

Zygryd Juczyński<sup>1</sup>, Nina Ogińska-Bulik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy i Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej w Łodzi

<sup>2</sup>Institut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego i Katedra Psychologii Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

# Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym — polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń

## *Measurement of post-traumatic stress disorder — Polish version of Impact Event Scale-Revised*

### **Abstract**

**Introduction.** The article presents Polish version of the Impact Event Scale-Revised (IES-R) developed by Weiss and Marmar. Items correspond directly to the DSM-IV symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD).

**Material and methods.** Impact Event Scale-Revised is a self-report measure that assesses subjective distress caused by traumatic events. The IES-R was administered to a sample of 370 persons, which experienced traumatic events.

**Results.** The IES-R in Polish version was found to be reliable and valid method. The factor structure is similar to the proposed theoretical structure. Principal component analysis was identified 3 factors (Intrusion, Hyperarousal, and Avoidance), which explained 66% of total variance. The current normative data on this version of the IES are presented.

**Conclusions.** The obtained results suggests that IES-R is useful as a brief screen for posttraumatic stress. In clinical application the scale should be used only for a preliminary diagnosis of PTSD. *Psychiatria 2009; 6, 1: 15–25*

**key words:** IES-R Polish version, psychometrics, trauma, posttraumatic stress

### **Wstęp**

Skutkiem działania silnych stresorów i braku odpowiednich umiejętności do radzenia sobie z nimi są różnego rodzaju zaburzenia w stanie zdrowia. Jednym z nich jest zaburzenie po stresie urazowym<sup>1</sup> — PTSD (*post-traumatic stress disorder*), które to rozpoznanie wprowadzono do międzynarodowej klasyfikacji chorób i przyczyn śmierci (DSM-III, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) w 1980 roku i zmieniono nieco w IV rewizji DSM z 1995 roku. W rezultacie wzrosło zainteresowanie problemem,

<sup>1</sup> W artykule używane jest zamiennie pojęcie stresu pourazowego z potraumatycznym.

### **Adres do korespondencji:**

prof. dr hab. n. hum. Zygfryd Juczyński  
Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej  
ul. Kamińskiego 21, 90–229 Łódź  
tel.: 601 822 265, faks: (0 42) 678 78 24

co znalazło wyraz w poszukiwaniu rzetelnych i trafnych narzędzi pomiaru, przeznaczonych do diagnozowania objawów PTSD, monitorowania zmian u osób objętych opieką psychologiczną czy leczeniem psychiatrycznym na skutek doznanej traumy, jak również ewaluacji wdrażanych programów terapeutycznych, przeznaczonych dla grup osób doświadczających objawów stresu pourazowego.

Zaburzenia stresowe pourazowe powstają jako opóźniona i/lub przedłużona reakcja na stresujące wydarzenia lub sytuacje o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym. Mogą to być katastrofy naturalne lub spowodowane przez człowieka, doświadczenia związane z klęskami żywiołowymi, aktami terrorystycznymi, wojną, przestępstwami seksualnymi, pozbawieniem wolności, chorobą. Kryteria PTSD, opisane w DSM-IV, przedstawiono również

w polskich publikacjach [1–3]. Wyniki badań przeprowadzonych przez Kessler i wsp. [4] w reprezentatywnej próbie losowej w Stanach Zjednoczonych wykazały, że rozpowszechnienie PTSD występuje u 10% kobiet i 5% mężczyzn. Na rozwój tego zaburzenia są narażeni najczęściej pracownicy służb ratowniczych, a szczególnie strażacy. Źródła kanadyjskie i amerykańskie podają, że około 90% strażaków przynajmniej raz na przestrzeni roku doświadczyło zdarzenia o charakterze traumatycznym [5]. U części z tych osób rozwinęły się objawy PTSD. Podobny odsetek dotyczy polskich strażaków. Z badań prowadzonych przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi wynika, że 86% spośród badanych strażaków było uczestnikami zdarzenia traumatycznego, a 76% przyznało, że uczestniczyło w więcej niż jednym takim zdarzeniu. U prawie 5% z nich wystąpiły objawy właściwe dla PTSD utrzymujące się przynajmniej przez miesiąc [6].

Wskazuje się na dwa mechanizmy, które mogą prowadzić do powstawania PTSD, a mianowicie mechanizm neurobiologiczny i psychologiczny. W pierwszym zwraca się uwagę na zaburzenia mechanizmu u aktywacji i wskazuje, że rozwój PTSD jest wynikiem neurologicznej nadwrażliwości oraz utrzymującej się aktywacji w podkorowych strukturach układu limbicznego [2]. Z kolei psychologiczny mechanizm rozwoju PTSD odwołuje się do psychologii poznawczej i pojęcia schematów poznawczych. Najbardziej znana teoria niedopasowania Horowitz'a zakłada, że jednostka doświadczająca PTSD charakteryzuje się pewnymi utrwalonymi schematami poznawczymi, obejmującymi informacje płynące z jej doświadczeń życiowych, przekonań i oczekiwań dotyczących przyszłości. Docierające nowe informacje osoba stara się przetworzyć i dopasować do istniejących już schematów. Informacje te są najczęściej niezgodne z istniejącymi strukturami, zawierającymi treści przedstawiające świat jako bezpieczny, dlatego nie mogą być zasymilowane i nie dają się włączyć w istniejące schematy poznawcze [7].

Obydwa mechanizmy wyjaśniające rozwój PTSD, czyli neurobiologiczny i psychologiczny, raczej się uzupełniają niż wykluczają i dlatego — jak zauważa Dudek [2] — trudno wyjaśnić proces powstawania i przebiegu PTSD, odwołując się wyłącznie do jednego z nich. Według Horowitz'a [za: 8] można wyodrębnić 5 faz reakcji potraumatycznej. Są to: 1) faza krzyku, jako bezpośrednia reakcja na zdarzenie, w której mogą wystąpić emocje strachu, smutku, wściekłości; 2) faza zaprzeczania, w której jednostka ignoruje zagrożenie lub stratę; 3) faza intruzji, podczas któ-

rej powracają myśli, emocje i obrazy związane z traumą; 4) faza przepracowania, w której dochodzi do utworzenia nowych schematów lub zrewidowania istniejących, dzięki czemu następuje stopniowe odbudowywanie wewnętrznej równowagi oraz 5) faza zakończenia, finalizująca proces przetwarzania zdarzenia traumatycznego, w której dochodzi do utrwalenia się nowych schematów związanych z doznałą traumą.

