

Jarosław Michałowski¹, Paweł Holas², Kamila Wojdyło¹, Bartłomiej Gorlewski³

**POLSKA ADAPTACJA I WALIDACJA SKALI ZACHOWAŃ UNIKOWYCH
TOWARZYSZĄCYCH AGORAFOBII
POLISH ADAPTATION AND VALIDATION OF THE MOBILITY INVENTORY**

¹ Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, Kierownik: dr hab. Mariola Bidzan;

² II Klinika Psychiatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny;

³ Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie
Gdańskim

Streszczenie

Cel badań: Celem badania była adaptacja i walidacja skali przeznaczonej do pomiaru częstotliwości zachowań unikowych u pacjentów z rozpoznaniem agorafobii (Mobility Inventory, [MI], proponowana polska nazwa: Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii [SZUTA]). W skład skali wchodzi dwie podskale, na których osoba badana ocenia częstotliwość własnych zachowań unikowych w okolicznościach, w których towarzyszą lub nie towarzyszą jej inne osoby (podskale Unikanie w towarzystwie [SZUTA-A] i Unikanie w samotności [SZUTA-B]).

Metoda: Badanie objęło w sumie 80 pacjentów z rozpoznaniem agorafobii lub zaburzenia panicznego z agorafobią diagnozowanych według kryteriów diagnostycznych zawartych w DSM-IV jak również 100 osób kontrolnych u których nie stwierdzono obecności zaburzeń psychicznych.

Wyniki: Badanie wykazało, że adaptowana skala spełnia stosowne kryteria psychometryczne. Obie wchodzące w jej skład podskale cechuje wysoka trafność treściowa i rzetelność.

Wnioski: Przeprowadzone badanie wskazuje, że polskojęzyczna wersja Mobility Inventory to ekonomiczne i skuteczne narzędzie diagnostyczne służące do pomiaru częstotliwości zachowań unikowych. Obie podskale adaptowanego narzędzia (Unikanie w towarzystwie i Unikanie w samotności) mogą znaleźć zastosowanie w badaniach oryginalnych i replikacyjnych oraz wspomagać proces diagnostyczny i ocenę efektów terapeutycznych.

Summary

Aim: The present study aimed at the adaptation and validation of the Mobility Inventory (MI; suggested Polish name: Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii [SZUTA]) used to assess the frequency of agoraphobic avoidance behavior under circumstances of being in company (subscale Avoidance When Accompanied) or alone (subscale Avoidance When Alone).

Method: The study included a total of 80 patients diagnosed with agoraphobia or panic disorder with agoraphobia according to the diagnostic criteria of the DSM-IV as well as 100 control subjects who did not show the presence of mental disorders.

Results: The present study showed that the Polish-language version of the MI meets basic psychometric criteria. Both of its subscales are characterized by a high content validity and reliability.

Conclusions: The Polish-language version of the MI has been found to be a highly efficient and economic research and diagnostic instrument for the measurement of the agoraphobic avoidance behavior. Both of its subscales (i.e. Avoidance When Accompanied and Avoidance When Alone) might be very useful in research or in the diagnosis and evaluation of therapeutic effects.

Słowa kluczowe: agorafobia, zaburzenie lęku panicznego, lęk przed lękiem

Keywords: agoraphobia, panic disorder, fear of fear

Wstęp

Istotny wkład w wyjaśnienie mechanizmu powstawania i utrzymywania się wielu zaburzeń lękowych wniosły badania nad poznawczymi aspektami reakcji lękowej, których renesans przypada na lata 70-te i 80-te ubiegłego wieku [1,2]. Wtedy to zwrócono uwagę, że reakcję lękową mogą wywoływać nie tylko zewnętrzne bodźce i sytuacje ale czasem także bodźce wewnętrzne. Takimi wewnętrznymi bodźcami lękowymi mogą być symptomy pobudzenia fizjologicznego lub myśli. Dzięki tej „rewolucji poznawczej” lat 70-tych i 80-tych udało się wyjaśnić, że takie właśnie bodźce wewnętrzne są przyczyną pozornie bezzasadnych napadów lękowych w zespole lęku napadowego oraz stanowią istotę problemów pacjentów z rozpoznaniem agorafobii, którzy unikają różnorodnych i na pozór niepodobnych sytuacji, jak np. supermarketów, jazdy pociągiem, zamkniętych pomieszczeń czy nawet samotnej jazdy na rowerze.

