

Przegląd metod pomiaru zespołu stresu pourazowego ze szczególnym uwzględnieniem Skali do Diagnozy Klinicznej PTSD

Barbara Wachowicz*, Koryna Lewandowska, Luiza Seklecka

Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

THE REVIEW OF METHODS MEASURING POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER WITH SPECIAL ATTENTION
TO CLINIC-ADMINISTERED PTSD SCALE

The issue of posttraumatic stress disorder has remained one of the most important and essential topics for years due to common car accidents, sexual and domestic abuse and – especially in recent years – involvement of Polish troops in military operations (such as in Afghanistan or Iraq). An effective therapy of this type of disorders and adequate allocation of social benefits to the needy requires an accurate and reliable diagnosis. Methods of measuring PTSD – both questionnaires and structured interviews – are presented in this paper. A short fragment of the recently translated into Polish clinic structured interview CAPS, which is recognized as the international „golden standard” for diagnosis of this disorder, follows the description of methods available in Poland.

Key words: PTSD, CAPS, diagnostic methods

WSTĘP

Terminu „zaburzenie stresowe pourazowe” po raz pierwszy użyto w klasyfikacji zaburzeń umysłowych DSM-III (APA, 1980). O sposobie rozumienia jednostki zdecydowało przyjęcie koncepcji Horowitz (1975), który zakładał, iż trauma niesie ze sobą ogromną ilość informacji niekompatybilnych z istniejącym systemem poznawczym osoby i przekraczających jej dotychczasowe doświadczenie. Nieprzetworzone informacje „wdzierają się” w świadomość pacjenta (intruzja), co jest jednym z osiowych objawów PTSD. Oprócz nawracających na jawie i we śnie wspomnień traumy, charakterystyczne symptomy PTSD to nadmierne pobudzenie i stan ciągłej gotowości oraz odrętwienie emocjonalne i unikanie przejawiające się zawężeniem afektu, zainteresowań i aktywności. Osoby, które przeżyły traumatyczny uraz doświadczają też często tzw. poczucia winy ocalałego – poczucia winy wobec tych, którzy nie przeżyli (Cebella i Łucka, 2007). Przyjmuje się, iż reakcja na silny stres obejmuje pięć faz: krzyku, zaprzeczenia, intruzji, przepracowania i zakończenia – fazy mogą się jednak powtarzać, a wspomnienia traumy powracać do końca życia (Heitzman, 2002). Uważa się, iż PTSD może być następstwem każdego traumatycznego doświadczenia i może stanowić uniwersalną odpowiedź na zagrażającą

sytuację bez względu na wiek, płeć czy kulturę (Shiromani, Keane i LeDoux, 2009).

Obecnie PTSD diagnozowane jest w oparciu o kryteria DSM-IV (APA, 1994) oraz ICD-10 (WHO, 1992). Aby ujednoczyć sposób i podnieść rzetelność diagnozowania zaburzenia stresowego pourazowego w Stanach Zjednoczonych Ameryki opracowano wiele wystandaryzowanych kwestionariuszy i wywiadów ustrukturyzowanych, które służą do oceny nasilenia objawów PTSD. Na język polski przetłumaczono zaledwie kilka metod, w większości opartych o starsze klasyfikacje DSM-III i DSM-III-R (APA, 1987). Diagnostyka PTSD w Polsce boryka się również z innymi trudnościami. Znane są przypadki żołnierzy, u których lekarze rodzinni nie rozpoznali PTSD i zbagatelizowali widoczne symptomy (Korzeniewski, 2008). Co więcej, wydaje się, iż w przypadku polskich żołnierzy misji pokojowych wracających z Iraku, rozpoznania PTSD często były nietrafne, głównie ze względu na brak stosowania się diagnostów do kryteriów DSM-IV i ICD-10 (Gruszczyński, Florkowski, Gruszczyński i Wysokiński, 2008). Stosowanie ustrukturyzowanego wywiadu opartego na kryteriach DSM-IV mogłoby podnieść trafność diagnozy oraz rzetelność badań klinicznych i naukowych. Do tej pory w Polsce stosuje się jednak głównie kwestionariuszowe metody samoopisowe, czego powodem może być ich dostępność oraz krótki czas trwania badania. Wywiad strukturyzowany dostarcza jednak zdecydowanie więcej informacji. W niniejszym artykule prezentujemy najczęściej stosowane narzędzia

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Barbara Wachowicz, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Jagielloński, ul. Łojasiewicza 4, 30-348 Kraków.
e-mail: barbara.wachowicz@uj.edu.pl

amerykańskie oraz metody dostępne w Polsce wraz z ich krótką charakterystyką. Szczególnie ważne narzędzie – *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS) – stosowane w większości badań amerykańskich wraz z częścią polskiego tłumaczenia przedstawiamy w ostatniej części artykułu.

METODY POMIARU PTSD

Pionierem diagnostyki zespołu stresu pourazowego są Stany Zjednoczone. Zaangażowanie państwa w liczne operacje militarne oraz dobry system finansowania badań o zastosowaniu wojskowym, umożliwiły badaczom i klinicytom amerykańskim pozyskanie wiedzy o mechanizmach powstawania traumy oraz opracowanie metod pozwalających na jej możliwie trafną, rzetelną i wczesną diagnozę. Powstały wystandardyzowane metody pomiaru dostosowane do oceny urazów psychicznych u wojskowych i cywilów, które są stosowane również w Europie. Metody przesiewowe oraz stosowane w celach diagnostycznych i ewaluacyjnych ustrukturyzowane wywiady kliniczne i kwestionariusze samoopisowe są wykorzystywane powszechnie w praktyce psychologicznej i psychiatrycznej oraz w badaniach naukowych.