Foa i wsp. [za: 2] dokonali rozszerzenia teorii Horowitz'a. Przyjęli, że osobami najbardziej podatnymi na rozwój PTSD są te reprezentujące skrajnie pozytywne i skrajnie negatywne schematy dotyczące świata i siebie. Natomiast najbardziej odporne na rozwój PTSD są jednostki o plastycznych, realnych schematach, zawierających informacje, że świat jest zarówno bezpieczny, jak i groźny. Strelau i wsp. [9] dowodzą moderującego wpływu cech temperamentalnych i stylu radzenia sobie na powstawanie i utrzymywanie się w czasie objawów zespołu stresu pourazowego. Reaktywność emocjonalna i perseweratywność koreluje z PTSD dodatkowo, zaś wytrzymałość, żwawość i aktywność — ujemnie. Ujemna korelacja zachodzi również między PTSD a ekstrawersją. McFarlane i Yehuda [10] podają, że PTSD nie tyle rozwija się jako bezpośrednie następstwo zdarzenia traumatycznego, co raczej powstaje na skutek silnej reakcji pourazowej uruchamianej przez to zdarzenie. Rozwój chronicznego PTSD jest więc wynikiem braku możliwości poradzenia sobie z bezpośrednią reakcją na traumę. Czynniki, które według autorów wpływają na obraz i nasilenie bezpośredniej reakcji na doświadczane wydarzenie, są: wsparcie społeczne, osobowość, inne zdarzenia życiowe, przeszłe doświadczenia oraz cechy biologiczne.

### **Materiał i metody**

Do pomiaru PTSD na ogół wykorzystuje się dwa rodzaje narzędzi, czyli ustrukturyzowany wywiad i standaryzowane kwestionariusze samooceny. Wywiad jest lepszą metodą do pomiaru poziomu i nasilenia reakcji potraumatycznych. Najczęściej stosowany jest w badaniach osób szukających pomocy w ośrodkach medycznych czy już hospitalizowanych. Wywiad posiada jednakże dwie zasadnicze wady, a mianowicie — może być stosowany przez psychiatrów i psychologów klinicznych, a do tego po odpowiednim przeszkoleniu, a czas jego przeprowadzenia wynosi od 1 do 2 godzin [11].

Z tych względów bardziej popularne stało się stosowanie standaryzowanych kwestionariuszy, które — jak wynika z przeglądu literatury ostatnich 20 lat,

dokonanego przez Sundina i Horowitza [12] — okazują się bardzo przydatne do badania stresu związanego z różnymi sytuacjami traumatycznymi, głównie u dorosłych, rzadziej u dzieci [13, 14]. Prowadzone badania dotyczyły traumatycznych doświadczeń związanych z klęskami żywiołowymi — trzęsieniem ziemi [15, 16], wojną [17, 18], aktami terrorystycznymi [19], w tym tragedią *World Trade Center* [20]. Badano również reakcje traumatyczne u ofiar przestępstw seksualnych [21, 22], osób okaleczonych [23–25], oparzonych [26], u osób z rozpoznaną chorobą nowotworową [27, 28], pozbawionych wolności [29]. W innych badaniach oceniano reakcje żon na zawał serca małżonka [30], nasilenie stresu u pielęgniarek poddanych kwarantannie z powodu zagrożenia SARS [31].

Wskaźnik ryzyka PTSD, jak wynika z badań Kesslera [32], jest zróżnicowany w zależności od doświadczanego zdarzenia traumatycznego i wynosi w przypadku gwałtu 65% u mężczyzn i 46% u kobiet, walki na froncie — 39%, napaści seksualnej innej niż gwałt — 12% dla mężczyzn i 27% dla kobiet. W populacji ogólnej ryzyko nie przekracza kilku procent. Dotychczasowe polskie badania są nieliczne i dotyczą przede wszystkim katastrof (np. pożar w Stoczni Gdańskiej, powódź na Dolnym Śląsku) [33, 34]. Badano również reakcje traumatyczne pacjentów na okaleczające zabiegi chirurgiczne [35]. Najczęściej prowadzi się badania grup zawodowych szczególnie narażonych na wystąpienie określonego rodzaju zdarzenia traumatycznego, które może prowadzić do rozwoju PTSD. Do grup tych zalicza się przede wszystkim służby ratownicze, czyli strażaków, zespoły pogotowia ratunkowego i policjantów [2, 6, 7, 36]. W badaniach przeprowadzonych w reprezentatywnej grupie polskich strażaków 86% z nich potwierdzało doświadczenie traumatycznego zdarzenia przynajmniej raz w ciągu służby, zgadzało się z tym niewiele mniej (72%) członków zespołów pogotowia ratunkowego i nieco ponad połowa (57%) policjantów [2, 37].

W Polsce opracowano kilka narzędzi do pomiaru PTSD. Jednym z nich jest Kwestionariusz Zespołu Stresu Pourazowego Mississippi, którego treść pytań odnosi się do objawów PTSD wymienionych w DSM-III-R oraz depresyjności, tendencji samobójczych i poczucia winy [38]. Badania prowadzono w grupach strażaków, osób uzależnionych od alkoholu, kobiet doznających przemocy ze strony partnera i u studentów. W Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, na podstawie ustrukturyzowanego wywiadu (PTSD-I) Watsona i wsp. skonstruowano Kwestionariusz do

Pomiaru Zaburzenia po Stresie Traumatycznym (K-PTSD) [39]. Kwestionariusz to narzędzie samoopisu, lecz jego stosowanie jest uciążliwe ze względu na czas wymagany na ustosunkowanie się do wszystkich pytań. Strelau i wsp. [40] opracowali Kwestionariusz PTSD — wersja czynnikowa (PTSD-C) do diagnozy głównych wymiarów zespołu stresu pourazowego, uwzględniający 3 kryteria PTSD.

Jednym z bardziej znanych narzędzi do pomiaru PTSD jest Skala Wpływu Zdarzeń (IES, *Impact of Event Scale*). Pierwsza wersja tego narzędzia obejmowała dwa wymiary, czyli: intruzje i unikanie [41]. Narzędzie powstało na bazie obserwacji osób ujawniających objawy stresu po urazie. Skala składa się z 15 twierdzeń i jest uważana za rzetelne i trafne narzędzie pomiaru. Posiada jednakże dwa istotne mankamenty. Pierwszy wiąże się ze stosowaniem dwóch różnych systemów oceny (4- i 5-stopniowy), co utrudnia porównywanie wyników. Drugi dotyczy pomiaru tylko dwu spośród trzech wymiarów składających się na obraz PTSD, czyli intruzji i unikania. Stąd też skala IES stosowana jest często wraz z innymi narzędziami, takimi jak GHQ Goldberga czy SCL-90 Derogatisa, uzupełniającymi pomiar trzeciego elementu PTSD, związanego z pobudzeniem psychofizjologicznym. W Polsce obszerne badania przy użyciu tej skali prowadziła Lis-Turlejska [8], potwierdzając jej dużą użyteczność w różnych sytuacjach.