Obecnie uznaje się, że agorafobicy unikają wszelkich sytuacji i miejsc z obawy przed tym, że wydostanie się z nich mogłoby być utrudnione/wstydlive lub też że podczas przebywania w nich ciężko byłoby uzyskać pomoc w przypadku niespodziewanego napadu paniki lub wystąpienia symptomów mogących sygnalizować stan medycznego zagrożenia (ICD-10: F 40.0). Zgodnie z powyższą definicją pacjent z rozpoznaniem agorafobii może unikać jazdy samochodem nie z lęku przed wypadkiem jako takim lecz z obawy, że w przypadku wystąpienia napadu lękowego nie będzie w stanie odpowiednio wcześniej zawrócić z drogi lub zatrzymać się. Zgodnie z propozycją przedstawioną przez Goldstein i Chambless [3] podstawowym motywem dla napadów lękowych w zespole lęku napadowego oraz zachowań unikowych w agorafobii jest lęk przed lękiem. Lęk ten powstaje w wyniku warunkowania interoceptywnego, czyli wtedy gdy niewielkie fizjologiczne objawy lęku lub pobudzenia stają się bodźcem warunkowym skojarzonym z intensywnym lękiem lub silnym pobudzeniem (tzw.

interoceptywnym sygnałem zagrożenia) i zaczynają wzbudzać warunkową reakcję lękową [patrz np. 4,5]. Tak uwarunkowana reakcja lękowa będzie pojawiać się nawet w odpowiedzi na niegroźne przejawy pobudzenia powstającego przy okazji różnych doznań emocjonalnych (np. lęku, radości lub złości), w odpowiedzi na warunki otoczenia zewnętrznego (np. wysoka temperatura) lub też po przyjęciu środków zmieniających fizjologiczną aktywność organizmu (np. kawa).

Opierając się na trójpoziomym modelu lęku przedstawionym przez Langa [6], Goldstein i Chambless [3] wyróżnili trzy komponenty lęku przed lękiem: poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Po pierwsze, przy wysokim poziomie lęku przed lękiem można zaobserwować *automatyczne myśli* dotyczące negatywnych zdrowotnych i społecznych konsekwencji lęku i objawów pobudzenia fizjologicznego (np. „Zaraz dostanę zawału serca”). Po drugie, osoby o wysokim poziomie lęku przed lękiem przejawiają intensywną *reakcję lękową* wobec sygnałów interoceptywnych (np. kołatanie serca). Po trzecie, na skutek negatywnego skojarzenia symptomów pobudzenia, osoby z wysokim poziomem lęku przed lękiem mogą dążyć do *unikania* wszelkich okoliczności lub sytuacji, w których istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia symptomów i/lub zmniejszona dostępność pomocy. Unikanie jest motywem przewodnim zachowań zabezpieczających pacjentów z rozpoznaniem agorafobii.

