

Polska adaptacja narzędzia pomiaru ekspozycji na traumatyczne zdarzenia według definicji DSM-5: Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)

The Polish adaptation of the Life Events Checklist (LEC-5) for PTSD criteria from DSM-5

Marcin Rzeszutek¹, Maja Lis-Turlejska², Hanna Palich³,
Szymon Szumiał⁴

¹ Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

² Wydział Psychologii, Uniwersytet SWPS

³ Instytut Gestalt, Kraków

⁴ Środowiskowy Dom Samopomocy Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej, Mińsk Mazowiecki

Summary

Aim. The aim of the study was the Polish adaptation of the Life Events Checklist (LEC-5), which is used to assess individual's traumatic events exposure for posttraumatic stress disorder (PTSD) criteria from DSM-5.

Methods. The study was conducted on 172 students of the University of Finance and Management in Warsaw, i.e., 68 women and 104 men, at the age between 17 and 49 (M = 22.74; SD = 6.80). Reliability of LEC-5 was measured by the absolute stability method. Two repeated measurements with two week interval were conducted on the sample of 40 students of the University of Finance and Management. Validity of LEC-5 was checked by the correlational analysis between the LEC-5 scales and the PTSD Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) and the Impact of Events Scale (IES) on the whole 172 sample of students.

Results. The magnitude of interclass correlation coefficients for all LEC-5 scales and high values of Cohen's kappa coefficients proved a high reliability of this tool. Significant correlations between all LEC-5 scales and PDS-5 and IES scales were also obtained, which proved satisfactory validity of LEC-5.

Conclusions. Obtained empirical results proved satisfying psychometric properties of LEC-5.

Słowa kluczowe: zdarzenia traumatyczne, zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD), LEC-5 – wersja polska

Key words: traumatic events; posttraumatic stress disorder (PTSD); LEC-5 – Polish version.

Wstęp

Ekspozycja na traumatyczne zdarzenie stanowi pierwsze (A), niezbędne do ustalenia kryterium diagnostyczne PTSD. Sposoby definiowania tego kryterium ulegały zmianom, począwszy od 1980 r. [1], w związku z pojawiającymi się ustaleniami empirycznymi. Badania epidemiologiczne wskazują, że ekspozycję na przynajmniej jedno zdarzenie traumatyczne relacjonuje ok. 56–90% respondentów [2, 3].

Zwraca się uwagę, że rozszerzenie definicji kryterium A w DSM-IV przyczyniło się do zwiększenia częstości rozpoznania traumatycznych zdarzeń w różnych badanych grupach [4]. W DSM-IV uznaje się, że o zdarzeniu traumatycznym można mówić wówczas, gdy „dana osoba doświadcza, jest świadkiem lub konfrontuje się z sytuacją, która obejmuje rzeczywistą śmierć lub zagrożenie śmiercią lub poważnym uszkodzeniem ciała własnego lub innych ludzi, jeżeli zarazem spowodowało to reakcję przerażenia, bezradności i zgrozy (...)” ([5] s. 427–428). Z drugiej strony szczególnie istotne znaczenie przypisano reakcji jednostki w obliczu stresora (A2). W porównaniu z DSM-IV kryteria diagnostyczne DSM-5 [6] bardziej szczegółowo określają, co stanowi traumatyczne zdarzenie. Przykładowo wymieniane są napaść seksualna oraz powtarzająca się wielokrotna ekspozycja, która wiąże się m.in. z pracą funkcjonariuszy służb ratunkowych. Zrezygnowano natomiast z kryterium A2, ponieważ dane empiryczne nie potwierdziły jego przydatności jako czynnika ryzyka wystąpienia PTSD.