### Skala Wpływu Zdarzeń — opis narzędzia

Z powodów podanych powyżej, do adaptacji przyjęto zrewidowaną wersję IES autorstwa Weissa i Marmara [42], która zawiera 22 twierdzenia i uwzględnia trzy wymiary PTSD<sup>2</sup>. Zawarte w wersji oryginalnej IES 15 twierdzeń zmieniono w nieznacznym stopniu. Przede wszystkim twierdzenie dotyczące snu zastąpiono dwoma, w tym jednym (nr 2) odnoszącym się do Intruzji, drugim (nr 15) do Pobudzenia. Dodano 7 nowych, w tym 6 dotyczących wymiaru Pobudzenia i jedno Intruzji (nr 14). Skale Intruzji i Unikania składają się z 8 twierdzeń, zaś nowa skala Pobudzenia, dotycząca objawów wyrażających zniecierpliwienie, nadmierną koncentrację, czujność i pobudzenie fizjologiczne, z 6 twierdzeń. W wersji zrewidowanej (IES-R, *Impact of Event Scale-Revised*) zmieniono instrukcję, pytając o reakcje dyskomfortu odczuwanego w ostatnich 7 dniach w związku z doświadczonym zdarzeniem.

<sup>2</sup> Wersja angielska *Impact of Event Scale-Revised* jest powszechnie dostępna w Internecie <http://mailer.fsu.edu>.

Polski przekład IES-R został dokonany zgodnie z przyjętymi zasadami adaptacji transkulturowej. Tak przygotowaną wersję, składającą się z 22 stwierdzeń, najpierw sprawdzono na kilkusobowej grupie dorosłych pod względem zrozumienia treści. Pierwsze badania przeprowadzono w grupie 60 zawodowych strażaków narażonych na sytuacje traumatyczne, używając zadowalające właściwości psychometryczne dla stosowanej wersji skali, co pozwoliło na podjęcie dalszych prac adaptacyjnych. Kolejne badania prowadzono w kilku różnych grupach osób, które doświadczyły traumatycznych zdarzeń związanych czy to z chorobą własną (60 M i 63 K) lub dziecka (n = 67), u strażaków (n = 50) oraz u osób skazanych (n = 30).

Skala Wpływu Zdarzeń składa się z 22 twierdzeń opisujących objawy odczuwanego stresu w ostatnich 7 dniach w związku z doświadczonym zdarzeniem traumatycznym. Oceny dokonuje się na 5-stopniowej skali typu Likerta (0–4). Służy ona do ustalenia aktualnego, subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałym specyficznym zdarzeniem. Ujmuje trzy wymiary PTSD:

- Intruzję, wyrażającą powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą;
- Pobudzenie, charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi oraz
- Unikanie, przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą.

## Wyniki

### Właściwości psychometryczne

Rzetelność skali oceniono poprzez oszacowanie jej zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej. Zgodność wewnętrzna, oceniona na podstawie  $\alpha$  Cronbacha, wynosi 0,92 dla całej skali, zaś dla Intruzji, Pobudzenia i Unikania — odpowiednio: 0,89, 0,85 oraz 0,78. Większość twierdzeń koreluje powyżej 0,60 z ogólnym wynikiem skali. Jedynie twierdzenie 10. posiada niższy wskaźnik korelacji (por. tab. 1). Dwukrotne badanie 25-osobowej grupy strażaków w odstępie 14 dni dało zadowalające wyniki stałości, czyli 0,75 dla całej skali oraz 0,79, 0,76 i 0,68 dla 3 wymiarów. W wersji oryginalnej uzyskano podobne wskaźniki zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej, zróżnicowane w zależności od rodzaju badanej grupy i czasu, jaki upłynął od traumatycznego zdarzenia. Krótszy czas zdarzenia od badania skutkowało bardziej rzetelnymi wynikami [42]. Trafność teoretyczną IES-R ustalono, wykorzystując eksploracyjną analizę czynnikową wyników badania

**Tabela 1.** Wskaźniki rzetelności ( $\alpha$  Cronbacha) podskal IES-R oraz współczynniki korelacji poszczególnych twierdzeń z ogólnymi wynikami podskal (n = 60)

**Table 1.** Reliability coefficients (Cronbach's  $\alpha$ ) IES subscales and correlation coefficients of particular items with total results of subscales

Intruzja $\alpha = 0,89$	Pobudzenie $\alpha = 0,85$	Unikanie $\alpha = 0,78$
1. 0,68	4. 0,63	5. 0,51
2. 0,81	7. 0,58	8. 0,63
3. 0,74	10. 0,30	11. 0,68
6. 0,69	12. 0,64	13. 0,60
9. 0,45	16. 0,41	17. 0,42
14. 0,70	18. 0,74	22. 0,54
15. 0,62	19. 0,73	
20. 0,66	21. 0,62	

kilku różnych grup doświadczających sytuacji traumatycznych (n = 310). Zarówno kryterium Kaisera, rekomendujące czynniki o ładunkach powyżej wartości 1, jak i wyniki testu „osypiska” uzasadniają przyjęcie 3-czynnikowej struktury skali (tab. 2). Analiza komponent głównych z rotacją ortogonalną Varimax, w której za istotne przyjęto ładunki czynnikowe powyżej 0,50, potwierdza teoretyczną strukturę ustaloną dla wersji oryginalnej, oprócz jednego twierdzenia. Jak wynika z tabeli 3, twierdzenie 12. („Starałem się nie przejmować emocjami związanymi z tym zdarzeniem, mimo że je odczuwałem”) zawiera znaczące ładunki zarówno w czynniku 2, jak i w czynniku 3. Pierwszy człon zdania mówi co prawda o unikaniu, jednak jego druga część potwierdza występowanie emocji, a więc pobudzenie. Ładunek czynnikowy twierdzenia 12. jest wyższy dla czynnika Pobudzenie, dlatego też włączono je do tego wymiaru. Przedstawiona struktura czynnikowa wyjaśnia prawie 66% wariancji, w tym najwięcej czynnik dotyczący Intruzji.