METODY KWESTIONARIUSZOWE

Kwestionariusze Identyfikujące zdarzenie traumatyczne

Podstawą diagnozy PTSD jest spełnienie kryterium A w DSM-IV, czyli wystąpienie traumatycznego zdarzenia oraz silnej reakcji emocjonalnej. W celu stwierdzenia ekspozycji na takie zdarzenie stosowane są metody kwestionariuszowe. Do najbardziej popularnych należy *Life Events Checklist* (LEC; Blake i in., 1995) – lista 16 zdarzeń traumatycznych obejmująca m.in. katastrofy środowiska naturalnego, zdarzenia wojenne, przemoc seksualną i śmierć osób bliskich. LEC pozwala zidentyfikować wydarzenia traumatyczne oraz umożliwić określenie, w jaki sposób odnosi się ono do osoby badanej (czy była uczestnikiem, pełniła rolę świadka, słyszała o wydarzeniu). Nie odpowiada jednak na pytanie czy doszło do urazu, czyli czy zdarzenie było wystarczająco silne i wywołało reakcję emocjonalną (Gray, Litz, Hsu i Lombardo, 2004). LEC stosowane jest m.in. przed przeprowadzeniem ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego CAPS. Wśród metod samoopisowych identyfikujących zdarzenia traumatyczne warto wymienić jeszcze m.in. *Life Stressor Checklist-Revised* (LSC-R; Wolfe i Kimerling, 1996), *Stressful Live Events Screening Questionnaire* (SLESQ, SLESQ-R; Goodman i in., 1998) oraz *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ; Kubany i in., 2000).

Kwestionariusze przesiewowe i ewaluacyjne

Metody kwestionariuszowe stosowane są zazwyczaj w celach przesiewowych (w programach profilaktycznych i prewencyjnych mających na celu wczesne wykrycie zaburzenia), a także w celu ewaluacji postępów

w terapii oraz uzupełnienia procesu diagnostycznego. Wśród metod kwestionariuszowych o takim zastosowaniu najbardziej znana jest tzw. *PTSD Checklist* (PCL; Weathers i in., 1993), 17-itemowa skala odpowiadająca kryteriom diagnostycznym DSM-IV. PCL dostępna jest w wersji militarnej (PCL-M) oraz cywilnej (PCL-C). W 2005 roku została też opracowana wersja skrócona, ograniczona do 6 czynników – *Short Form of the PTSD Checklist* (PCL-S; Lang i Stein, 2005), która koncentruje się na trzech podstawowych objawach PTSD: ponowne przeżywanie, unikanie i pobudzenie. Podobne, bardzo krótkie skale stosowane przesiewowe, to m.in. 4-itemowy *Primary Care PTSD Screen* (PC-PTSD; Prins i in., 2003), *Trauma Screening Questionnaire* (TSQ; Brewin, 2002), a także *Screen for Posttraumatic Stress Symptoms* (SPTSS; Carlson, 2001) – szczególnie użyteczny w przypadku pacjentów o wielu doświadczeniach traumatycznych lub nieznannej historii przeżytych urazów.

Kwestionariusze wspomagające proces diagnostyczny

Wśród kwestionariuszy samoopisowych na szczególną uwagę zasługuje *Impact of Event Scale – Revised* (Weiss i Marmar, 1997), która stanowi uzupełnienie dla wywiadu klinicznego, a także pozwala na wstępną diagnozę w kierunku PTSD (Creamer, Bell i Failla, 2003). Do metod stosowanych jako uzupełnienie wywiadu klinicznego należy też *The Mississippi Scale for PTSD* (M-PTSD) dostępną w wersji dla cywilów oraz dla wojskowych (Lauterbach, Vrana, King i King, 1997). Kolejnym diagnostycznym narzędziem samoopisowym jest *Trauma Symptom Inventory* (Briere, 1995), który pozwala ocenić obecność i nasilenie objawów PTSD w ciągu ostatnich 6 miesięcy na 4 stopniowej skali (0-nigdy, 3-często). Składa się ze 100 itemów obejmujących 10 grup objawów (m.in. Pobudzenie, Lękowe, Depresja, Złość/ Drażliwość, Doświadczenie „Intruzji”, Unikanie i Dysocjacja) oraz 3 skal pomocniczych (McDevitt-Murphy, Weathers i Adkins, 2005). Szczególnie przydatna skala pomocnicza to Odpowiedzi Nietypowe, w której wysokie wyniki mogą wskazywać na symulację objawów PTSD (Gray, Elhai i Briere, 2010). Kwestionariusz jest stworzony z uwzględnieniem kryteriów PTSD w DSM-IV, jednak nie odwołuje się do nich bezpośrednio. Taką samą konstrukcją ma przeznaczona do badań naukowych skala *Trauma Symptom Checklist – 40* (TSC-40; Elliot i Briere, 1992), która pozwala oszacować symptomy PTSD na 6 podskalch (m.in. lęk, depresja, dysocjacja, problemy seksualne).

Doskonałe uzupełnienie procesu diagnostycznego stanowi także *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS; Foa, Cashman, Jaycox i Perry, 1997), która wg analizy przeprowadzonej przez Johna Elhai i jego zespół badawczy jest skalą samoopisową najczęściej używaną przez klinicystów do diagnozowania historii traumy (Elhai, Gray, Kashdan i Franklin, 2005). PDS zawiera 49 pozycji, które pozwalają określić obecność i nasilenie objawów PTSD dla pojedynczego urazu w odniesieniu do wszystkich kryteriów DSM-IV, a także ich wpływ na codzienne funkcjonowanie chorego. Zaletą metody jest możliwość

pozyskania szczegółowych informacji o urazie (McCarthy, 2008). Wśród metod służących jako uzupełnienie diagnozy PTSD często używana jest również Podskala F MMPI lub MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*; Lyons i Keane, 1992). Jest ona chętnie stosowana jako metoda dodatkowa w trudnych diagnostycznie przypadkach (Watson i in., 2002). Kwestionariuszy uzupełniających badanie kliniczne w kierunku PTSD jest znacznie więcej, nie sposób jednak wymienić je wszystkich.