Przedstawiane tu narzędzie LEC-5 [7] jest oparte na poprzedniej wersji *The Life Events Checklist* (LEC) służącego do pomiaru ekspozycji na traumatyczne zdarzenia według definicji traumatycznego stresora w DSM-IV. Skala LEC została opracowana w amerykańskim National Center for Posttraumatic Stress Disorder równoległe z ustrukturalizowanym wywiadem służącym do diagnozy PTSD: *Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV* (CAPS) [8] uznawanym za wzorcowe narzędzie do pomiaru objawów tego zaburzenia. Narzędzia te stworzono z zamiarem stosowania LEC na początku – przed CAPS. Autorzy publikacji dotyczącej własności psychometrycznych LEC [9] zwracają uwagę na jego wyjątkową cechę: konstrukcja tego narzędzia uwzględnia różne rodzaje ekspozycji na każde z wyróżnionych potencjalnie traumatycznych zdarzeń (*Potentially Traumatic Event* – PTE). Dla każdego ze zdarzeń respondenci oceniają swoje doświadczenie na 5-stopniowej nominalnej skali (1 = zdarzyło się mnie, 2 = byłem/-łam świadkiem, 3 = dowiedziałam/-łem się, 4 = nie jestem pewny/-na, 5 = nie dotyczy). W ten sposób LEC pozwala uzyskać takie informacje na temat PTE, które mogłyby zostać niedostrzeżone. Autorzy podkreślają, że na przykład bycie świadkiem brutalnego napadu lub wypadku motoryzacyjnego, w którym doszło do poważnych uszkodzeń ciała, może być poważnie traumatyzujące, ale „niezauważone” przez inne narzędzia pomiaru PTE. Co więcej, szczegółowe pytania badawcze mogą m.in. dotyczyć porównania osób różniących się pod względem rodzaju ekspozycji na traumę (np. bycie świadkiem vs. dowiedzenie się o określonym PTE). W innych przypadkach badacze lub klinicyści mogą być zainteresowani nie tylko najsilniejszym typem ekspozycji (tzn. ekspozycją bezpośrednią), ale także uzyskaniem informacji na temat wielu typów ekspozycji na to samo zdarzenie. LEC umożliwia badaczom i klinicydom pomiar obu rodzajów danych.

Dane dotyczące własności psychometrycznych LEC uzyskano w dwóch badaniach [9]. W pierwszym zbadano 108 studentów w celu ustalenia stałości czasowej oraz zgodności z innym narzędziem pomiaru ekspozycji na traumę (TLEQ). Stwierdzono dobrą stałość w okresie 7 dni zarówno dla poszczególnych pozycji, jak i dla wyniku ogólnego. Analizowano m.in. wartości Kappa dla zdychotomizowanych pozycji (doświadczyłem osobiście vs. wszystkie inne kategorie odpowiedzi), jak i dla niezdychotomizowanych odpowiedzi. 12 spośród 17 pozycji uzyskało wartości współczynnika Kappa = 40 lub wyższe. W badaniu drugim wzięło udział 131 weteranów uczestniczących w klinicznej ocenie w NCPTSD w Bostonie. Większość badanych (70,8%) stanowili weterani wojny wietnamskiej. W tym badaniu do oceny trafności LEC wykorzystano wyniki: *The Mississippi Scale*, PCL-M, CAPS, BDI oraz BAI. Wyniki w LEC okazały się istotnie skorelowane z wynikami w tych narzędziach pomiaru.

Zdaniem Graya i wsp. [9] szczegółowa analiza uzyskanych w obu badaniach wyników pozwala stwierdzić, że LEC cechują „adekwatne własności psychometryczne”. Dotyczy to zarówno stabilności w okresie 1. tygodnia w porównaniu z innymi miarami PTE w odniesieniu do wyniku ogólnego, jak i dla poszczególnych pozycji skali. Zróżnicowanie współczynników Kappa jest podobne jak w badaniach z użyciem innych narzędzi pomiaru PTE [10, 11]. Dotyczy to szczególnie sytuacji, gdy LEC jest stosowany do pomiaru bezpośredniej ekspozycji (tj. badania stałości w odniesieniu do zdarzeń, których osoba badana doświadczyła bezpośrednio), co jest najważniejszą i najczęstszą przesiewową funkcją narzędzia pomiaru PTE. LEC i LEC-5 mają bardzo zbliżony format. W obu przypadkach narzędzie obejmuje listę 17 identycznie określonych zdarzeń. Należy wskazać, w jaki sposób nastąpiła ekspozycja. W LEC-5 uzupełniono wcześniej wymienione rodzaje ekspozycji o kategorię: „część mojej pracy” w związku z wyraźnie wskazanym w definicji kryterium A DSM-5 [6]: „doświadczeniem powtarzających się lub ekstremalnych ekspozycji na awersyjne szczegóły zdarzenia traumatycznego”.

Dostępne są trzy formaty LEC-5 [12]: (1) *Standard self-report* – do ustalenia, czy określone zdarzenie wystąpiło, (2) *Extended self-report* – w celu ustalenia najgorszego zdarzenia, jeśli miało miejsce więcej niż jedno zdarzenie i (3) *Interview* – w celu stwierdzenia, czy można uznać, że kryterium A zostało spełnione. W niniejszym artykule przedstawiamy dane dotyczące polskiej adaptacji pierwszej z tych wersji: standardowego samoopisu.