W niniejszym artykule przedstawimy wyniki badań przeprowadzonych przy użyciu polskiego tłumaczenia Mobility Inventory (proponowana polska nazwa: Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii [SZUTA]) [8] w grupie pacjentów cierpiących na agorafobię oraz w grupie osób kontrolnych nie przejawiających zaburzeń psychicznych. Kwestionariusz ten służy do oceny nasilenia własnych zachowań unikowych dla 26 sytuacji, w przypadku gdy konfrontacja z nimi odbywa się w obecności osoby lub osób darzonych zaufaniem (podskala: Unikanie w towarzystwie [SZUTA-A]) oraz dla 27 sytuacji w przypadku gdy konfrontacja z nimi odbywa się w samotności (podskala: Unikanie w samotności [SZUTA-B]). Psychometryczne właściwości anglojęzycznego oryginału zostały określone w serii badań, w których uczestniczyli pacjenci z agorafobią oraz osoby zdrowe psychicznie [8]. Analizy statystyczne wykazały wysoką spójność wewnętrzną (Cronbach alfa $r_s \geq 0,91$) dla obu skal kwestionariusza. Rzetelność poszczególnych pozycji badana metodą test-retest w średnich odstępach czasowych ≤ 31 dni okazała się być zadowalająca (średnia korelacja między pozycjami $r=0,76$). Ponadto badania te potwierdziły wysoką trafność teoretyczną obu skal wykazując, iż zadowalająco różnicują one pacjentów cierpiących na agorafobię i zespół napadów lękowych od osób kontrolnych; skuteczna psychoterapia powoduje znaczną redukcję wyników, a wyniki obu skal są wysoko skorelowane z wynikami skali agorafobii wchodzącej w

skład Fear Questionnaire [9]. Zgodnie z przewidywaniami, wysokie wyniki w kwestionariuszu SZUTA wykazywały również istotne statystycznie, choć niższe, korelacje ze skalami mierzącymi lęk jako cechę (Skala Cechy Lęku Inwentarza Stanu i Cechy Lęku) [10] oraz poziom depresyjności (Inwentarz Depresji Becka) [11]. Wysoka spójność wewnętrzną, rzetelność i trafność teoretyczną kwestionariusza SZUTA została potwierdzona m.in. w badaniach niemieckich [12] i australijskich [13].

Materiał

W badaniu wzięło udział 180 osób, w tym 80 ambulatoryjnych i stacjonarnych pacjentów z rozpoznaniem agorafobii/agorafobii z napadami lękowymi (48 kobiet, 32 mężczyzn) oraz 100 osób kontrolnych (59 kobiet, 41 mężczyzn), u których nie stwierdzono obecności zaburzeń psychicznych. Pacjenci byli diagnozowani przez doświadczonych klinicystów zgodnie z kryteriami DSM-IV [14]. Kwestionariusze były wypełniane przed rozpoczęciem psychoterapii. Grupy kontrolna i kliniczna nie różniły się ze względu na wiek i płeć ($t(178) \leq 1.8$, ns).

Metoda

Tworzenie polskiej wersji językowej

Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgodę autorki oryginalnej wersji SZUTA, Prof. Dianne Chambless, na stworzenie polskiej adaptacji. Przez wzgląd na dużą uniwersalność kulturową pytań a także, aby zachować możliwość porównywania wyników uzyskiwanych za pomocą adaptowanego testu z wynikami uzyskanymi przy użyciu wersji anglojęzycznej, zdecydowano się na zastosowanie metody translacji-retranslacji [15]. Oryginalna anglojęzyczna wersja kwestionariusza została przetłumaczona na język polski przez dwóch tłumaczy - anglistę i psychologa. Po wspólnym uzgodnieniu ostatecznej wersji tłumaczenia, została ona poddana zwrotnemu tłumaczeniu na język angielski przez anglistę, który nie widział wersji oryginalnej. Przeprowadzone przez anglistę i psychologa porównanie obu wersji nie wykazało większych różnic między nimi. Polskiej adaptacji nadano układ graficzny maksymalnie zbliżony do wersji oryginalnej. Powstała w ten sposób polska wersja kwestionariusza została zrecenzowana przez autorkę oryginału Prof. Dianne Chambless. Po uwzględnieniu uwag autorki polska wersja kwestionariusza została przesłana do powtórnej recenzji i ostatecznie zaakceptowana.

Procedura badawcza

W badaniu zastosowano zestaw kilku kwestionariuszy (patrz poniżej). Kwestionariusze były rozdawane pacjentom z rozpoznaniem agorafobii przez lekarzy psychiatrów lub psychologów/psychoterapeutów podczas wizyty w poradni zdrowia psychicznego lub na

oddziale psychiatrycznym. Ponadto kwestionariusze przekazano studentom różnych kierunków Uniwersytetu Gdańskiego, Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz Uniwersytetu Warszawskiego z prośbą o ich anonimowe wypełnienie lub rozdanie osobom spełniającym kryteria włączenia do grupy kontrolnej. Do kwestionariuszy dołączona była instrukcja wyjaśniająca cel badania oraz zawierająca pytania dotyczące danych demograficznych.