Kwestionariusze pomocnicze ukierunkowane na specyficzne zdarzenia traumatyczne i zaburzenia towarzyszące

Opracowano liczne metody pomocnicze, dostosowane do specyfiki wydarzenia traumatycznego. Wymienić tutaj należy m.in. kwestionariusze dla kobiet w wojsku, takie jak *Women's Wartime Stressor Scale* (Wolfe, Brown, Furey i Levin, 1993) czy *Trauma Questionnaire*; kwestionariusze badające nadużycia seksualne wśród weteranów wojennych, np. *Sexual Experiences Survey* (SES; Koss i Oros, 1982). Istnieją także skale uzupełniające diagnozę weteranów wojennych pod kątem różnych doświadczeń traumatycznych. Kwestionariusz *Deployment Risk and Resilience Inventory* (DRRI; King, King i Vogt, 2003) uwzględnia doświadczenia stresowe i stopień wsparcia społecznego sprzed i po okresie służby wojskowej oraz różne doświadczenia militarne z okresu służby (np. zaangażowanie w działania wojenne, kontakt z bronią biologiczną lub nuklearną, przemoc seksualna, zmartwienia o rodzinę) (King i in., 2006). Ponadto, w celach diagnostycznych, jak i w badaniach naukowych na osobach z PTSD stosuje się liczne metody uzupełniające, pozwalające stwierdzić występowanie niektórych symptomów i chorób towarzyszących. Do najbardziej znanych należy *Skala Depresji Becka* (*Beck Depression Inventory – II*; BDI-II) oraz kwestionariusze mierzące poziom lęku, np. *Beck Anxiety Symptom Inventory* (BAI), w tym lęku jako stanu i cechy (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI, za: Watson i in., 2002).

WYWIAD KLINICZNY

Podstawową metodą diagnostyczną zespołu stresu pourazowego jest wywiad kliniczny. Diagnosta zagraniczny dysponuje różnymi wersjami ustrukturyzowanych wywiadów, których przeprowadzenie pozwala na bardziej rzetelną i obiektywną ocenę stanu zdrowia badanego niż wywiad nieustrukturyzowany. Stosowanie wywiadów ustrukturyzowanych zapewnia większą zgodność diagnoz przeprowadzanych przez różnych klinicystów, a także stanowi dobrą podstawę kwalifikacji osób do badań klinicznych i naukowych. Najbardziej znanym wywiadem ustrukturyzowanym do diagnozy PTSD, powszechnie stosowanym w ośrodkach klinicznych oraz uznanym przez badaczy (np. Schuff i in., 2011; Felmingham i in., 2009) jest *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Blake i in., 1995). Metoda ta określana jest „złotym stan-

dardem” diagnozy zespołu stresu pourazowego (Strelau, Zawadzki, Oniszczenko i Sobolewski, 2002). Kolejnym pół-ustrukturyzowanym wywiadem klinicznym o szerokim spektrum zastosowania jest *Structured Clinician Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I). Jest on podzielony na odrębne moduły pozwalające diagnozować różne zaburzenia. Ponieważ u osób z PTSD często współwystępują inne zaburzenia (np. alkoholizm, depresja) zarówno w diagnozie klinicznej jak i badaniach naukowych często używa się tej metody w całości, w celu ich wykluczenia. Poza wersją kliniczną dostępne są także wersje do badań naukowych oraz dla pacjentów (First, Spitzer, Gibbon i Williams, 1997). Innym znanym wywiadem używanym do diagnozy PTSD jest *PTSD Symptom Scale Interview* (PSS-I; Foa, Riggs, Dancu i Rothbaum, 1993) – krótki, pół-ustrukturyzowany wywiad w 17 pytaniach odnoszący się do wcześniej określonego zdarzenia traumatycznego. Wyniki odzwierciedlają łączną częstość i uciążliwość występowania objawów w czasie dwóch tygodni poprzedzających badanie (Foa i Tolin, 2000). Równie krótkim wywiadem, którego przeprowadzenie nie wymaga szczególnego doświadczenia klinicznego, jest *Structured Interview for PTSD* (SI-PTSD; Davidson, Kudler i Smith, 1990). Wywiad ten odnosi się do 17 kryteriów diagnostycznych wg DSM-IV, a także uwzględnia poczucie winy ocalałego. Podobnie jak CAPS pozwala ocenić uciążliwość objawów (tj. ich częstotliwość i nasilenie) dla najgorszego dla badanego okresu. Dodatkowo warto wspomnieć również nieaktualny już *PTSD-Interview* (PTSD-I; Watson i in., 1991) – szeroko rozpowszechniony wywiad strukturyzowany oparty na DSM-III.

METODY WSPOMAGAJĄCE

W procesie diagnostycznym w kierunku PTSD uwzględnia się niekiedy także pomiar reaktywności psychofizjologicznej tj. rytmu serca, ciśnienia krwi, przewodności elektrycznej skóry oraz napięcia mięśni. Przyjmuje się, że bodźce związane z wydarzeniem traumatycznym powodują zmiany reakcji psychofizjologicznej. Znane są jednak zjawiska symulacji i agrawacji tych reakcji, jak również ich dyssymulacji u osób z PTSD, zwłaszcza weteranów wojennych (Watson i in., 2002). Ważnym elementem uzupełniającym diagnozę jest zatem obserwacja badanego, zwłaszcza w trakcie trwania wywiadu klinicznego. Uwzględnia się w niej m.in. utrzymywanie kontaktu wzrokowego z przeprowadzającym badanie, ekspresję mimiczną pacjenta, jego ton głosu, sposób poruszania się oraz wygląd zewnętrzny (np. schludność ubioru). Czynniki te nie mogą stanowić o diagnozie, jednak dla doświadczonego klinicysty są ważną wskazówką dotyczącą spójności i wiarygodności udzielanych przez badanego informacji. Obecnie rozwija się także wiedzę o możliwościach diagnostycznych neuroobrazowania (np. markery widoczne w badaniu magnetoencefalografią; Georgopoulos i in., 2010), jednak metody te wymagają dalszych badań.