W wersji polskiej struktura czynnikowa jest więc zgodna z przyjętymi założeniami teoretycznymi. W kilku innych adaptacjach uzyskano różne rozwiązania. Dla wersji oryginalnej Weiss i Marmar [42] uzyskali jednoczynnikową strukturę, wyjaśniającą 49% wariancji. Tymczasem dla wersji hiszpańskiej [43], japońskiej [44] i w badaniach australijskich [45] bardziej uzasadnione okazało się rozwiązanie 2-czynnikowe, w którym wymiary Intruzji i Pobudzenia stanowiły jeden czynnik. Z kolei w wersji francuskiej [46], po

**Tabela 2.** Parametry analizy czynnikowej**Table 2.** The factor analysis parameters

Czynniki	Wartość własna	Odsetek wariacji wyjaśnionej	Skumulowana wariacja
Intruzja	10,21	46,41	46,41
Pobudzenie	2,49	11,31	57,72
Unikanie	1,73	7,86	65,58

**Tabela 3.** Struktura czynnikowa IES-R (n = 310)**Table 3.** The factor structure of IES-R (n = 310)

Numer i treść twierdzenia	Czynniki		
	Intruzja	Pobudzenie	Unikanie
1. Gdy tylko przypominałem sobie to zdarzenie, wracały emocje .....	0,79		
2. Miałem trudności z przespianiem całej nocy .....	0,72		
3. Inne rzeczy ciągle skłaniały mnie do myślenia o tym .....	0,74		
4. Byłem poirytowany i zły .....	0,44	0,60	
5. Starłem się nie denerwować, gdy sobie o tym pomyślałem lub coś mi o tym przypomniało .....	0,44		0,63
6. Myślałem o tym, mimo że nie miałem takiego zamiaru .....	0,79		
7. Czulem się, jakby się to nie zdarzyło lub było nierzeczywiste .....		0,44	0,74
8. Starłem się nie przypominać sobie o tym .....			0,77
9. Obraz tego zdarzenia utkwił w moim umyśle .....	0,68	0,49	
10. Byłem zdenerwowany i zalekniony .....	0,41	0,58	
11. Starłem się unikać myślenia o tym zdarzeniu .....			0,81
12. Starłem się nie przejmować emocjami związanymi z tym zdarzeniem, mimo że je odczuwałem .....		0,76	0,43
13. Emocje związane z tym zdarzeniem były jakby przytłumione .....			0,79
14. Uświadamiałem sobie, że postępuję lub czuję się tak, jakbym cofnął się do chwili, gdy to zdarzenie miało miejsce .....	0,59		
15. Miałem trudności z zasypianiem .....	0,46	0,75	
16. Silne emocje związane z tym zdarzeniem pojawiały się i znikaly... ..	0,72	0,42	
17. Usiłowałem usunąć to zdarzenie z mojej pamięci .....		0,41	0,76
18. Miałem trudności z koncentracją .....		0,85	
19. Przypominanie tego zdarzenia wywoływało u mnie takie reakcje, jak pocenie się, trudności w oddychaniu, zawroty głowy czy kołatanie serca .....		0,74	
20. To zdarzenie pojawiało się w moich snach .....	0,75		
21. Miałem odczucie, że stałem się bardziej czujny i ostrożny .....		0,64	
22. Starłem się unikać rozmów o tym zdarzeniu .....			0,62

\*w tabeli opuszczono wartości ładunków poniżej 0,40

wyeliminowaniu 3 twierdzeń, przyjęto 3-czynnikową strukturę, wyjaśniającą 56% wariacji. Natomiast autorzy wersji niemieckiej [47] zidentyfikowali 4-czynnikową strukturę wyjaśniającą 64% wariacji. W wersji niemieckiej kilka twierdzeń wchodziło za-

równo do intruzji, jak i unikania [48], podobnie w wersji włoskiej [49].

Warto zauważyć, że struktura konstruktów mierzonych za pomocą skali IES-R może się nieco różnić w zależności od nasilenia objawów stresu trauma-

**Tabela 4.** Współczynniki korelacji (r Pearsona) strategii radzenia sobie (Mini-COPE) z PTSD (IES-R) w grupie kobiet po mastektomii (n = 63)**Table 4.** Correlation coefficients of coping strategies (Brief-COPE) and PTSD (IES-R) in a group of women after mastectomy (n = 63)

	PTSD	Intruzja	Pobudzenie	Unikanie
<b>Skala Mini-COPE</b>				
Aktywne radzenie sobie	-0,08	-0,03	-0,26*	0,13
Planowanie	0,06	0,02	-0,20	0,37**
Pozytywne przewartościowanie	-0,46***	-0,46***	-0,55***	-0,08
Akceptacja	-0,50***	-0,49***	-0,58***	-0,12
Poczucie humoru	-0,40***	-0,35**	-0,38**	-0,24
Zwrot ku religii	0,20	0,07	0,04	0,41***
Wsparcie ze strony partnera	-0,27*	-0,23	-0,41**	0,01
Wsparcie ze strony przyjaciół	-0,23	-0,13	-0,36**	-0,04
Odwracanie uwagi	-0,06	-0,13	-0,17	0,17
Zaprzeczanie	0,28*	0,16	0,37**	0,16
Wyładowanie	0,32**	0,35***	0,21	0,22
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,35**	0,26*	0,42***	0,15
Zaprzestanie działań	0,36**	0,35**	0,50***	-0,01
<b>Skala Mini-MAC:</b>				
Duch walki	-0,16	-0,19	-0,26*	0,01
Stoicka akceptacja	-0,25*	-0,36**	-0,31**	0,10
Bezradność-beznadziejność	0,35**	0,39**	0,44***	-0,01
Zaabsorbowanie lękowe	0,68***	0,66***	0,70***	0,30*

Oznaczenie poziomu istotności: \* < 0,05; \*\* < 0,01; \*\*\* < 0,001; PTSD (post-traumatic stress disorder) — zaburzenie po stresie pourazowym; Mini-COPE — Coping Orientation to Problems Experienced; Mini-MAC — Mental Adjustments to Cancer Scale

tycznego i czasu ich trwania. W badaniach australijskich [45] porównywano grupę weteranów wojny wietnamskiej, leczonych z powodu PTSD, z grupą mężczyzn ujawniających różny poziom nasilenia objawów stresu potraumatycznego. U tych ostatnich korelacja między 3 wymiarami PTSD była wyższa niż w grupie weteranów, u których z kolei objawy były bardziej nasilone. Innymi słowy, skala IES-R może być bardziej czuła w badaniach osób ujawniających niższy poziom nasilenia objawów stresu i wtedy struktura skali okazuje się bardziej zwarta. W przedstawionych badaniach polskich znaczący odsetek badanych stanowili strażacy, u których ogólnie nasilenie stresu potraumatycznego nie było duże.