Kwestionariusze

Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii (SZUTA) [8] jest skalą służącą do pomiaru nasilenia zachowań unikowych dla 26/27 sytuacji na pięciostopniowej skali (nigdy nie unikam (1), zawsze unikam (5)). Każda sytuacja oceniana jest na dwóch podskalach: Unikanie sytuacji lękowych będąc w towarzystwie (SZUTA-A; Unikanie w towarzystwie) i Unikanie sytuacji lękowych będąc w samotności (SZUTA-B; Unikanie w samotności).

Kwestionariusz Doznań Cieleśnych (KDC) [7] służy do szacowania intensywności lęku przed symptomami interoceptywnymi. Osoba badana dokonuje oceny intensywności lęku dla 17 różnych symptomów z użyciem 5-cio stopniowej skali (wcale się nie boję (1), okropnie się boję (5)). W badaniu użyto polskiej wersji tego narzędzia [16].

Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii (KMTA) [7] stosuje się do szacowania częstotliwości występowania 14 automatycznych myśli, których treścią są obawy przed negatywnymi społecznymi i behawioralnymi konsekwencjami utraty kontroli (podskala I) lub obawy o problemy zdrowotne (podskala II). W badaniu użyto polskiej wersji kwestionariusza opracowanej przez Michałowskiego i Holasa [16].

Kwestionariusz Osobowości Eysencka (EPQ-R) [20] jest jednym z najpowszechniej stosowanych kwestionariuszy osobowości o wysokiej wartości psychometrycznej i praktycznej. W skład EPQ-R wchodzi 100 pytań służących samoocenie, które pozwalają oszacować nasilenie neurotyzmu, ekstrawersji, psychotyzmu i tendencji do przestawiania się w korzystnym świetle. W niniejszym badaniu użyto polskiej wersji tego kwestionariusza w opracowaniu Brzozowskiego i Drwala [21].

The Anxiety Sensitivity Index - III (ASI-3) [17,18] służy do szacowania nasilenia lęku przed objawami związanymi z lękiem oraz pobudzeniem w oparciu o ocenę 18 stwierdzeń dotyczących tego rodzaju lęku na skali 0 - 4 (zgadzam się w bardzo niewielkim stopniu (0), zgadzam się w bardzo dużym stopniu (4)). Obliczenia dokonuje się dla wyniku ogólnego oraz dla 3 podskal badających lęk związany z organizmem i zdrowiem (1), lęk związany z procesami mentalnymi (2) i lęk związany z przebywaniem wśród ludzi (3).

Skala Cechy Lęku Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI-X2) [10,19] służy do oceny nasilenia trwałej dyspozycji do reagowania lękiem.

Inwentarz Depresji Becka (BDI) [11] składa się z 22 pozycji służących do samoopisu, które pozwalają ocenić stopień nasilenia symptomów depresyjnych.

Wyniki

Charakterystyka skal

Rozkład wyników obu skal SZUTA badających poziom unikania ma cechy rozkładu normalnego (test K-S: $p > 0,05$). Zarówno skalę „Unikanie w towarzystwie” [SZUTA-A] jak i skalę „Unikanie w samotności” [SZUTA-B] charakteryzuje wysoka spójność wewnętrzna oraz umiarkowanie zadowalająca rzetelność badana metodą test-retest w odstępie 28 dni w grupie osób zdrowych (patrz Tabela 1). Wysoką spójność wewnętrzną obu skal potwierdziły obliczenia wskaźnika Cronbach α po usunięciu poszczególnych pozycji testowych. Moc dyskryminacyjna poszczególnych pozycji testowych szacowana jako skorygowana korelacja z wynikiem ogólnym (SKIS) mieści się w zakresie od 0,30 do 0,76 dla skali SZUTA-A oraz w zakresie od 0,33 do 0,77 dla skali SZUTA-B (patrz Tabela 2 i Tabela 3).