W niniejszym badaniu oczekiwano istotnych statystycznie dodatnich korelacji pomiędzy liczbą i nasileniem objawów PTSD a liczbą zdarzeń doświadczonych przez osoby badane oraz liczbą zdarzeń, których osoby badane były świadkami, przy czym liczba i siła korelacji pomiędzy liczbą i nasileniem objawów PTSD a liczbą zdarzeń, jakich doświadczyły osoby badane powinna być większa od liczby i siły korelacji pomiędzy liczbą i nasileniem objawów PTSD a liczbą zdarzeń, których osoby badane były świadkami. Nie oczekiwano natomiast istotnych statystycznie korelacji pomiędzy liczbą zdarzeń, o których osoby badane się dowiedziały, a liczbą i nasileniem objawów PTSD.

Material i metoda

Osoby badane

W badaniu uczestniczyło 172 studentów Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie (WSFiZ), w tym 68 kobiet i 104 mężczyzn w wieku 17–49 lat ($M = 22,74$; $SD = 6,80$). Rzetelność kwestionariusza LEC-5 mierzono metodą stabilności bezwzględnej. Powtórny pomiar zrealizowano po upływie 2 tygodni w próbie 40 studentów WSFiZ. Trafność pomiaru weryfikowano poprzez analizę korelacji pomiędzy skalami kwestionariusza LEC-5 i skalami kwestionariusza PDS-5 i IES na całej próbie 172 studentów WSFiZ. Większość osób badanych – 151 osób (87,8%) – pozostawała w związku małżeńskim. Osiemnaście osób badanych (10,5%) było stanu wolnego. Dwie osoby były po rozwodzie. Jedna osoba była wdowcem. Większość osób badanych – 169 osób (98,3%) – miała wykształcenie średnie. Trzy osoby miały wykształcenie wyższe.

Narzędzia

Do analizy trafności LEC-5 użyto kwestionariuszy PDS-5 oraz IES. Polska wersja Skali Samooceny PTSD według kryteriów DSM-5 (*PTSD Diagnostic Scale for DSM-5* – PDS-5) składa się z listy traumatycznych zdarzeń oraz 20 pozycji opisujących objawy PTSD według kryteriów DSM-5, jak również zawiera 2 pozycje szacujące poziom dystresu odczuwanego przez badanych, wpływ symptomów na codzienne funkcjonowanie oraz 2 pozycje odnoszące się do czasu trwania objawów i ich początku [13]. W niniejszym badaniu uczestnicy odwoływali się do listy zdarzeń traumatycznych z LEC-5 (do jednego, najbardziej przykrego zdarzenia traumatycznego) podczas wypełniania kwestionariusza PDS-5. Objawy PTSD są szacowane na 5-stopniowej skali wskazującej na to, jak często w ciągu ostatniego miesiąca badani odczuwali objawy oraz w jakim stopniu były one dla nich uciążliwe (0 = wcale, 1 = raz na tydzień lub rzadziej/nieco; 2 = 2 do 3 razy w tygodniu/trochę; 3 = 4 do 5 razy w tygodniu/znacznie; 4 = 6 razy w tygodniu/poważnie). Dla wskaźników PDS-5 obliczono liczbę objawów PTSD oraz liczbę punktów jako wskaźnik głębokości objawów. Skala PDS-5 posiada satysfakcjonujące własności psychometryczne [13]. Współczynnik rzetelności α Cronbacha w badanej próbie również był zadowalający (zob. tab. 2).

Skala Wpływu Zdarzeń (*Impact Event Scale* – IES) to bardzo często stosowany w badaniach w wielu krajach kwestionariusz służący do pomiaru objawów potraumatycznych intruzji i unikania [14]. Obejmuje 15 pozycji opisujących objawy należące do obu tych kategorii. Nasilenie każdego z objawów w ciągu 7 dni poprzedzających badanie zaznacza się na skali od 0 („wcale”) do 5 („często”). W niniejszym badaniu uczestnicy również odwoływali się do listy zdarzeń traumatycznych z LEC-5 (tj. do jednego, najbardziej przykrego zdarzenia traumatycznego) podczas odpowiadania na pozycje kwestionariusza IES dotyczące objawów PTSD. Skala IES posiada satysfakcjonujące własności psychometryczne [14]. Współczynnik rzetelności α Cronbacha w badanej próbie również był zadowalający (zob. tab. 2).

Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych w badanej próbie

W tabeli 1 przedstawiono rozkład częstości dla liczby zdarzeń urazowych zgłoszonych przez badanych, niezależnie od tego, czy były to zdarzenia, których doświadczyli osobiście, których byli świadkami czy o których się dowiedzieli.

Tabela 1. Rozkład częstości – wydarzenia traumatyczne w kwestionariuszu LEC-5 niezależnie od tego, czy badani sami ich doświadczyli, byli ich świadkami bądź się o nich dowiedzieli

Wydarzenie traumatyczne	n	%
Kłęska żywiołowa	6	3,5
Pożar lub wybuch	8	4,7
Wypadek komunikacyjny	30	17,4
Poważny wypadek w pracy, w domu lub podczas zajęć rekreacyjnych	12	7,0
Narażenie na substancje toksyczne	2	1,2
Fizyczny atak	18	10,5
Napaść z użyciem broni	1	0,6
Napaść seksualna	5	2,9
Inne niechciane lub przykre doświadczenie seksualne	2	1,2
Udział w walce frontowej lub przebywanie w strefie wojny	4	2,3
Niewola	1	0,6
Zagrażająca życiu choroba lub uszkodzenie ciała	11	6,4
Dotkliwe ludzkie cierpienie	6	3,5
Nagła gwałtowna śmierć	9	5,2
Nagła przypadkowa śmierć	14	8,1
Poważne obrażenia, krzywda lub śmierć innej osoby, którą spowodowałeś/łaś	6	3,5
Inne bardzo stresujące wydarzenie lub doświadczenie	15	8,7
Brak	22	12,8
Ogółem	172	100

Uwaga: n – liczba osób; % – procentowy udział w liczebności próby.

Najwięcej osób wskazało wypadek komunikacyjny. Rozpowszechnienie PTSD według kryteriów diagnostycznych DSM-5 badano za pomocą kwestionariusza PDS-5. Przekroczenie poziomu nasilenia objawów PTSD, które może wskazywać na kliniczne nasilenie doświadczanych trudności, sprawdzano za pomocą kwestionariusza IES. Wszystkie kryteria diagnostyczne PTSD według DSM-5 spełniało 7 osób (4,1%). Wynik ogólny w kwestionariuszu IES w przypadku 56 osób (32,6%) był wyższy lub równy niż wartość progowa 35. W przypadku 30 osób (17,4%) wyniki były wyższe lub równe niż punkt odcięcia 44.

Wyniki

W pierwszym etapie prac nad polską adaptacją LEC-5, po uzyskaniu zgody autorów kwestionariusza LEC z National Centre for PTSD w USA, czterech tłumaczy (w tym troje autorów niniejszej pracy) dokonało tłumaczenia narzędzia z języka angielskiego na język polski. Następnie inny tłumacz, pracujący zarówno na Wydziale Psychologii UW, jak i w USA, dokonał tłumaczenia zwrotnego (*back-translation*). Po porównaniu obu wersji ustalono wersję ostateczną zaakceptowaną przez National Centre for PTSD w USA.

Statystyki opisowe

Kwestionariusz LEC-5 umożliwia pomiar liczby zdarzeń traumatycznych na trzech skalach, tj. liczby zdarzeń traumatycznych, których badana osoba doświadczyła, liczby zdarzeń, których osoba badana była świadkiem i liczby zdarzeń, o których osoba badana słyszała. W tabeli 2 przedstawiono statystyki opisowe dla tych skal oraz dla skali kwestionariuszy IES i PDS-5. Zestawienie uzupełniono o wartości współczynników rzetelności pomiaru α Cronbacha. Do analizy danych użyto pakietu statystycznego IBM SPSS 24 [15].

Tabela 2. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych

Kwestionariusz	Skala	M	SD	min.	max.	α
LEC-5	Liczba zdarzeń doświadczonych	1,91	2,04	0	15	-
	Liczba zdarzeń, których o.b. była świadkiem	2,27	1,97	0	10	-
	Liczba zdarzeń, o których o.b. się dowiedziała	2,95	2,97	0	12	-
IES	Intruzje	12,38	8,07	0	33	0,82
	Unikanie	14,92	9,46	0	36	0,84
	Wynik ogólny IES	27,31	16,37	0	67	0,90
PDS-5	Liczba objawów kryterium B	2,79	1,70	0	5	0,74
	Liczba objawów kryterium C	0,97	0,84	0	2	0,67
	Liczba objawów kryterium D	3,92	2,01	0	7	0,71
	Liczba objawów kryterium E	3,65	1,79	0	6	0,67
	Liczba objawów PTSD	11,34	4,76	0	20	0,84
	Głębokość objawów kryterium B	4,31	3,59	0	23	0,75
	Głębokość objawów kryterium C	1,73	1,85	0	8	0,72
	Głębokość objawów kryterium D	6,46	4,56	0	21	0,79
	Głębokość objawów kryterium E	5,96	3,60	0	19	0,68
Głębokość objawów PTSD	18,46	10,93	0	63	0,88	

Uwaga: M – wartość średnia; SD – odchylenie standardowe; min. – wartość minimalna; max. – wartość maksymalna; α – wartość miary rzetelności α Cronbacha.

