL-5 w populacji polskiej. Kobiety, w porównaniu z mężczyznami, uzyskały wyższe wyniki, co jest zgodne z wynikiem badań amerykańskich, przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie 3 tys. dorosłych [25]. Ogólnie nasilenie objawów PTSD zależy od rodzaju traury, co odpowiada aktualnej wiedzy na ten temat. Najwyższe wyniki PCL-5 uzyskały osoby, które bezpośrednio doświadczyły traury w życiu osobistym, natomiast najniższe wyniki cechowały osoby zawodowo narażone na traumatyczne zdarzenia.

Na użytek diagnozy różnicowej wyznaczono punkt odcięcia wynoszący 33 punkty. W większości różnych wersji krajowych wartości progowe wynoszą 31–33 punktów [23, 24]. Niektórzy badacze proponują przyjęcie progu 38 punktów [21, 26], a nawet 48, jak w przypadku badania w Turcji [27]. W brytyjskich badaniach weteranów wojennych optymalnym punktem odcięcia okazała się wartość 34 punktów [28].

Dyskusja na temat optymalnych wartości progowych pozostaje nadal aktualna. Badacze i klinicyści podkreślają, że ważne jest zrozumienie okoliczności i celów stosowanego progu. Niektórzy uważają, że jego wartość powinna być wyższa dla niektórych grup (np. weteranów, ofiar terroryzmu, osób, które przeżyły wiele urazów). Inni opowiadają się za zastosowaniem różnych punktów odcięcia w zależności od celu badania (przesiewowe czy kliniczne) [28, 29].

Niewątpliwą zaletą zaprezentowanych badań było to, że przeprowadzono je na dużej próbie, co pozwoliło na jej losowy podział i wykonanie eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej na oddzielnych próbkach. W analizie danych wykorzystano także badania przeprowadzone w ostatnim czasie, a dotyczące chorych na COVID-19. Niewątpliwym plusem było również zastosowanie różnych narzędzi pomiaru celem sprawdzenia trafności PCL-5.

Przeprowadzone badania mają jednak pewne ograniczenia. Po pierwsze, próbki nie były reprezentatywne. Po drugie, pomimo dość dużej reprezentacji osób, które doznały różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych, w badaniach nie uwzględniono żołnierzy, weteranów wojennych, czy osób, które doświadczyły traury w dzieciństwie. W przyszłych badaniach byłoby pożądane włączenie tych grup.

Wnioski

Adaptowany kwestionariusz PCL-5 jest przeznaczony do badań przesiewowych i umożliwia postawienie wstępnego rozpoznania PTSD (diagnoza psychometryczna). W analizie wyników wykazano jej użyteczność diagnostyczną. Problemem nadal otwartym pozostaje struktura wymiarowa PTSD. Stosując PCL-5, opieramy się na zdefiniowanym zestawie pozycji odnoszących się do obserwowalnych klinicznie objawów. Objawy te przyporządkowujemy do określonej struktury wielowymiarowej (3–7-czynnikowej). Nadal trudno jest ocenić, czy wyniki stosowanych analiz statystycznych umożliwiają trafne zrozumienie złożonych powiązań między objawami PTSD, mając na względzie przewidywany cel, jakim jest lepsze podejście do leczenia i poprawa jego wyników.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association; 2013.
2. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. King D, Leskin G, King L, Weathers F. *Confirmatory factor analysis of the clinician administered PTSD scale: evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder*. Psychol. Ass. 1998; 10(2): 90–96.
4. Dragan M, Lis-Turlejska M, Popiel A, Szumiał S, Dragan W. *The validation of the Polish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale and its factor structure*. Eur. J. Psychotrauma 2012; 3. DOI: 10.3402/ejpt.v3i0.18479
5. Elhai J, Biehn T, Armour Ch, Klopper J, Frueh B, Palmieri P. *Evidence for a unique PTSD construct represented by PTSD's D1-D3 symptoms*. J. Anxiety Disord. 2011; 25(3): 340–345. DOI: 10.1016/j.janxdis.2010.10.007
6. Brewin C, Lanius R, Novac A, Schnyder U, Galea S. *Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A*. J. Trauma Stress 2009; 22(5): 366–373.
7. Zawadzki B, Popiel A. *Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11*. Nauka 2014; 4: 69–86.
8. Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri T, Marx B, Schnurr P. *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD; 2013.
9. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Lis-Turlejska M, Merecz-Kot D. *Polish adaptation of PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. A preliminary communication*. Rev. Psychol. 2018; 61(2): 287–291.
10. Rzeszutek M, Lis-Turlejska M, Palich H, Szumiał S. *Polska adaptacja narzędzia pomiaru ekspozycji na traumatyczne zdarzenia według definicji DSM-5: Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Psychiatr. Pol. 2017; 67: 1–12.
11. Weiss D, Marmar C. *The Impact of Event Scale – Revised*. W: Wilson J, Keane T red. *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. New York: Guilford Press 1977. S. 399–411.
12. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym — polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń*. Psychiatria 2009; 6(1): 15–25.
13. Williams R, Davis M, Millsap R. *Development of the cognitive processing of trauma scale*. Clin. Psychol. Psychother. 2002; 9(5): 349–360. DOI: 10.1002/cpp.343
14. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Cognitive processing of trauma – Polish adaptation of the Cognitive Processing of Trauma Scale*. Rev. Psychol. 2018; 61(2): 171–187.
15. Cann A, Calhoun L, Tedeschi R, Triplett K, Vishnevsky T, Lindstrom C. *Assessing posttraumatic cognitive processes. The Event Related Rumination Inventory*. Anxiety, Stress Coping 2011; 24(2): 137–156. DOI:10.1080/10615806.2010.529901
16. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *The importance of core beliefs in the process of posttraumatic adaptation – the Polish adaptation of the Core Beliefs Inventory*. Adv. Psych. Neurol. 2018; 27(2): 102–119. DOI: 10.5114/ppn.2018.77211.
17. Blevins Ch, Weathers F, Davis M, Witte T, Domino J. *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). Development and initial psychometric evaluation*. J. Trauma Stress 2015; 28(6): 489–498. DOI: 10.1002/jts.22059
18. Liu P, Wang L, Cao C, Wang R, Zhang J, Zhang B, Wu Q, Zhang H, Zhao Z, Fan G, Elhai JD. *The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an*