METODY POMIARU PTSD DOSTĘPNE W POLSCE

Do warunków polskich została zaadaptowana metoda Watsona i współpracowników (1991) – *PTSD Interview* (PTSD-I) stworzona w oparciu o kryteria diagnostyczne DSM III i DSM-III-R. W wersji oryginalnej narzędzie ma formę wywiadu ustrukturyzowanego. W wersji polskiej metoda została przekształcona w samoopisowy *Kwestionariusz do Pomiaru Zaburzenia Po Stresie Traumatycznym* (K-PTSD; Koniarek, Dudek i Szymczak, 2000). K-PTSD, podobnie jak oryginalny PTSD-I, składa się z trzech części:

- a) pytania o doświadczenie traumatycznego zdarzenia i prośby o jego opis,
- b) 17 pytań dotyczących symptomów PTSD, których nasilenie osoby badane oceniają na 7-stopniowej skali typu Likerta,
- c) 2 pytań o czas trwania objawów (występowanie objawów w trakcie ostatniego miesiąca i w chwili obecnej).

Pytania z drugiej części kwestionariusza grupują się w trzy podskale: Nawracanie (NAWR, 4 pozycje), Unikanie (UNIK, 7 pozycji) oraz Pobudzenie (POBU, 6 pozycji). Na podstawie wszystkich pytań obliczany jest wynik całkowity (TRAUMA). W warunkach polskich PTSD-I używana jest również w adaptacji Heitzmana (Dąbkowska, 2007a,b). Skala w tej wersji została podzielona na pięć części (A – E). Część pierwsza zawiera pytania dotyczące rodzaju doświadczonego traumatycznego wydarzenia. Części B – D odnoszą się do objawów PTSD (część B – 4 pozycje związane z nawracaniem wspomnień; część C – 7 pytań dotyczących unikania skojarzonych z traumą bodźców, część D – 6 pozycji związanych z nadmiernym pobudzeniem). Część E zawiera pytania o czas trwania objawów. Oceny nasilenia symptomów również dokonuje się na 7-stopniowej skali typu Likerta.

Kolejnym narzędziem, które zostało przetłumaczone na język polski jest Kwestionariusz Zespołu Stresu Pourazowego Mississippi w wersji cywilnej (Lis-Turlejska i Łuszczynska-Cieślak, 2001). W oparciu o objawy PTSD wymienione w DSM III oraz DSM-III-R opracowano 39 twierdzeń *Mississippi Scale for Civilian Related PTSD* (M-PTSD; Vreven, Gaudanowski, King i King, 1995), wśród których znalazły się pozycje uwzględniające symptomy związane z intruzywnymi myślami, unikaniem bodźców skojarzonych z traumą oraz nadmiernym pobudzeniem), a także depresyjność, tendencje samobójcze i poczucie winy. Każde z twierdzeń oceniane jest na 5-stopniowej skali Likerta (1–5) pod względem prawdziwości w odniesieniu do sytuacji i samopoczucia osoby badanej. Adaptacja polskojęzyczna została oceniona pod względem zrozumiałości oraz poddana procedurze sędziów kompetentnych i *back translation*. Ze względu na trudności wynikające ze stosowania podwójnych przezeń odwrócono kolejność odpowiedzi kwestionariusza, stąd w wersji polskiej wynik ogólny uzyskuje się przez rekodowanie wszystkich pozycji skali z wyjątkiem tych

11 itemów, które były rekodowane w wersji angielskiej. Badania mające na celu określenie właściwości psychometrycznych skali adaptowanej przeprowadzono w grupach strażaków, osób uzależnionych od alkoholu, kobiet doświadczających przemocy w domu oraz studentów.

Kolejnym narzędziem stosowanym do pomiaru PTSD, również dostępnym w Polsce, jest samoopisowa Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009). Autorzy dokonali polskiego przekładu metody IES-R zgodnie z przyjętymi zasadami adaptacji transkulturowej. Podobnie jak anglojęzyczny oryginał, polska wersja skali składa się z 22 twierdzeń opisujących objawy, które mogą wystąpić w ciągu 7 dni od przeżycia stresującego wydarzenia. Zadaniem osoby badanej jest ocenienie na 5-stopniowej skali Likerta (0–4) siły uwzględnionych w metodzie objawów, które może u siebie zaobserwować. Narzędzie służy zatem do oceny subiektywnego poczucia dyskomfortu. Wymienione symptomy grupują się w trzy wymiary PTSD:

- a) Intruzję (obejmuje intruzywne myśli, uczucia i wyobrażenia, koszmary senne oraz noszące cechy dysocjacji nawracające przeżywanie traumy),
- b) Pobudzenie (obejmuje złość, drażliwość, nadmierną czujność, problemy z koncentracją uwagi, nasiloną reakcję przestrachu),
- c) Unikanie (obejmuje odrętwienie, unikanie skojarzonych z traumą uczuć, sytuacji czy pojęć).

Pod względem wskaźników zgodności wewnętrznej (α Cronbacha) i stabilności bezwzględnej adaptacja polskojęzyczna w niewielkim stopniu różni się od oryginału. Narzędzie służy do badania osób dorosłych, które doświadczyły traumatycznego stresu. Wykorzystuje się je również do monitorowania zmian w nasileniu reakcji na wspomnienia, jak również w celach badawczych, prewencyjnych i profilaktycznych, a także w celu ewaluacji oddziaływań terapeutycznych.

Oprócz zaadaptowanych metod amerykańskich, w Polsce dostępne są również dwie skale do pomiaru PTSD opracowane przez zespół polskich naukowców pod kierownictwem prof. Jana Strelaua: *Kwestionariusz PTSD* w wersji czynnikowej (PTSD-C; Strelau, Zawadzki, Oniszczenko i Sobolewski, 2002) oraz w wersji klinicznej (PTSD-K; Zawadzki i in., 2002). Obie skale powstały w rezultacie badań przeprowadzonych na grupach ofiar katastrof (powodzianie, górniczy) i zostały oparte na kryteriach diagnostycznych PTSD zawartych w podręczniku DSM-IV. W zamierzeniu skala PTSD-C miała służyć jako technika diagnostyczna używana przede wszystkim w badaniach naukowych, gdyż autorzy przy jej tworzeniu koncentrowali się głównie na specyfice treściowej 30 itemów, z których składa się kwestionariusz. Przeprowadzone analizy czynnikowe pozwoliły na wyróżnienie dwóch czynników skali PTSD-C, które wydają się być osiami składowymi zespołu stresu pourazowego: Intruzja/Pobudzenie oraz Unikanie/Odrętwienie. Ze względu na wysokie wartości α Cronbacha zarówno dla obu skal (dla Intruzji/Pobudzenia .92–.96; dla Unikania/Odrętwienia .88–.96), jak

