

**Polska adaptacja
PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5.
Doniesienie wstępne**

Nina Ogińska-Bulik*

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

Zygfryd Juczyński

Spoleczna Akademia Nauk w Łodzi, Instytut Psychologii Stosowanej

Maja Lis-Turlejska

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa

Dorota Merez-Kot

Instytut Medycyny Pracy im. Nofera w Łodzi

Celem artykułu jest przedstawienie wstępnych wyników badań dotyczących właściwości psychometrycznych polskiej adaptacji *PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5* – nowego narzędzia przeznaczonego do oceny objawów stresu pourazowego (PTSD) u dorosłych. Analizy przeprowadzono na wynikach uzyskanych od 1220 osób (55% stanowili mężczyźni) w wieku 17-83 lat ($M = 39,7$; $SD = 16,8$), które doświadczyły różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych. Przeprowadzona analiza czynnikowa potwierdziła 4-czynnikową strukturę skali. Wyróżnione cztery czynniki, tj. intruzja, unikanie, negatywne zmiany w procesach poznawczych i emocjonalnych oraz pobudzenie i reaktywność, wyjaśniają łącznie 56% wariancji. Rzetelność polskiej wersji PCL-5 jest bardzo dobra. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla całej skali wynosi 0,96, a stabilność bezwzględna (test-retest) 0,89. Wyniki polskiej wersji PCL-5 korelują znacząco z wynikami Skali Wpływu Zdarzeń, co potwierdza trafność adaptowanego narzędzia. PCL-5 umożliwia tymczasowe rozpoznanie PTSD. Skala może być wykorzystywana w badaniach naukowych, jak i w praktyce.

Słowa kluczowe: trauma; Lista Objawów PTSD; polska adaptacja.

* Adres do korespondencji: NINA OGIŃSKA-BULIK – Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź; e-mail: noginska@uni.lodz.pl

WPROWADZENIE

Wprowadzone w roku 1980 do klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-III) pojęcie *posttraumatic stress disorder* (PTSD) podlegało zmianom w kolejnych wydaniach i rewizjach. Zasadnicze zmiany dotyczyły przyczyn i objawów tego zespołu. Podobnie stało się w nowym wydaniu w obowiązującej od roku 2013 klasyfikacji DSM-5 (APA, 2013; Gałecki i Świącicki, 2015). Zrezygnowano z subiektywnej oceny reakcji emocjonalnej (kryterium A2) na rzecz przedstawionej listy wydarzeń i wskazania, czy osoba osobiście doświadczyła zdarzenia, czy była bezpośrednim świadkiem tego, jak ktoś inny doświadczył takiego zdarzenia lub dowiedziała się o tym zdarzeniu (z wyłączeniem doniesień medialnych). Zmieniono strukturę objawów, dodając negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz przesunięto PTSD z zaburzeń lękowych do grupy zaburzeń związanych z traumą i stresem. Wprowadzenie tak zasadniczych zmian spowodowało, że dotychczas stosowane narzędzia pomiaru stały się mało użyteczne.

PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5 (Weathers i in., 2013) jest nową wersją narzędzia dostosowanego do kryteriów PTSD według obowiązującej klasyfikacji DSM-5, przygotowaną przez amerykański *National Center for Posttraumatic Stress Disorder*. W miejsce dotychczasowych trzech wersji (wojskowej – PCL-M, cywilnej – PCL-C i specyficznej PCL-S) wprowadzono jedną wersję, stosowaną w trzech formach, tj. (1) bez określenia kryterium A, dotyczącego oceny narażenia na traumatyczne zdarzenie; (2) z krótką oceną kryterium A w postaci opisu najbardziej stresującego zdarzenia oraz (3) zawierającą dodatkowo Listę Zdarzeń Życiowych (*The Life Events Checklist – LEC-5*) i bardziej szczegółową ocenę kryterium A. Przedstawiona adaptacja dotyczy pierwszej formy PCL-5 (bez kryterium A).

METODA

W doborze badanych zastosowano dobór celowy, ukierunkowany na osoby, które z dużym prawdopodobieństwem doświadczyły zdarzenia traumatycznego, tj. doznały przemocy, zachorowały onkologicznie same lub ich dziecko, doznały urazu w wyniku wypadku, uczestniczyły bądź były sprawcami wypadku komunikacyjnego, zostały narażone na doświadczenie traumy w związku z pełnioną rolą zawodową. Z ogólnej liczby 1330 przebadanych osób do ostatecznej analizy zakwalifikowano wyniki badań 1220 osób, z tego 55% stanowili mężczyźni. Średnia wieku ogółu badanych wynosiła $39,7 \pm 16,8$, zakres od 17 do 83 lat.