- epidemiological sample of Chinese earthquake survivors*. J. Anxiety Disord. 2014; 28(4): 345–351. DOI: 10.1016/j.janxdis.2014.03.008.
19. Armour C, Tsai J, Durham T, Charak R, Biehn T, Elhai J, Pietrzak RH. *Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms. Support for a hybrid anhedonia and externalizing behaviors model*. J. Psychiatr. Res. 2015; 61: 106–113. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.10.012
 20. Weathers F, Blake D, Schnurr P, Kaloupek D, Marx B, Keane T. *The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)*. National Center for PTSD. Boston, 2013.
 21. Wortmann J, Jordan H, Weathers F, Resick P, Dondanville K, Hall-Clark B, Foa EB, Young-McCaughan S, Yarvis JS, Hembree EA, Mintz J, Peterson AL, Litz BT. *Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members*. Psychol. Assess. 2016; 28(11): 1392–1403. DOI: 10.1037/pas0000260
 22. Wang L, Zhang L, Armour C, Cao C, Qing Y, Zhang J, Liu P, Zhang B, Wu Q, Zhao Z, Fan G. *Assessing the underlying dimensionality of DSM-5 PTSD symptoms in Chinese adolescents surviving the 2008 Wenchuan earthquake*. J. Anxiety Disord. 2015; 31: 90–97. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.02.006.
 23. Ashbaugh A, Houle-Johnson S, Herbert Ch, El-Hage W, Brunet A. *Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. PLOS ONE 2016; 11(10): e0161645. DOI: 10.1371/journal.pone.0161645.
 24. Krüger-Gottschalk A, Knaevelsrud C, Rau H, Dyer A, Schäfer I, Schellong J, Ehring T. *The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility*. BMC Psychiatry 2017; 17(1): 379. DOI: 10.1186/s12888-017-1541-6.
 25. Kilpatrick D, Resnick H, Milanak M, Miller M, Keyes K, Friedman M. *National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria*. J. Trauma Stress 2013; 26(5): 537–547. DOI:10.1002/jts.21848
 26. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, Keane TM. *Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans*. Psychol. Assess. 2016; 28(11): 1379–1391. DOI: 10.1037/pas0000254.
 27. Boysan M, Guzel O, Pinar O, Osman S, Yavuz Y, Ekrem K. *Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition (PCL-5)*. Psychiatry Clin. Psychopharmacol. 2017; 27(3): 300–310. DOI: 10.1080/24750573.2017.1342769
 28. Murphy D, Ross J, Ashwick R, Armour Ch, Busuttill W. *Exploring optimum cut-off scores to screen for probable posttraumatic stress disorder within a sample of UK treatment-seeking veterans*. Eur. J. Psychotrauma 2017; 8(1): 1398001. DOI: 10.1080/20008198.2017.1398001
 29. Murphy D, Spencer-Harper L, Carson C, Palmer E, Hill K, Sorfleet N, Wessely S, Busuttill W. *Long-term responses to treatment in UK veterans with military-related PTSD: an observational study*. BMJ Open 2016; 6(9): e011667. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011667.

Adres: Zygfried Juczyński
Uniwersytet WSB Merito w Łodzi
e-mail: zygfried.juczynski@wsb.lodz.pl

Otrzymano: 11.02.2022
Zrecenzowano: 21.03.2022
Otrzymano po poprawie: 24.04.2022
Przyjęto do druku: 25.04.2022