skali ogólnej PTSD (.93–.96), PTSD-C może być metodą wykorzystywaną również w badaniach praktycznych – np. przesiewowych. Ocena nasilenia objawów dokonywana jest na 4-stopniowej skali. Z kolei kwestionariusz PTSD-K służyć miał głównie klinicytom jako narzędzie pozwalające na ocenę ogólnego nasilenia objawów PTSD. Wartości opisujące charakterystykę psychometryczną tej skali są niższe niż w przypadku wersji czynnikowej, jednak wciąż zadowalające.

SKALA DO DIAGNOZY KLINICZNEJ PTSD WG. KRYTERIÓW DIAGNOSTYCZNYCH DSM-IV (CAPS)

Skala do diagnozy klinicznej PTSD według kryteriów diagnostycznych DSM-IV ang. CAPS (*Clinician-Administered PTSD Scale FOR DSM-IV*), powstała w 1990 roku i pierwotnie była wykorzystywana do diagnozy w grupie weteranów. Początkowo istniały dwie wersje CAPS-1 (CAPS-DX) oraz CAPS-2 (CAPS-SX), które z czasem zostały zastąpione jedną z możliwością jej modyfikacji. Kwestionariusz należy do grupy omówionych wcześniej ustrukturyzowanych wywiadów.

Skala CAPS powstała w odpowiedzi na zróżnicowane zapotrzebowanie zarówno klinicystów jak i badaczy zagadnienia stresu pourazowego. Uzyskanie szerokiego wachlarza zastosowania możliwe było dzięki modułowej konstrukcji kwestionariusza oraz uwzględnieniu różnych ram odniesienia dla wyznaczników czasowych. Skala znajduje swoje zastosowanie w: diagnozie PTSD (wg. kryteriów diagnostycznych DSM-IV); diagnozie współwystępujących syndromów takich jak syndrom ocalałego, oraz ASD (zespołu ostrego stresu) wg obecnie obowiązującej definicji DSM-IV. Oprócz możliwości kategoryzacji oceny statusu diagnostycznego może również dostarczyć informacji o wskaźnikach ilościowych takich jak częstotliwość oraz nasilenie poszczególnych symptomów jak i wiązek symptomów uwzględnionych w definicji DSM-IV i/lub w odniesieniu do całego syndromu. Kolejną możliwością jaką daje CAPS jest monitorowanie zmian w obrazie klinicznym i określanie ich przy pomocy stopniowanych opisów dynamiki rozwoju symptomów w czasie, co jest kluczowe zarówno dla oceny wyników leczenia jak i opisu zmian w obrazie syndromu w warunkach klinicznych. CAPS może być używany również jako test przesiewowy (należy wtedy skorzystać z opcji przeliczania wyników charakteryzującą się najwyższym współczynnikiem trafności).

Połączenie kategoryzacji (występowanie lub brak poszczególnych symptomów lub całego syndromu) i wielowymiarowych (nasilenie, częstotliwość i obliczana na ich podstawie uciążliwość objawów) oszacowań, pozwala na zastosowanie dziesięciu różnych sposobów analizy danych (Weathers, Ruscio i Keane, 1999). Pytania 1-17 określone są na skali pięciostopniowej, podczas gdy pięć kolejnych punktów dotyczących wpływu na funkcjonowanie społeczne, i zawodowe, wiarygodności wypowiedzi, uciążliwości objawów oraz poziomu poprawy stanu

pacjenta wypełnia klinicysta używając skali czterostopniowej.

Wywiad CAPS zawiera grupy pytań odnoszące się bezpośrednio do wiązek symptomów wymienionych w DSM IV. Umożliwia to maksymalnie dokładne uzyskanie danych odnoszących się do poszczególnych kryteriów. Ponadto, przy każdym pytaniu osoba badana pytana jest o określenie częstotliwości oraz określenie nasilenia występowania symptomu (oddzielnie określane na skali).

CAPS składa się z kilku modułów. Checklista zdarzeń życiowych (LEC) przeznaczona do samodzielnego wypełnienia przez osobę badaną, jest integralną częścią kwestionariusza odnoszącą się do pierwszego kryterium (A). Moduł dotyczący kryterium z grupy symptomów B: pytania 1–5, odpowiednio kryterium z grupy symptomów C: pytania 6–12, kryterium z grupy symptomów D: pytania 13–17. Pytania o ramy czasowe występowania symptomów: pytania 18–19. Pytania wypełniane przez klinicystę, zaraz po pierwszych 17, uwzględniające ogólny obraz uzyskany w teście: pytania 20–25. Oszacowanie powiązanych jednostek (opcjonalnie): pytania 26–30. Dodatkowo kwestionariusz zawiera kartę odpowiedzi.

Skala powinna być wykorzystywana przez specjalistów mających doświadczenie w przeprowadzaniu wywiadów diagnostycznych oraz wiedzę z zakresu psychopatologii.

CAPS uwzględnia różne źródła informacji przy określaniu punktacji. Przede wszystkim, punktacja powinna być określana na podstawie odpowiedzi udzielonych przez pacjenta w trakcie wywiadu. Wynik ogólny powinien być obliczany z uwzględnieniem oceny wiarygodności danych uzyskanych w trakcie wywiadu i zachowania pacjenta podczas procesu diagnozy. Obserwacje klinicysty mogą również służyć jako użyteczne źródło informacji, takich jak określenie odrętwienia emocjonalnego, upośledzenia funkcjonowania społecznego, upośledzenia zdolności do koncentracji uwagi, itd.