Trafność konwergencyjną IES-R ustalono, porównując uzyskane wyniki z liczbą doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Liczba zdarzeń koreluje umiarkowanie (0,38) z wynikiem ogólnym, zaś gdy chodzi o poszczególne wymiary, to nieco wyżej z Pobudzeniem (0,36) niż z Intruzją (0,33), a najniżej z Unikaniem (0,26), przy czym wszystkie korelacje okazały się istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ). Trafność kryterialną weryfikowano, korelując wyniki IES-R 50-osobowej grupy dorosłych z wynikami kwestionariusza

do pomiaru stanu zdrowia psychicznego (GHQ-28) Goldberga [50]. Najwyższe zależności dotyczyły skali Pobudzenia (IES-R) z wymiarem niepokoju/bezsenności (0,46) i zaburzeniami funkcjonowania (0,43) skali GHQ-28 oraz Intruzji z objawami depresji (0,51). Można zakładać, że doświadczanie objawów stresu potraumatycznego zależy od tego, jak człowiek radzi sobie ze stresem. W tabeli 4 przedstawiono współczynniki korelacji strategii radzenia sobie, mierzone za pomocą skali Mini-COPE (Coping Orientations to Problems Experienced) [51] oraz Mini-MAC (Mental Adjustments to Cancer Scale) [52] z ogólnym wynikiem IES-R kobiet po mastektomii. Silna korelacja ujemna dotyczy strategii Akceptacji, Pozytywnego przewartościowania i Poczucia humoru, zaś korelacja dodatnia strategii Zaprzestania działań, Zażywania substancji psychoaktywnych i Wyładowania (z inwentarza Mini-COPE), a objawów stresu potraumatycznego IES-R. Innymi słowy, dyspozycyjne style radzenia sobie ze stresem korelują z nasileniem objawów stresu potraumatycznego, który jest niższy u osób akceptujących zdarzenie, dostrzegających w nim wartości dla swojego rozwoju. Większe nasilenie PTSD występuje u osób, które w trudnej sytuacji skłonne są do zaprzestania

**Tabela 5.** Średnie i odchylenia standardowe wyników IES-R  
**Table 5.** The means and standard deviations of IES-R

Badane grupy	PTSD		Intruzja		Pobudzenie		Unikanie	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Mężczyźni (kolostomia) (n = 60)	1,97	0,03	1,97	1,01	1,87	0,93	2,07	0,93
Kobiety (mastektomia) (n = 63)	2,11	0,72	2,08	0,91	2,29	0,93	1,99	0,79
Matki dzieci z leukemią (n = 67)	1,69	1,05	2,09	0,95	1,41	0,81	1,58	1,10
Strażacy (n = 150)	0,99	0,79	1,03	0,89	0,87	0,81	1,05	0,93
Więźniowie (n = 30)	2,22	0,96	2,37	1,13	2,25	1,09	2,04	1,02
test F	30,70		33,07		28,14		20,07	
pu	0,000		0,000		0,000		0,000	

PTSD (post-traumatic stress disorder) — zaburzenie po stresie pourazowym

podejmowania działań, wyładowania swoich emocji, a więc ogólnie, stosujących mało przystosowawcze sposoby radzenia sobie ze stresem.

Warto podkreślić, że uważane za najbardziej konstruktywne strategie aktywnego radzenia sobie i planowania słabo korelują z nasileniem PTSD. Co więcej, okazuje się, że nie dotyczy to tylko właściwości dyspozycyjnych strategii zaradczych, lecz również właściwości sytuacyjnych, za jakie należy uznać 4 strategie skali Mini-MAC. Najbardziej „korzystna” dla radzenia sobie z chorobą nowotworową strategia ducha walki, skłaniająca chorego do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i podejmowanie działań zwalczających chorobę, słabo koreluje z objawami PTSD, w przeciwieństwie do strategii bezradności i beznadziejności, a przede wszystkim do zaabsorbowania lękowego. Im większe poczucie zagubienia, biernie podanie się chorobie i zaniepokojenie swoją chorobą, tym większe nasilenie objawów PTSD.

**Normalizacja** oparta na dotychczas przeprowadzonych badaniach nie uprawnia do uogólnień. Badane osoby należą co prawda do grup, w których ryzyko narażenia na zdarzenia traumatyczne jest większe niż w populacji ogólnej, lecz wśród badanych są osoby, które doświadczyły takich zdarzeń w różnym stopniu. Dla przykładu, w badanej grupie strażaków 1/5 potwierdza wystąpienie nie więcej niż jednego zdarzenia traumatycznego, na-

tomiast 2/3 podaje wystąpienie 4 i więcej takich zdarzeń.

W tabeli 5 przedstawiono wyniki badań osób zaliczanych do grup ryzyka. Zgodnie z rekomendowanym systemem oceny, zamiast obliczania sumy punktów, przedstawiono średnie wyniki twierdzeń przypisanych do 3 wymiarów i ogólnego wskaźnika PTSD. Umożliwia to bezpośrednie odniesienie się do poziomu nasilenia objawów w obrębie danego wymiaru, jak również dokonanie porównań między wymiarami (ocena 0 — wcale nie; 1 — w małym stopniu; 2 — umiarkowanie; 3 — w znacznym stopniu; 4 — zdecydowanie tak).

Ogólnie, średnie wyniki grupy badanych chorych onkologicznie oraz więźniów wskazują na umiarkowany poziom PTSD i jego trzech wymiarów. Zaprezentowane wyniki wskazują na istotne statystycznie zróżnicowanie nasilenia wszystkich wymiarów objawów stresu traumatycznego. Największe nasilenie ujawniają osoby skazane na pozbawienie wolności i kobiety po mastektomii. O ile u więźniów, podobnie jak u matek, których dzieci leczą się z powodu leukemii, najwyższe jest nasilenie Intruzji, to u kobiet po mastektomii dominują objawy Pobudzenia, zaś u mężczyzn po zabiegu wyłonięcia stomii brzusznej (kolostomii) objawy Unikania.

W ocenie wyniku IES-R wskazane jest przyjęcie wartości granicznej, od której wyniki osoby badanej można za wskazujące na występowanie stresu po

doświadczeniu traumy. W różnych badaniach wartość graniczna oscyluje w granicach od 1,4 (jeżeli obliczamy średni wynik) lub 30 punktów (gdy obliczamy sumę dla całej skali) [44] do 1,5 lub 33 punktów [45].

Przyjmując za wartość graniczną średni wynik 1,5 dla ogólnego wskaźnika skali, rezultat powyżej tego punktu można traktować jako wskaźnik PTSD. Na tej podstawie w opisanych wyżej grupach badanych należałoby sugerować rozpoznanie PTSD u 82% kobiet po mastektomii, 77% więźniów, 62% chorych po zabiegach stomii, u 33% matek dzieci chorych na leukemię oraz — najmniej — czyli u 22% strażaków. Przy bardziej restrykcyjnym podejściu, uzasadnionym obowiązującymi kryteriami rozpoznawania PTSD, diagnozę PTSD można by podejrzewać tylko u tych osób, którzy uzyskują wyniki powyżej punktu przecięcia (>1,5) w każdym z trzech wymiarów. W opisanej powyżej grupach wyniki takie uzyskało 51% kobiet po mastektomii, 9% pacjentów po stomii, 6,2% strażaków oraz 5,9% więźniów i matek chorych dzieci. Diagnoza oparta na tym kryterium, czyli wyniku powyżej 1,5 punktu w każdym z 3 wymiarów, wydaje się trafniej odzwierciedlać skalę zjawiska. Jak zauważa Dudek [2], PTSD jest stosunkowo rzadkim skutkiem uczestnictwa w zdarzeniu traumatycznym. W zależności od rodzaju zdarzenia diagnoza PTSD dotyczy od kilku do kilkunastu procent uczestników.