Rzetelność pomiaru

Rzetelność pomiaru realizowanego za pomocą adaptowanego narzędzia mierzono metodą stabilności bezwzględnej. Powtórny pomiar przeprowadzono po upływie 2 tygodni w próbie 40 studentów Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie. W tabeli 3 przedstawiono wartości współczynników korelacji wewnątrzklasowej.

Tabela 3. Wartości współczynników korelacji wewnątrzklasowej

Skala	R
Liczba zdarzeń doświadczonych	0,944***
Liczba zdarzeń, których o.b. była świadkiem	0,933***
Liczba zdarzeń, o których o.b. się dowiedziała	0,946***

Uwaga: *** $p < 0,001$.

Wartości otrzymane dla wszystkich skali oznaczały bardzo wysoką stabilność pomiaru.

W tabeli 4 zamieszczono wartości miar zgodności Cohena pomiędzy poszczególnymi pozycjami adaptacji LEC-5 w dwóch kolejnych pomiarach. Wartości miar zgodności obliczono dla wartości otrzymanej na pełnej skali dla każdej pozycji (od „Doświadczylem/am osobiście” do „Nie dotyczy”) oraz dla wartości na skali zdychotomizowanej (tylko bezpośrednia ekspozycja na zdarzenie traumatyczne lub brak bezpośredniej ekspozycji).

Tabela 4. Wartości miar zgodności κ Cohena pomiędzy poszczególnymi pozycjami adaptacji LEC-5 w dwóch kolejnych pomiarach

Zdarzenie traumatyczne	Skala zdychotomizowana	Skala pełna
Kłęska żywiołowa	1,00	1,00
Pożar lub wybuch	0,89	0,90
Wypadek komunikacyjny	0,95	0,94
Poważny wypadek w pracy, w domu lub podczas zajęć rekreacyjnych	0,61	0,65
Narażenie na substancje toksyczne	0,79	0,84

Trafność pomiaru

Trafność pomiaru weryfikowano poprzez analizę korelacji pomiędzy skalami kwestionariusza LEC-5 i skalami kwestionariusza PDS-5 i IES. Ze względu na porządkowy poziom pomiaru na skalach LEC-5 zastosowano współczynniki korelacji τ Kendalla. Wartości współczynników korelacji przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Wartości współczynników korelacji τ Kendalla pomiędzy wynikami na skalach LEC-5 a wynikami na skalach PDS-5 i IES

Skala	Liczba zdarzeń doświadczonych	Liczba zdarzeń, których o.b. była świadkiem	Liczba zdarzeń, o których o.b. się dowiedziała
l. obj. B	0,156**	0,156**	0,047
l. obj. C	0,045	0,108	0,031
l. obj. D	0,083	-0,008	0,004
l. obj. E	0,076	0,018	0,061
l. objawów ogółem	0,117*	0,066	0,024
głęb. obj. B	0,206**	0,154**	0,009
głęb. obj. C	0,118	0,144*	0,062
głęb. obj. D	0,157**	0,047	0,006
głęb. obj. E	0,145*	0,064	0,053
głęb. obj. ogółem	0,187**	0,105	0,009
intruzje	0,209**	0,099	0,077
unikanie	0,214**	0,148**	0,064
Wynik ogólny IES	0,224**	0,130*	0,076