Wcześniej wspomniane możliwe ramy czasowe występowania symptomów (należy zawsze upewnić się, że klinicysta i pacjent odnoszą się do tego samego okresu w życiu pacjenta, a klinicysta zwraca uwagę na zachowanie tych samych ram w odpowiedziach na pytania w całym kwestionariuszu), to: tydzień poprzedzający wywiad, miesiąc poprzedzający wywiad lub miesiąc po przeżyciu zdarzenia traumatycznego (ew. najgorszy miesiąc od traumatycznego zdarzenia).

Wywiad w oparciu o kwestionariusz CAPS może być przeprowadzany z uwzględnieniem wszystkich mieszczących się w kryterium A zdarzeń. U pacjentów z wielokrotną traumą, możliwe jest kilkukrotne powtórzenie wywiadu. Przy zastosowaniu narzędzia, niezwykle istotne są umiejętności nawiązania i utrzymania kontaktu ze strony osoby prowadzącej wywiad: znaczące są wprowadzenie w klimat badania, uprzedzenie o możliwości zaistnienia konieczności zadania dodatkowych pytań, wyjaśnienie ewentualnych niejasności, umiejętność reformułowania pytań, tak aby były bardziej dostosowane

do umiejętności językowych osoby badanej, umiejętność pytania o symptomy przez ich negację itd.

Tak jak wcześniej wspomniano, CAPS (CAPS; Blake i in., 2000) jest metodą stosowaną z powodzeniem przez amerykańskich klinicystów i badaczy stresu traumatycznego (np. Hovens i in., 1994; Felmingham i in., 2007). Skorzystano z niej m.in. w nurcie badań mających na celu określenie neuronalnych podstaw PTSD, dotyczącym zmian w aktywności przedniego zakrętu obręczy i ciała migdałowatego w odpowiedzi na terapię poznawczo-behawioralną PTSD. Badaniem objęto 8 kobiet średniego wieku 36.8 ($SD= 8.8$), średni czas od traumatycznego zdarzenia 65 miesięcy ($SD= 64.0$), ofiar napaści lub wypadków komunikacyjnych, które zostały poddane terapii. Zarówno przed jak i po dokonano pomiaru aktywności w strukturze przy pomocy rezonansu magnetycznego MRI. Badanie Felminghama i współpracowników (2007) jest pierwszym, które dostarcza dowodów dotyczących skuteczności terapii PTSD, związanej ze wzmożoną aktywnością dziobowej części przedniego zakrętu obręczy (*rostral anterior cingulate cortex*, rACC) oraz zredukowaną aktywnością ciała migdałowatego podczas przetwarzania bodźców związanych z traumą. Tabela 1 i Tabela 2 zawierają fragmenty niedawno przetłumaczonej polskiej wersji CAPS.

PODSUMOWANIE

Pełna diagnoza zespołu stresu pourazowego opiera się na różnych źródłach informacji, w szczególności na ustru-

turyzowanym wywiadzie klinicznym i testach psychometrycznych, ale także – jeśli sytuacja na to pozwala – uwzględniane zostają informacje uzyskane od osób najbliższych badanemu, pomiary reakcji psychofizjologicznych, historia medyczna badanego, a w przypadku żołnierzy również zewnętrzne informacje dotyczące przebiegu akcji militarnej (Watson i in., 2002). Zaprezentowany materiał przedstawia liczne metody diagnostyczne zespołu stresu pourazowego stosowane w krajach anglojęzycznych, w szczególności w Stanach Zjednoczonych. Ich duże zróżnicowanie pozwala na dobór metod najbardziej adekwatnych do specyfiki urazu oraz na ich połączenie w trakcie procesu diagnostycznego. Tak bogaty wybór narzędzi pomiaru powala także na kilkukrotną diagnozę osoby w krótkim okresie czasu. Dodatkowo, liczne krótkie kwestionariusze przesiewowe o dobrze zbadanych właściwościach psychometrycznych, stosowane m.in. w poradniach zdrowotnych pierwszego kontaktu, pozwalają na wczesną identyfikację zaburzenia. Stosowanie ustrukturyzowanych wywiadów klinicznych mogłoby zwiększyć jednorodność diagnoz stawianych przez różnych klinicystów. Niestety, jedynie kilka spośród dostępnych za granicą metod zostało zaadaptowanych do warunków polskich. Dostępne w Polsce narzędzia to głównie kwestionariusze samoopisowe, brakuje natomiast ustrukturyzowanych wywiadów klinicznych opartych o aktualną wersję DSM-IV lub ICD-10. Przeprowadzane są zatem zwykle wywiady nieustrukturyzowane, których rzetelność i trafność są nieokreślone lub dostosowane do kryteriów diagnostycznych DSM-III.

Tabela 1

Fragment polskojęzycznej części CAPS - część kryterium A

Kryterium A. Pacjent przeżył traumatyczne zdarzenie, w którym wystąpiły obydwa warunki: (1) doświadczenie, bycie świadkiem lub styczność ze zdarzeniem lub zdarzeniami związanymi z faktem lub niebezpieczeństwem śmierci bądź poważnego zranienia lub naruszenia nieetykalności fizycznej; (2) reakcja pacjenta obejmowała silny strach, poczucie bezradności lub przerażenie. Uwaga: u dzieci może się to objawiać dezorganizacją zachowania lub pobudzeniem.	
---	--