Wszyscy badani wypełnili PCL-5 oraz jedno bądź kilka innych narzędzi przeznaczonych do oceny trafności adaptowanej skali. Lista Objawów PTSD – PCL-5 jest narzędziem samooceny. Składa się z 20 stwierdzeń opisujących objawy PTSD zgodnie z kryteriami zawartymi w DSM-5. Badany ocenia, w jakim stopniu wskazane problemy dokuczają mu w ciągu ostatniego miesiąca, na skali 5-stopniowej, od 0 (wcale) do 4 (bardzo mocno). Czas badania nie przekracza 10 minut. Po uzyskaniu zgody autorów kwestionariusza z *National*

Centre for PTSD pięciu tłumaczy dokonało przekładu skali z języka angielskiego na język polski. Następnie uzgodniona wspólna wersja polska została ponownie przełożona na język angielski przez profesjonalnego tłumacza. Po przeanalizowaniu tłumaczenia z wersją oryginalną przyjęto ostateczną polską wersję kwestionariusza.

WYNIKI

Struktura czynnikowa

Z ogólnej bazy wyników wylosowano próbkę liczącą ponad 600 badanych, którą podzielono na dwie części. Pierwszą wykorzystano do przeprowadzenia eksploracyjnej, drugą zaś konfirmacyjnej analizy czynnikowej. Struktura rozwiązania 4-czynnikowego okazała się przejrzysta i jednoznacznie interpretowalna oraz – co wydaje się ważne – odpowiada strukturze wersji oryginalnej, opartej na kryteriach diagnostycznych PTSD według klasyfikacji DSM-5.

Ogółem, wszystkie cztery czynniki wyjaśniają ponad 56% wariancji całkowitej, przy czym pierwszy, wyjaśniający 35% wariancji, dotyczy kryterium E (pozycje E1-E6): Zmiany we wzbudzeniu i reaktywności związane z wydarzeniem (lub wydarzeniami), które zaczęły się lub nasiliły po tym wydarzeniu. Prawie 10% zmienności wyjaśnia czynnik drugi, dotyczący kryterium B (B1-B2): Intruzja. Pozostałe dwa czynniki, z których każdy wyjaśnia nieco ponad 5% wariancji, dotyczą: czynnik trzeci, kryterium D (D1-D7): Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej, oraz czynnik czwarty, kryterium C (C1-C2): Unikanie.

Analiza konfirmacyjna, przeprowadzona na wynikach drugiej próbki, potwierdziła zasadność przyjęcia modelu 4-czynnikowego. Uwzględniając najczęściej stosowane wskaźniki dopasowania, takie jak: $\chi^2(164) = 1010,59$; $p < 0,001$; standaryzowany średni kwadrat reszt (SRMR) = 0,03; porównawczy indeks dopasowania (CFI) = 0,94; test Steigera i Linda RMSEA = 0,06 oraz wskaźniki dobroci dopasowania AGFI = 0,89 i GFI = 0,91, model można uznać za w miarę dopasowany.

Rzetelność PCL-5

Wewnętrzna spójność ogólnego wyniku PCL-5, ustalona dla całej grupy $N = 1220$ osób, na podstawie α Cronbacha jest wysoka i wynosi 0,96, zaś dla poszczególnych kryteriów wynosi: dla B = 0,91; C = 0,80; D = 0,91 oraz E = 0,89. Stałość wyników ustalono w badaniu test-retest, przeprowadzonym w odstępie trzech tygodni na grupie 70 studentów. Ogólny współczynnik $r_{tt} = 0,89$, podobnie jak jego elementy składowe o wartościach od 0,61 do 0,89, wskazują na wysoką stabilność pomiaru PCL-5. W innym badaniu 54 osób dorosłych w wieku 22-57 lat ($M = 34,65 \pm 8,66$), badanych powtórnie po upływie czterech tygodni, współczynnik stałości wynosił 0,74 (kryteria B – E odpowiednio: 0,61; 0,50; 0,68 i 0,74).

Trafność PCL-5

Do pomiaru trafności konwergencyjnej wykorzystano polską adaptację Skali Wpływu Zdarzeń (IES-R), przeznaczoną do pomiaru PTSD według kryteriów DSM-IV. W badanej grupie studentów ($N = 30$) 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 $p < 0,001$). Trafność kryterialną oceniono, porównując wyniki PCL-5 z kryterium zewnętrznym w postaci diagnozy psychiatryczno-psychologicznej. Grupa 60 osób, uczestników wypadków komunikacyjnych, przeszła niezależne badania psychiatryczno-psychologiczne. Rozpoznanie PTSD postawiono u 53% badanych, u kolejnych 17% stwierdzono agrawację. Współczynnik korelacji wyników PCL-5 oraz diagnozy klinicznej PTSD wynosił 0,77 i był statystycznie bardzo istotny ($p < 0,001$).

Porównanie średnich wartości PCL-5 różnych grup badanych

PCL-5 jest przeznaczony do pomiaru objawów, które są następstwem zdarzenia traumatycznego. Stosowany w badaniach przesiewowych, pozwala na wstępną diagnozę PTSD. Diagnostowanie oparte na wynikach testu wymaga udostępnienia norm, przynajmniej w postaci średnich wyników różnych grup, służących za punkt odniesienia dla własnych badań. Przed dokonaniem oceny istotności różnic sprawdzono kształt rozkładów wyników (kurtoza i skośność). Otrzymane wskaźniki informują, że rozkłady empiryczne mierzonych cech są zbliżone do rozkładu normalnego, co uprawnia do stosowania testów parametrycznych.