Uwaga: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Otrzymano istotne statystycznie dodatnie korelacje pomiędzy liczbą zdarzeń urazowych, jakich doświadczyły osoby badane a liczbą objawów PTSD z kryterium B, ogólną liczbą objawów PTSD, głębokością objawów z kryterium B, D i E, ogólną głębokością objawów, nasileniem intruzji, unikania i wynikami ogólnymi w kwestionariuszu IES. Liczba dodatnich korelacji pomiędzy liczbą zdarzeń, których osoby badane były świadkami, była mniejsza i dotyczyła liczby i głębokości objawów z kryterium B, głębokości objawów z kryterium C, nasilenia unikania i ogólnego wyniku w kwestionariuszu IES. Należy również zauważyć, że ogólna głębokość objawów PTSD korelowała tylko z liczbą zdarzeń, których osoby badane doświadczyły, a korelacja pomiędzy wynikiem ogólnym w kwestionariuszu IES i liczbą zdarzeń doświadczonych przez osoby badane była silniejsza niż korelacja pomiędzy wynikiem ogólnym w kwestionariuszu IES i liczbą zdarzeń, których osoba badana była świadkiem. Nie otrzymano natomiast istotnych statystycznie korelacji pomiędzy liczbą zdarzeń, o których osoby badane się dowiedziały a liczbą i nasileniem objawów PTSD. Otrzymane korelacje potwierdzają trafność pomiaru adaptowanego narzędzia.

Przeprowadzono również analizę regresji logistycznej, w której skale LEC-5 analizowano jako predyktory diagnozy PTSD według kryteriów diagnostycznych DSM-5 diagnozowanych za pomocą kwestionariusza PDS-5. Analizę przeprowadzono z użyciem metody bootstrap opartej na 1000 próbek. Otrzymane wartości współczynników regresji były nieistotne statystycznie. Wynosiły: $B = 0,16$, $p = 0,09$ dla liczby zdarzeń, których osoba badana doświadczyła, $B = 0,210$, $p = 0,06$ dla liczby zdarzeń, których

osoba badana była świadkiem i $B = -0,03$, $p > 0,05$ dla liczby zdarzeń, o których osoba badana się dowiedziała. Należy jednak zwrócić uwagę, że wartości otrzymane dla liczby zdarzeń, których osoba badana doświadczyła i dla liczby zdarzeń, których osoba badana była świadkiem były zbliżone do istotnych statystycznie, a w badanej próbie jedynie 4,1% osób badanych miało diagnozę PTSD według kryteriów diagnostycznych DSM-5, co znacznie ograniczyło moc wnioskowania statystycznego dotyczącego zależności pomiędzy wynikami na skalach LEC-5 a diagnozą PTSD.

Podsumowanie

Przedstawione w tej pracy wyniki badania polskiej wersji LEC-5 wykazały wysoką rzetelność zaadaptowanego przez nas narzędzia. Powtórny pomiar po 2 tygodniach w próbie 40 studentów wykazał bardzo wysoką stabilność czasową pomiaru. Dla wszystkich pozycji, również w przypadku dychotomizacji wartości Kappa, przekroczyły 0,60, co jest zadowalającym wynikiem. Wyniki przewyższają wartości uzyskane przez Graya i wsp. [9] dla LEC, gdzie średnia wartość dla wszystkich pozycji wyniosła 0,61, a współczynnik korelacji test-retest wyniósł $r = 0,82$ ($p < 0,001$). W kilku przypadkach w badaniach Graya i wsp. [9] uzyskano bardzo niskie wskaźniki (np. poważne obrażenia, krzywda lub śmierć innej osoby, którą spowodowałeś/łaś), co autorzy tłumaczą małą liczbą wskazań dla tej pozycji (6 osób na 104 badanych). Być może wyższe wskaźniki rzetelności retestowej w porównaniu z danymi uzyskanymi przez Graya i wsp. [9] są związane z bardziej czytelną instrukcją w LEC-5 oraz ze szczegółowym uwzględnieniem opcji dotyczącej ekspozycji na traumę w związku z wykonywaną pracą („na przykład ratownika medycznego, w policji, w wojsku, lub w innego rodzaju służbach ratunkowych”).