ZDARZENIE 1

<p>Co się wydarzyło? (W jakim był/-a Pan/ Pani wtedy wieku? Kto jeszcze uczestniczył w zdarzeniu? Ile razy to zdarzenie miało miejsce? Czy istniało zagrożenie życia? Czy doznał/-a Pan/Pani poważnych obrażeń?)</p>	Proszę opisać (np. rodzaj zdarzenia, ofiary, sprawca, wiek, częstotliwość): A.(1)
	Zagrożenie życia? NIE TAK [Pan/Pani__ inna osoba ____]
	Poważne obrażenia? NIE TAK [Pan/Pani__ inna osoba ____]
	Zagrożenie integralności fizycznej NIE TAK [Pan/Pani i__ inna osoba ____]
<p>Jaka była Pana/Pani reakcja emocjonalna na to zdarzenie? Czy był/-a Pan/Pani bardzo przestraszony/-a? Odczuwał/-a grozę? Czuł/-a się bezradny/-a? Jak to się objawiało? Zastygł Pan/Pani w bezruchu? Był/-a Pan/Pani oniemiały/-a albo w szoku, tak, że nic Pan/Pani nie czuł/-a? Jakie to było uczucie? Jakie były spostrzeżenia innych osób na Pana/Pani reakcję emocjonalną? Co się działo po zdarzeniu-jaka była Pana/Pani reakcja emocjonalna?</p>	A.(2) Intensywny strach/ bezradność/groza? NIE TAK [w trakcie zdarzenia__ po ____]
	Czy kryterium A zostało spełnione? NIE BYĆ MOŻE TAK

Tabela 2

Fragment polskojęzycznej części CAPS – część kryterium B

Kryterium B. Traumatyczne zdarzenie jest ciągle doświadczane na jeden lub kilka sposobów:		
1. (B-1) Nawracające i natrętne wspomnienia urazu obejmujące wyobrażenia, myśli lub spostrzeżenia u małych dzieci może powtarzać się zabawa, w której można zaobserwować tematy lub pewne szczegóły z nim związane.		
<p><u>Częstotliwość:</u></p> <p>Czy zdarzyło się Pani/Panu doświadczać niechcianych wspomnień związanych z [ZDARZENIE]? Jakie to wspomnienia? Co Pan/Pani pamięta? [JEŻELI NIE JEST JASNE] (Czy kiedykolwiek pojawiły się na jawie, czy tylko w snach?) [NIE DOTYCZY JEŻELI WSPOMNIENIA POJAWIAJĄ SIĘ TYLKO WE ŚNIE] Jak często wspomnienia pojawiły się w trakcie ostatniego miesiąca (tygodnia)?</p> <p>0. Nigdy 1. Raz lub dwa razy 2. Raz do dwóch razy w tygodniu 3. Kilka razy w tygodniu 4. Codzienne lub prawie codzienne</p> <p><u>Opis/ Przykłady</u></p>	<p><u>Nasilenie:</u></p> <p>Jaki poziom stresu lub dyskomfortu te wspomnienia u Pana/Pani powodowały? Czy udało się Panu/Pani pozbyć się ich i zająć myśli czymś innym? (Jak mocno musiał/-a się Pan/Pani starać?) W jakim stopniu zakłócało to Pana/Pani życie?</p> <p>1. Wcale 2. Łagodne; minimalny stres lub zakłócenie działań. 3. Umiarkowane; stres wyraźnie obecny, ale do zniesienia, pewne zakłócenia w sferze działań. 4. Duże; znaczny stres i trudności w pozbyciu się wspomnień zdarzenia oraz znaczne zakłócenie w sferze aktywności? 5. Bardzo duże; obezwładniający stres, niemożność pozbycia się wspomnień zdarzenia oraz niemożność kontynuowania działań.</p> <p>Określ wiarygodność wypowiedzi – uzasadnij.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><u>Ostatni tydzień</u></p> <p>Cz _____ N _____</p> <p><u>Ostatni miesiąc</u></p> <p>Cz _____ N _____ Sx: T N</p> <p><u>W ciągu życia</u></p> <p>Cz _____ N _____</p> <p>Sx: T N</p>

LITERATURA

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. rev.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., Keane, T.M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75-90..
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D., Keane, T., Buckley, T. C. (2000). *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) Instruction Manual*. Boston: National Center for Posttraumatic Stress Disorder, .
- Brewin, C.R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., Foa, E.B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry, 181*, 158-162.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Carlson, E. (2001) Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Psychological Assessment, 8*, 431-441.
- Cebella, A., Łucka, I. (2007). Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie. *Psychiatria, 4, 3*, 128-137.
- Creamer, M., Bell, R., Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 1489-1496.
- Davidson, J.R., Kudler, H.S., Smith, R.D. (1990). Assessment and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. W: J.E. Giller (red.), *Biological assessment and treatment of posttraumatic stress disorder* (s. 205-221). American Psychiatric Pub.
- Dąbkowska, M. (2007a). Obecność objawów zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) a poziom lęku u ofiar przemocy domowej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 7, 3*, 145-149.
- Dąbkowska, M. (2007b). Ocena zależności między czynnikami emocjonalnymi i poznawczymi aleksytymii a nasileniem PTSD u ofiar przemocy domowej. *Psychiatria Polska, XLI, 6*, 851-862.