### **Sposób badania, obliczanie i interpretacja wyników**

Należy przestrzegać obowiązujących zasad przeprowadzania badania testowego, które mają zastosowanie zarówno w badaniach indywidualnych, jak i grupowych. Skala należy do metod typu „papier-ołówek”, jest narzędziem samoopisu. Należy więc upewnić się, czy badany potrafi samodzielnie czytać treść arkusza (zwłaszcza, gdy używa okularów) oraz czy rozumie treść pytań bądź stwierdzeń. Poprzedzając pytania instrukcja w wystarczający sposób informuje o sposobie wypełnienia skali, lecz prowadzący badanie musi się upewnić, czy badany potrafi sobie sam poradzić z zadaniem. W trakcie badania niewskazane jest konsultowanie odpowiedzi. Badający może pomóc w wyjaśnieniu znaczenia stwierdzenia, lecz nie może sugerować odpowiedzi. Przy odbieraniu arkusza odpowiedzi należy sprawdzić, czy badany odpowiedział na wszystkie pytania i w przypadku stwierdzenia braków poprosić o uzupełnienie. Standardowa procedura wymaga również, aby warunki badania były odpowiednie i jednakowe dla wszystkich. Chodzi o miejsce przeprowadzania badań, które powinno być wolne od hałasu, wyposa-

**Tabela 6. IES-R: klucz diagnostyczny**

**Table 6. IES-R: diagnostic key**

Nazwa podskali	Nr twierdzenia
Intruzja (8)	1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20
Pobudzenie (7)	4, 10, 12, 15, 18, 19, 21
Unikanie (7)	5, 7, 8, 11, 13, 17, 22

żone w odpowiedni stolik i wygodne siedzenie, właściwe oświetlenie i wentylację. Należy również zapobiec nieprzewidzianym przerwom w trakcie badania. Badania osób chorych lepiej jest prowadzić indywidualnie, ponieważ łatwiej wtedy nawiązać kontakt, który ma na celu zainteresowanie badanego, skłonienie go do współpracy i zachęcenie do szczerych odpowiedzi. Wymaga to dostosowania podejścia do wieku badanego i jego stanu zdrowia. Również badanie grupowe wymaga pobudzenia motywacji osób badanych i wyeliminowania obaw i niepokoju.

Wypełnienie skali zajmuje nie więcej niż 10 minut. Zamieszczona na wstępie instrukcja<sup>3</sup> informuje o celu badania i sposobie odpowiadania. Najpierw jednak badany podaje w zaznaczonym miejscu, o jakie zdarzenie chodzi, a następnie ocenia nasilenie występujących objawów, zakreślając odpowiednią cyfrę, która oznacza: 0 — wcale nie; 1 — w małym stopniu; 2 — umiarkowanie; 3 — w znacznym stopniu; 4 — zdecydowanie tak.

W tabeli 6 podano klucz diagnostyczny dla trzech wymiarów skali. Wyniki oblicza się dla całej skali oraz dla poszczególnych wymiarów. Wynik pomiaru wyraża dyskomfort badanego związany nie tyle z częstotliwością pojawiania się objawów, lecz z ich nasileniem. Zamiast obliczania sumy punktów (co jest oczywiście dopuszczalne), rekomendowane jest ustalanie średnich wyników twierdzeń przypisanych do 3 wymiarów i ogólnego wskaźnika PTSD. Sumy punktów dla poszczególnych wymiarów należy więc podzielić przez liczbę twierdzeń (kolejno: 8, 7, 7). Analogicznie, do obliczenia ogólnego wskaźnika PTSD należy podzielić sumę wszystkich punktów skali przez ogólną liczbę twierdzeń (tj. 22). W rezultacie uzyskany wynik pozwala na bezpośrednie odniesienie do nasilenia występujących objawów, zarówno Intruzji, Pobudzenia,

<sup>3</sup>Instrukcja: wymienione poniżej reakcje występują czasami u ludzi po bardzo przykrych zdarzeniach życiowych. Proszę zaznaczyć, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę w każdym zdaniu, w jakim stopniu wymienione reakcje wystąpiły u Ciebie w ostatnich 7 dniach w odniesieniu do zdarzenia ... (proszę wpisać, czego to dotyczyło) .....



Unikania, jak i ogólnego nasilenia objawów PTSD, zgodnie z przyjętymi wartościami skali (0 — wcale nie; 1 — w małym stopniu; 2 — umiarkowanie; 3 — w znacznym stopniu; 4 — zdecydowanie tak). Wartością graniczną jest wynik 1,5 punktu, odnoszący się zarówno do poszczególnych wymiarów, jak i ogólnego wskaźnika nasilenia objawów po stresie traumatycznym. Wyniki przekraczające wartość 1,5 punktu wskazują co najmniej na umiarkowane nasilenie objawów. Ich podobne nasilenie w każdym z trzech wymiarów skali uwiarygodnia diagnozę. Należy jednak pamiętać, że diagnoza kliniczna wymaga przeprowadzenia specjalistycznego badania według kryteriów zawartych w DSM-IV.

### **Zastosowanie skali IES-R**

Skala służy do badania osób dorosłych, którzy uczestniczyli w określonym zdarzeniu traumatycznym, jak naturalne katastrofy, wypadki czy akty przemocy, lub też należą do grup zawodowych narażonych na ryzyko wystąpienia traumy. Skalę można wykorzystywać do monitorowania zmian w nasileniu reakcji potraumatycznych; przeznaczona jest głównie do celów badawczych, lecz może znaleźć również zastosowanie w praktyce, w badaniach przesiewowych, profilaktycznych, w ocenie efektywności oddziaływań terapeutycznych itp. Może służyć jako proste narzędzie do szybkiej oceny zagrożenia związanego z doświadczaniem zdarzeń traumatycznych albo do monitorowania zmian w nasileniu objawów. Jej zastosowanie w badaniach klinicznych wymaga szczególnej ostrożności w interpretacji wyników.