Trafność pomiaru w prezentowanym przez nas badaniu również okazała się zadowalająca. Współczynniki korelacji τ Kendalla pomiędzy liczbą zdarzeń, jakich badani doświadczyli bezpośrednio a stopniem nasilenia objawów PTSD według PDS-5 wyniosły: 0,187 ($p < 0,01$) oraz 0,224 ($p < 0,01$) dla wyniku ogólnego w IES. Ponadto wyniki analizy korelacji wskazują, że ogólna głębokość objawów PTSD (pomiar Skalą PDS-5) korelowała tylko z liczbą zdarzeń, których osoby badane doświadczyły, a korelacja pomiędzy wynikiem ogólnym w kwestionariuszu IES a liczbą zdarzeń, jakich doświadczyły osoby badane była silniejsza niż korelacja pomiędzy wynikiem ogólnym w kwestionariuszu IES a liczbą zdarzeń, których osoba badana była świadkiem. Nie otrzymano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy liczbą zdarzeń, o których osoby badane się dowiedziały a liczbą i nasileniem objawów PTSD. W badaniach Graya i wsp. [9] do oceny trafności LEC w grupie studentów wykorzystano z jednej strony inne narzędzie pomiaru ekspozycji na traumę: TLEQ [10], z drugiej zaś dwie skale do pomiaru PTSD: *PTSD Checklist* (PCL) oraz *Modified PTSD Symptom Scale* (MPSS). W odniesieniu do teoretycznie powiązanych miar objawów uzyskane wskaźniki korelacji r Pearsona między ogólnym wynikiem LEC a ogólnym wynikiem w tych skalach wyniosły odpowiednio 0,44 ($p < 0,1$) i 0,48 ($p < 0,1$). Porównując te dane, warto zwrócić uwagę na to, że polska wersja wykorzystanej w prezentowanym badaniu Skali PDS-5 nie jest jeszcze w pełni zaadaptowanym narzędziem. Przedstawiona przez Zawadzkiego

i wsp. [13] publikacja dotyczy przede wszystkim struktury objawów PTSD badanej za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej. Prezentowane przez autorów dane dotyczące rozpowszechnienia PTSD w badanej nieklinicznej próbie 388 osób, wprowadzając bez uwzględnienia kryterium F, wydają się bardzo wysokie (41,5%). W niniejszym badaniu wszystkie kryteria diagnostyczne PTSD według DSM-5 spełniało 7 osób (4,1%). Z drugiej strony, wynik ogólny w kwestionariuszu IES w przypadku 56 osób (32,6%) przekraczał wartość progową 35, a u 30 osób (17,4%) przekraczał wartość progową 44. Te rozpiętości wyników warto brać pod uwagę, odnoszą się one jednak do dalszych prac nad pomiarem rozpowszechnienia PTSD w Polsce, szczególnie że pojawiają się prace pokazujące występowanie objawów PTSD w dotychczas niekoniecznie kojarzonych z tym zaburzeniem populacjach [16]. Niezależnie od powyższych uwag, prezentowana tu adaptacja LEC-5 spełnia w zadowalającym stopniu standardy własności psychometrycznych.

W kontekście diagnozy PTSD warto jednak zwrócić uwagę na formułowane przez autorów zastrzeżenia w odniesieniu do badanego w tej pracy narzędzia. Gray i wsp. [9] podkreślają, że LEC odnosi się do szerokiego zakresu potencjalnie traumatycznych zdarzeń. Wszystkie powszechnie stosowane narzędzia tego rodzaju mają podobne zasadnicze itemy, ale każde z nich zawiera też takie pozycje, które nie są identyfikowane przez inne narzędzia. Jeśli chodzi o LEC, znajdują się w nim osobne pozycje dotyczące ekspozycji na toksyczne substancje, pożary i wybuchy, a zarazem brakuje szczegółowych odniesień do zdarzeń wymienianych w TLEQ [10] i SLEQ [11], takich jak przemoc ze strony partnera/partnerki lub doświadczanie przemocy fizycznej w dzieciństwie. Poza tym badacze i klinicyści powinni być świadomi potencjalnych fałszywych wyników pozytywnych powodowanych przez opcje odpowiedzi w LEC. Sytuacje, gdy ktoś się dowiedział o zdarzeniach uwzględnionych w LEC lub był ich świadkiem, nie byłyby traktowane jako stresor spełniający kryterium A1 w DSM-IV, jeśli dane zdarzenie nie dotyczyłoby bardzo bliskiego przyjaciela lub krewnego. W związku z tym wskazanie określonej pozycji kwestionariusza nie musi oznaczać, że dana osoba cierpi z powodu skutków traumy. LEC należy traktować jako narzędzie przesiewowe, a badacze i klinicyści powinni później uwzględnić dodatkowe informacje i posługiwać się odpowiednią oceną (*judgment*) przy ustalaniu, czy wskazane zdarzenie można uznać za traumatyczne zgodnie np. z kryteriami DSM-IV [9].

Niniejsza praca nie jest wolna od ograniczeń. Po pierwsze, przy szacowaniu rzetelności narzędzia oparliśmy się na danych empirycznych pochodzących ze stosunkowo małej próby, zwłaszcza w drugim pomiarze, który jest kluczowy dla określenia rzetelności narzędzia. W tego typu analizach bazuje się zwykle na liczniejszych próbach. Po drugie, osobami badanymi byli wyłącznie studenci, co może stawiać pod znakiem zapytania kwestie reprezentatywności naszej próby dla polskiej populacji.