Płeć, bardziej niż wiek, różnicuje wyniki PTSD. Kobiety ujawniają istotnie wyższe wyniki we wszystkich kryteriach PTSD ($p < 0,001$), natomiast wiek różnicuje przede wszystkim dwa pierwsze kryteria. Starsi ujawniają istotnie większe nasilenie objawów intruzji i unikania. Najwyższe wyniki uzyskały grupy osób, które bezpośrednio doświadczyły traumy w związku z chorobą własną czy dziecka, były ofiarami przemocy domowej i wypadków komunikacyjnych. Z kolei najniższe wyniki ujawniają grupy osób narażone na doświadczenia traumatyczne w związku z pełnionymi obowiązkami zawodowymi (policjanci, strażacy).

Diagnoza różnicowa PTSD

O ile w badaniach naukowych porównujemy wartości średnie różnych grup i ustalamy istotność różnic między nimi, to w diagnozie różnicowej musimy się odwołać do trafności kryterialnej, a tym samym ustalić i zweryfikować wartość progu wyniku, który umożliwia podejmowanie optymalnych decyzji diagnostycznych. W ustaleniu progu uwzględniono dwie miary jakości reguł decyzyjnych, tj. czułość i specyficzność. Wyznaczenie wartości czułości i specyficzności służy poszukiwaniu optymalnego punktu odcięcia przyjmując ten, który maksymalizuje obie te wartości. Alternatywną procedurą dla punktu odcięcia jest ocena nasilenia objawów w każdym z czterech kryteriów PTSD. Aby zakwalifikować wynik badanej osoby jako „prawdopodobne PTSD”, to

ocena odpowiedzi ≥ 2 musi dotyczyć przynajmniej jednego z objawów kryterium B i C oraz co najmniej dwóch objawów z kryterium D i E.

W badaniach własnych, opierając się na wynikach 60-osobowej grupy ofiar wypadków komunikacyjnych, sprawdzono obydwie opisane powyżej procedury. Po sprawdzeniu różnych punktów odcięcia najlepsze wskaźniki maksymalizujące wartości czułości i specyficzności uzyskano dla punktu odcięcia w postaci 33 punktów. Ogółem u 36% wszystkich badanych można postawić wstępną diagnozę PTSD, biorąc pod uwagę punkt odcięcia ≥ 33 , oraz u 34% badanych, uwzględniając nasilenie objawów ≥ 2 w kryteriach B-E. Najwyższy odsetek rozpoznań PTSD dotyczył ofiar przemocy domowej (70%), najniższy osób po transplantacjach.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Parametry polskiej adaptacji PCL-5 potwierdzają jej dobre własności psychometryczne. Uzyskane wyniki są podobne do wyników zarówno wersji oryginalnej, jak i innych adaptacji językowych. Ogólnie nasilenie objawów PTSD zależy od rodzaju doświadczonej traumy. Najwyższe wyniki ujawniają osoby, które osobiście doświadczyły traumy, najniższe ci, u których trauma pozostaje w związku z wykonywaną pracą zawodową. Przyjęty dla celów diagnozy różnicowej punkt odcięcia ≥ 33 trafnie różnicuje badanych. W innych wersjach przyjmowane są różne progi odcięcia, najczęściej jednak leżące w pobliżu wartości 31-33 punkty.

Wykorzystując macierz wszystkich wyników badań własnych, sprawdzono wskaźniki dopasowania do pięciu różnych modeli. Model 4-czynnikowy (intruzja: B1-B5; unikanie: C1-C2; negatywne zmiany w poznaniu i nastroju: D1-D7 oraz zmiany w pobudzeniu i reaktywności: E1-E6), przyjęty dla oryginalnej wersji narzędzia, spełnia większość wymaganych kryteriów dopasowania. Jednakże, podobnie jak w wielu innych badaniach, model hybrydowy (łączy modele anhedonii i uzewnętrznianych zachowań), można uznać za najlepiej dopasowany do empirycznej macierzy korelacji.

Adaptowany kwestionariusz PCL-5 jest przeznaczony do badań przesiewowych i umożliwia tymczasowe rozpoznanie PTSD. Nasze wyniki wykazały, że PCL-5 jest czułym, specyficznym i rzetelnym narzędziem pomiaru PTSD, a zarazem bardzo użytecznym klinicznie. Należy oczywiście pamiętać o konieczności potwierdzenia diagnozy psychometrycznej badaniem klinicznym.

LITERATURA CYTOWANA

- APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Galecki, P. i Świącicki, Ł. (2015). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*. American Psychiatric Association. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B. i Schnurr, P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD, www.ptsd.va.gov