Skala IES-R może być wykorzystywana przez psychologów i psychiatrów, jak również przez innych specjalistów zajmujących się stresem, promocją zdrowia, edukacją zdrowotną, profilaktyką czy terapią. W każdym przypadku zastosowania narzędzia wymagane jest wcześniejsze zapoznanie się z podstawami teoretycznymi, przeznaczeniem metody i jej ograniczeniami w stosowaniu. Z kolei, w interpretacji wyników badania wymagana jest podstawowa wiedza z psychometrii i znajomość zasad interpretacji metody. Wyniki badań IES-R osób narażonych na zdarzenia traumatyczne wymagają skonfrontowania z obiektywnymi wskaźnikami stresu. W badaniach niemieckich [53], przeprowadzonych w grupie 129 pacjentów kardiologicznych z wszczepionym defibrylatorem, korelowano zmienne IES-R z parametrami psychofizjologicznymi, potwierdzając wysoką trafność wymiarów intruzji i unikania, umiarkowaną wymiaru pobudzenia. W innych badaniach okazało się, że wymiar pobudzenia jest dobrym predyktorem trau-

my [54]. W badaniach cywilnych ofiar wojny w Kosowie w badanej próbie 214 osób aż 83% potwierdziło doświadczenie traumy, ujawniając zarazem wysoki poziom dyskomfortu psychicznego (wynik > 33 pkt. w skali IES-R). Predyktorami PTSD okazały się poczucie własnej wartości i negatywny afekt, natomiast mało znaczące wydało się być poczucie satysfakcji z życia [55]. Uważa się, że w badaniach stresu potraumatycznego należy uwzględniać takie cechy osobowości, jak na przykład odporność psychiczna, traktowana jako bufor chroniący przed ekstremalnym stresem, a równocześnie wpływający na przystosowanie się i samopoczucie [56].

Badacze zajmujący się następstwami doświadczania traumy koncentrują się prawie wyłącznie na zaburzeniach nią spowodowanych. Warto jednak zwrócić uwagę na te doniesienia z badań, których wyniki wskazują na pozytywne strony doświadczenia traumy w postaci rozwoju jednostki, ukształtowania się nowego sposobu myślenia i zachowania. Dla przykładu, w badaniach greckich chorych onkologicznie, a więc zagrożonych utratą życia, nasilenie objawów PTSD wiązało się z chemioterapią. Im większe występowało poczucie zagrożenia, tym większy był rozwój, przewartościowanie dotychczasowego życia, dostrzeganie dotychczas niedocenianych stron swojego życia [57]. Podobne wyniki, w odniesieniu do świadków sytuacji traumatycznej związanej z atakiem terrorystycznym na *World Trade Center* w Nowym Yorku w 2001 roku, uzyskano w badaniach Fredrickson i Tugade [58]. O możliwości pozytywnych następstw urazu psychicznego pisze Borys [3], nieco szerzej zaś tę problematykę przedstawiono w książce *Osobowość, stres a zdrowie* [59], gdzie autorzy szczególną uwagę zwracają na rolę tak zwanej „prężności” (*resilience*) w przystosowaniu się do traumy. Termin oznacza zdolność jednostki do oderwania się od negatywnych doświadczeń i elastycznego przystosowania się do ciągle zmieniających się wymagań życiowych. Osoby z wysokim poziomem „prężności” przejawiają większą energię życiową, są odporniejsze i otwarte na nowe doświadczenia, co pozwala im lepiej radzić sobie z traumatycznymi doświadczeniami.

### **PIŚMIENNICTWO**

1. Lis-Turlejska M. Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2002.
2. Dudek B. Zaburzenie po stresie traumatycznym. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
3. Borys B. Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka. *Psychiatr.* 2004; 1: 97–105.
4. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. Posttraumatic Stress Disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; 52: 1048–1060.