Pomimo tych ograniczeń należy stwierdzić, że zaadaptowane przez nas narzędzie charakteryzuje się zadowalającymi własnościami psychometrycznymi i wydaje się wygodnym do stosowania przesiewowym narzędziem pomiaru ekspozycji na traumę. Taki pomiar można uznać za istotny z kilku powodów. Przede wszystkim PTE często powodują poważne obciążenie psychiczne dla jednostki. Dla większości osób jest ono przejściowe, jednak u znaczącego odsetka eksponowanych na traumę rozwija się

chroniczne PTSD. Prawdopodobieństwo rozwoju chronicznego PTSD zależy od typu traumy, ale badania wskazują na to, że ogólny wskaźnik PTSD w związku z jakąkolwiek traumą wynosi ok. 9% [2, 3]. Poza PTSD ekspozycja na traumę może być związana także z wystąpieniem innych zaburzeń, takich jak depresja i nadużywanie substancji psychoaktywnych. Wysokie rozpowszechnienie PTE [3, 4] w połączeniu z niewysoką, ale istotną liczbą osób, u których dochodzi do rozwoju zaburzeń potraumatycznych sprawia, że znaczna liczba osób pozostaje pod poważnym wpływem traumy. Niezależnie od związanej z traumą psychopatologii ekspozycja na PTE łączy się też z częstszym korzystaniem z opieki zdrowotnej i wynikającymi z niej kosztami, a osoby, u których rozwija się chroniczne PTSD, mają tendencję do nadużywania systemu opieki zdrowotnej [17]. Identyfikowanie osób po traumie za pomocą wygodnego narzędzia przesiewowego może przyczynić się do bardziej efektywnego i adekwatnego zapewniania usług zdrowotnych, co jest bez wątpienia korzyścią zarówno dla pacjentów, jak i ich lekarzy.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington, DC: Author; 1980.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M et al. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiat. 1994; 51(8): 8–19.
3. Rosenman S. *Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: Findings in the population sample of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing*. Aust. NZ J. Psychiat. 2002; 38: 515–520.
4. Breslau N, Kessler RC. *The Stressor Criterion in DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder: An Empirical Investigation*. Society of Biological Psychiatry. 2001; 50: 699–704.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: Author; 1994.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington, DC: Author; 2013.
7. Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP, Kaloupek DG, Marx BP i wsp. *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov; 2013.
8. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS i wsp. *The development of a clinician-administered PTSD scale*. J. Trauma. Stress. 1995; 8: 75–90.
9. Gray M, Litz B, Hsu J, Lombardo T. *Psychometric properties of the Life Events Checklist*. Assessment. 2004; 11: 330–341.
10. Kubany E, Haynes S, Leisen M, Owens J, Kaplan A, Watson SB i wsp. *Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire*. Psychol. Assessment. 2000; 12: 210–224.
11. Goodman LA, Corcoran C, Turner K, Yuan N, Green BL. *Assessing traumatic event exposure: general issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire*. J. Trauma. Stress. 1998; 3: 521–542.

12. http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp (dostęp: 22.04.2017).
13. Zawadzki B, Popiel A, Foa E, Jakubowska B, Cyniak-Cieciura M i wsp. *The structure of symptoms of posttraumatic stress disorder according to DSM-5 and assessed by PDS-5 preliminary results*. Current Issues in Personality Psychology. 2015; 3(1): 1–11.
14. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. *Impact of Event Scale: A measure of subjective stress*. Psychosom. Med. 1979; 41: 209–218.
15. IBM Corp. Released. IBM SPSS statistics for Windows. Version 24. Armonk, NY: IBM Corp.; 2016.
16. Rzeszutek M, Oniszczenko W, Schier K, Biernat-Kałuża E, Gasik R. *Temperament traits, social support and medical illness-related trauma symptoms in a Polish sample of HIV/AIDS and rheumatoid arthritis patients*. Int. J. Clin. Hlth Psych. 2016; 16: 137–146.
17. Solomon S, Davidson J. *Trauma: Prevalence, impairment, service use and cost*. J. Clin. Psychiat. 1997; 58: 5–11.

Adres: Marcin Rzeszutek
Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski,
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7

Otrzymano: 1.10.2016
Zrecenzowano: 28.10.2016
Otrzymano po poprawie: 8.02.2017
Przyjęto do druku: 27.02.2017