- Elhai, J.D., Gray, M.J., Kashdan, T.B., Franklin C.L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress, 18, 5*, 541-545.
- Elliot, D.M., Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect, 16*, 391-398.
- Felmingham, K.L., Kemp, A.H., Williams, L.M., Das, P., Hughes, G., Peduto, A., Bryant, R.A. (2007). Changes in anterior cingulate and amygdala after cognitive behavior therapy of posttraumatic stress disorder. *Psychological Science, 18, 2*, 127-129.
- Felmingham, K.L., Williams, L.M., Kemp, A.H., Rennie, C., Gordon, E., Bryant, R.A. (2009). Anterior cingulate activity to salient stimuli is modulated by autonomic arousal in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research, 173, 1*, 59-62.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV: Axis I Disorders (SCID-I), User's Guide*. New York: American Psychiatric Pub.
- Foa, E.E., Riggs, D.S., Dancu, C.V., Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459-473.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9*, 445-451.
- Foa, E.B., Tolin, D.F. (2000). Comparison of the PTSD Symptom Scale-Interview Version and the Clinician Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 181-191.
- Georgopoulos, A.P., Tan, M., Lewis, S.M., Leuthold, A.C., Winkowski, A.M., Lynch, J.K., Engdahl, B. (2010). The synchronous neural interactions test as a functional neuromarker for post-traumatic stress disorder (PTSD): a robust classification method based on the bootstrap. *Journal of Neural Engineering, 7*, 1-7.
- Goodman, L.A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., Green, B.L. (1998). Assessing Traumatic Event Exposure: General Issues and Preliminary Findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress, 11, 3*, 521 - 542.
- Gray, M.J., Litz, B.T., Hsu, J.L., Lombardo, T.W. (2004). The psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment, 11, 4*, 330-341.
- Gray, M.J., Elhai, J.D., Briere, J. (2010). Evaluation of the Atypical Response scale of the Trauma Symptom Inventory-2 in detecting simulated posttraumatic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 447-451.
- Gruszczyński, W., Florkowski, A., Gruszczyński, B., Wysockiński, A. (2008). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych u żołnierzy w czasie misji pokojowych i działań wojennych. *Polski Merkuriusz Lekarski, 25 (suppl. 1)*, 55-58.
- Heitzman, J. (2002). Psychiatryczna diagnoza zespołów porazowych – klinika, orzecznictwo. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2, 1*, 21-38.
- Horowitz, M.J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: A summary. *Archives of General Psychiatry, 32, 11*, 1457.
- Hovens, J.E., Van der Ploeg, H.M., Bramsen, I., Klaarenbeek, M.T., Schreuder, B.J., Rivero, V.V. (1994). The development of the Self-Rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90*, 172-183.
- Juczynski, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria, 6, 1*, 15-25.
- King, D.W., King, L.A., Vogt, D.S. (2003). *Manual for the Deployment Risk and Resilience Inventory (DRRI): A Collection of Scales for Studying Deployment-Related Experiences in Military Veterans*. Boston, MA: National Center for PTSD.
- King, L.A., King, D.W., Vogt, D.S., Knight, J., Samper, R.E. (2006). Deployment Risk and Resilience Inventory: A Collection of Measures for Studying Deployment-Related Experiences of Military Personnel and Veterans. *Military Psychology, 18, 2*, 89-120.
- Koniarek, J., Dudek, B., Szymczak, M. (2000). Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD) – zastosowanie PTSD-Interview Ch. Watsona i jego współpracowników w badaniach grupowych. *Przeгляд Psychologiczny, 43, 2*, 205-215.
- Korzeniewski, K. (2008). Zaburzenia psychiczne na współczesnym polu walki. *Polski Merkuriusz Lekarski, 24, 144*, 572-576.
- Koss, M.P., Oros, C.J. (1982). Sexual Experiences Survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 455-457.
- Kubany, E., Leisen, M., Kaplan, A., Watson, S., Haynes, S., Owens, J., Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The traumatic life events questionnaire. *Psychological Assessment, 12*, 210-224.
- Lang, A.J., Stein, M.B. (2005). An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 585-594.
- Lauterbach, D., Vrana, S., King, D.W., King, L.A. (1997). Psychometric Properties of the Civilian Version of the Mississippi PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 10, 3*, 499 - 513.
- Lis-Turlejska, M., Łuszczynska-Cieślak, A. (2001). Adaptacja cywilnej wersji Kwestionariusza Zespołu Stresu Porazowego: Mississippi PTSD Scale. *Czasopismo Psychologiczne, 7, 2*, 165-173.
- Lyons, J., Keane, T. (1992). Keane PTSD Scale: MMPI and MMPI-2 update. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 111-117.
- McCarthy, S. (2008). Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). *Occupational Medicine, 58*, 379.
- McDevitt-Murphy, M.E., Weathers, F.W., Adkins, J.W. (2005). The Use of the Trauma Symptom Inventory in the Assessment of PTSD Symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 18, 1*, 63-67.
- Prins, A., Ouimette, P., Kimberling, R., Cameron, R.P., Hugelshofer, D.S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkill, A., Gusman, F.D., Sheikh, J.I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry, 9, 1*, 8-14.
- Schuff, N., Zhang, Y., Zhan, W., Lenoci, M., Ching, C., Boreta, L., Mueller, S.G., Wang, Z., Marmar, C.R., Weiner, M.W., Neylan, T.C. (2011). Patterns of altered cortical perfusion and diminished subcortical integrity in post-

- traumatic stress disorder: an MRI study. *Neuroimage*, 54, 1, 62-68.
- Shiromani, P. J., Keane, T. M., LeDoux, J. E. (2009). *Post-Traumatic Stress Disorder: Basic Science and Clinical Practice*. Nowy Jork: Humana Press
- Strelau, J., Zawadzki, B., Oniszczenko, W., Sobolewski, A. (2002). Kwestionariusz PTSD – wersja czynnikowa (PTSD-C): konstrukcja narzędzia do diagnozy głównych wymiarów zespołu stresu pourazowego. *Przegląd Psychologiczny*, 45, 2, 149-176.
- Vreven, D.L., Gaudanowski, D.M., King, L.A., King, D.W. (1995). The Civilian Version of the Mississippi PTSD Scale: A psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 1, 91-109.
- Watson, Ch. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T., Anderson, P. E. D. (1991). The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 2, 179-188.
- Watson, P., McFall, M., McBrine, C., Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Keane, T., Hamblen, J.L. (2002). *Best Practice Manual for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Compensation and pension examinations*. Washington: Department of Veterans Affairs.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the annual convention of the international society for traumatic stress studies*. San Antonio: TX.
- Weathers, F.W., Ruscio, A.M., Keane, T.M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 11, 124-133.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. W: J.P. Wilson, T.M. Keane (red.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (s. 399-411). New York: Guilford Press.
- Wolfe, J., Brown, P.J., Furey, J., Levin, K.B. (1993). Development of a wartime stressor scale for women. *Psychological Assessment*, 5, 330-335.
- Wolfe, J., Kimerling, R., Brown, P.J., Chrestman, K. R., Levin, K. (1996). Psychometric review of the Life Stressor Checklist – Revised. W: B.H. Stamm, E.M. Varra (red.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (s. 198-201). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Bieniek, A., Sobolewski, A., Oniszczenko, W. (2002). Kwestionariusz PTSD – wersja kliniczna (PTSD-K): konstrukcja narzędzia do diagnozy zespołu stresu pourazowego, *Przegląd Psychologiczny*, 45, 3, 289-315.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: Author.