5. Corneil W., Beaton R., Murphy S., Johnson C., Pike K. Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *J. Occup. Stress Psychol.* 1999; 4: 131–141.
6. Koniarek J., Dudek B. Zespół zaburzeń po stresie urazowym a stosunek do pracy strażaków. *Med. Pr.* 2001; 3: 177–183.
7. Dudek B., Koniarek J. Osobowościowe uwarunkowania rozwoju zaburzenia po stresie traumatycznym. W: Strelau J. (red.). *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 183–198.
8. Lis-Turlejska M. Traumatyczny stres. Koncepcje i badania. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998.
9. Strelau J., Zawadzki B., Oniszczenko W., Sobolewski A., Pawłowski P. Temperament i style radzenia sobie ze stresem jako moderatory zespołu stresu pourazowego w następstwie przeżytej katastrofy. W: Strelau J. (red.). *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 48–64.
10. McFarlane A.C., Yehuda R. Resilience, vulnerability and course of posttraumatic reactions. W: van der Kolk B., McFarlane A. (red.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Guilford Press, New York 1995; 155–181.
11. Newman E., Kaloupek D., Keane T. Assessment of posttraumatic stress disorder in clinical and research settings. W: van Der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (red.). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Guilford Press, New York 1996; 136–152.
12. Sundin E., Horowitz M. Horowitz's Impact of Event Scale: evaluation of 20 years of use. *Psychol. Med.* 2003; 65: 870–876.
13. Wolfe V., Gentile C., Michienzi T., Sas L., Wolfe D. The Children's Impact of Traumatic Events Scale: a measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behav. Ass.* 1991; 13: 159–383.
14. Kuterovac G., Dyregrov A., Stuvland R. Children in war: A silent majority under stress. *Br. J. Med. Psychol.* 1994; 67: 363–375.
15. Carr V., Lewin T., Webster R., Hazell P., Kenardy J., Carter G. Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychol. Med.* 1995; 25: 539–555.
16. McFarlane A.C. Helping victims of disaster. W: Freedy J., Hobfoll S.E. (red.). *Traumatic stress: from theory to practice*. Plenum Press, New York 1995; 287–314.
17. Solomon Z. Psychological sequel of war. A 3-year prospective study of Israeli combat stress reaction casualties. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1989; 177: 342–346.
18. Hunt N., Robbins I. The long-term consequences of war: The experience of World War II. *Ag. Ment. Health* 2001; 5: 183–190.
19. Pfefferbaum B., North C., Flynn B. The emotional impact of injury following an international terrorist incident. *Public Health Rev.* 2001; 29: 271–280.
20. Simeon D., Greenberg J., Knutelska M., Schmeidler J., Hollander E. Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center disaster. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 1702–1705.
21. Girelli S., Resick P., Marhofer-Dvorak S., Hutter C. Subjective distress and violence during rape: IES in nurses working under SARS threat. Their effects on long-term fear. *Violence Vict.* 1986; 1: 35–46.
22. Ruchkin V., Eisemann M., Hagglof B. Juvenile male rape victims: Is the level of post-traumatic stress related to personality and parenting? *Child Abuse Negl.* 1998; 22: 889–899.
23. Greenspan A., Kellermann A. Physical and psychological outcomes 8 months after serious gunshot injury. *J. Trauma* 2001; 53: 709–716.
24. Joy D., Probert R., Bisson J., Shepherd J. Posttraumatic stress reactions after injury. *J. Trauma* 2000; 48: 490–494.
25. Malt U. The long-term psychiatric consequences of accidental injury. A longitudinal study of 107 adults. *Br. J. Psychiatry* 1988; 153: 810–818.
26. Griffiths T. Psychological consequences of burn injury. *Burns* 1991; 17: 478–480.
27. Kelly B., Raphael B., Smithers M. Psychological responses to malignant melanoma. An investigation of traumatic stress reactions to life-threatening illness. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1995; 17: 126–134.
28. Thewes B., Meiser B., Hickie I. Psychometric properties of the Impact of Event Scale amongst women at increased risk for hereditary breast cancer. *Psychooncology* 2001; 10: 459–468.
29. Rynearson E., McCreery J. Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss. *Am. J. Psychiatry* 1993; 150: 258–261.
30. Yates B., Booton-Hiser D. Comparison of psychologic stress responses in patients and spouses ten weeks after a cardiac illness event. *Prog. Cardiovasc. Nurs.* 1992; 7: 25–33.
31. Chen C., Yang P., Yen C., Wu H. Validation of Impact of Event Scale in nurses under threat of contagion by severe acute respiratory syndrome. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2005; 59: 135–139.
32. Kessler R. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to the society. *J. Clin. Psychiatry* 2000; 61 (supl.): 4–12.
33. Bokszzanin A. Negatywne efekty powodzi 1997 roku dla dorastających: deterioracja wsparcia społecznego oraz symptomy stresu pourazowego. W: Strelau J. (red.). *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 34–47.
34. Kaniasty K. Klęska żywiołowa czy katastrofa społeczna? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
35. Widera A., Juczyński Z., Popiela T. Psychologiczne wyznaczniki stresu pourazowego u pacjentów onkologicznych po okaleczających zabiegach chirurgicznych. *Psychoonkol.* 2005; 7: 31–36.
36. Ogińska-Bulik N., Langer I. Osobowość typu D i strategie radzenia sobie ze stresem a nasilenie objawów PTSD w grupie strażaków. *Med. Pr.* 2007; 58: 307–316.
37. Ogińska-Bulik N., Kaflik-Pieróg M. Stres zawodowy w służbach ratowniczych. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2006.
38. Lis-Turlejska M., Łuszczynska-Cieślak A. Adaptacja cywilnej wersji Kwestionariusza Zespołu Stresu Pourazowego: Mississippi PTSD Scale. *Czas. Psychol.* 2002; 7: 165–173.
39. Koniarek J., Dudek B., Szymczak B. Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD) — zastosowanie PTSD interview Ch. Watson i in. w badaniach grupowych. *Przeegl. Psychol.* 2000; 43: 205–216.
40. Strelau J., Zawadzki B., Oniszczenko W., Sobolewski A. Kwestionariusz PTSD — wersja czynnikowa (PTSD-C). Konstrukcja narzędzia do diagnozy głównych wymiarów zespołu stresu pourazowego. *Przeegl. Psychol.* 2002; 45: 149–176.
41. Horowitz M., Wilner M., Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosom. Med.* 1979; 41: 209–218.
42. 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*. Guilford Press, New York 1997; 399–411.
43. Baguena M., Villarroya E., Belena A., Amelia D., Roldan C., Reig R. Propiedades psicometricas de la version espanola de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Analisis y Modificación de Conducta* 2001; 27: 581–604.
44. Asukai N., Kato H., Kawamura N. i wsp. Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002; 190: 175–182.
45. Creamer M., Bell R., Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behav. Res. Ther.* 2003; 41: 1489–1496.
46. Brunet A., St-Hilaire A., Jehel L., King S. Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *Can. J. Psychiatry* 2003; 1: 56–61.
47. Maercker A., Schützwohl M. Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. *Diagnost.* 1998; 44: 130–141.
48. Schwarzwald J., Solomon Z., Weisenberg M., Mikulincer M. Validation of the Impact of Event Scale for psychological sequel of combat. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1987; 55: 251–256.
49. Pietrantonio F., De Gennaro L., Di Paolo MC, Solano L. The Impact of Event Scale: Validation of an Italian version. *J. Psychosom. Res.* 2003; 55: 389–393.
50. Makowska Z., Merez D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie kwestionariusza Dawida Goldberga. Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 2001.
51. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.

52. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
53. Baumert J., Simon H., Gundel H., Schmitt C., Ladwig K. The Impact of Event Scale-revised: evaluation of the subscales and correlations to psychophysiological startle response patterns in survivors of the life-threatening cardiac event. An analysis of 129 patients with an implanted cardioverter defibrillator. *J. Affect. Disord.* 2004; 82: 29–41.
54. Briere J. Psychological assessment of adult posttraumatic states. American Psychological Association. Washington, D.C. 1997.
55. Morina N., von Collani G. Impact of war-related traumatic events on self-evaluation and subjective well-being. *Trauma* 2006; 12: 130–138.
56. Bonanno G., Field N., Kovacevic A., Kaltman S. Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 2002; 28: 184–196.
57. Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E., Pathiaki M., Galanos A., Vlahos L. Traumatic distress and positive changes in advanced cancer patients. *Am. J. Hos. Pall. Med.* 2007; 24: 270–276. 1.
58. Fredrickson B., Tugade M. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11<sup>th</sup>, 2001. *J. Pers. Soc. Psych.* 2003; 84: 365–376.
59. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. *Osobowość, stres a zdrowie*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.

### Streszczenie

**Wstęp.** Artykuł przedstawia polską wersję zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń (IES-R) Weissa i Marmara. Twierdzenia skali odpowiadają objawom stresu pourazowego (PTSD), czyli rozpoznaniu wprowadzonym do międzynarodowej klasyfikacji chorób i przyczyn śmierci (DSM-IV).

**Materiał i metody.** Skala Wpływu Zdarzeń jest metodą samooceny składającą się z 22 twierdzeń i przeznaczoną do oceny subiektywnego stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem. Za pomocą IES-R przebadano 370 osób, które doświadczyły traumy.

**Wyniki.** Polska wersja IES-R okazała się rzetelnym i trafnym narzędziem. Struktura czynnikowa jest podobna do zakładanej struktury teoretycznej. Na podstawie analizy czynnikowej zidentyfikowano 3 czynniki (Intruzja, Pobudzenie i Unikanie), które wyjaśniają 66% całkowitej wariancji. Ustalono również tymczasowe dane normalizacyjne IES-R.

**Wnioski.** Uzyskane wyniki wskazują, że IES-R jest użyteczna jako krótkie narzędzie przesiewowej oceny stresu potraumatycznego. W zastosowaniu klinicznym skala może być użyta jedynie do wstępnej diagnozy PTSD.

*Psychiatria 2009; 6, 1: 15–25*

**słowa kluczowe:** IES-R wersja polska, psychometria, uraz, stres pourazowy