Tabela 1 Średnia, Odchylenie Standardowe, Wskaźnik Rzetelności oraz Moc Dyskryminacyjna dla poszczególnych podskal Skali Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii.

| | M (SD) | r | α Cronbacha |
|------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Unikanie w samotności. | | | |
| Pacjenci z rozpoznaniem agorafobii | 3,14 (0,95) (n=80) | | 0,96** (n=26) |
| Grupa kontrolna | 1,66 (0,63) (n=99) | 0,71** (n=46) | 0,87** (n=73) |
| Unikanie w towarzystwie | | | |
| Pacjenci z rozpoznaniem agorafobii | 2,43 (0,85) (n=80) | | 0,94** (n=31) |
| Grupa kontrolna | 1,37 (0,44) (n=99) | 0,48** (n=46) | 0,87** (n=73) |

** - istotne na poziomie $p < 0,001$

Tabela 2 Średnia, Odchylenie Standardowe, Moc Dyskryminacyjna dla każdej pozycji skali „Unikanie w samotności” w grupie osób zdrowych oraz pacjentów z rozpoznaniem agorafobii.

| Pozycja testowa | Osoby zdrowe | | | Pacjenci | | |
|--|--------------|------|-----------------------|----------|------|-----------------------|
| | M | SD | Moc dyskryminacyjna r | M | SD | Moc dyskryminacyjna r |
| Kina i teatry. | 2,15 | 1,47 | 0,58** | 3,80 | 1,45 | 0,58** |
| Supermarkety. | 1,61 | 1,05 | 0,33** | 3,13 | 1,41 | 0,72** |
| Centra handlowe. | 1,74 | 1,04 | 0,44** | 3,29 | 1,43 | 0,70** |
| Sale lekcyjne. | 1,33 | 0,70 | 0,45** | 2,87 | 1,47 | 0,62** |
| Domy towarowe. | 1,72 | 1,11 | 0,43** | 3,17 | 1,43 | 0,73** |
| Restauracje. | 1,93 | 1,23 | 0,52** | 3,37 | 1,55 | 0,77** |
| Muzea. | 1,89 | 1,33 | 0,49** | 1,24 | 1,56 | 0,67** |
| Windy. | 1,80 | 1,37 | 0,58** | 2,84 | 1,57 | 0,61** |
| Stadiony/Sale widowiskowe i wykładowe. | 1,72 | 1,34 | 0,63** | 3,40 | 1,50 | 0,72** |
| Hale garażowe. | 1,86 | 1,36 | 0,67** | 2,70 | 1,65 | 0,66** |
| Miejsca wysoko położone. | 2,21 | 1,60 | 0,60** | 3,33 | 1,56 | 0,42** |
| Zamknięte przestrzenie. | 1,77 | 1,30 | 0,59** | 3,08 | 1,60 | 0,61** |
| Otwarte przestrzenie | | | | | | |
| Na zewnątrz. | 1,20 | 0,62 | 0,58** | 2,46 | 1,49 | 0,65** |
| Wewnątrz. | 1,19 | 0,57 | 0,62** | 2,17 | 1,31 | 0,64** |
| Autobusy. | 1,51 | 1,10 | 0,59** | 3,41 | 1,45 | 0,63** |
| Pociągi. | 1,62 | 1,20 | 0,48** | 3,35 | 1,45 | 0,55** |
| Metro. | 1,53 | 1,09 | 0,54** | 3,56 | 1,35 | 0,67** |
| Samoloty. | 1,65 | 1,20 | 0,48** | 3,90 | 1,40 | 0,49** |
| Statki. | 1,63 | 1,24 | 0,48** | 3,82 | 1,46 | 0,68** |
| Jazda samochodem | | | | | | |
| Obojętnie gdzie | 1,23 | 0,72 | 0,48** | 2,71 | 1,47 | 0,46** |
| Drogą szybkiego ruchu | 1,39 | 0,96 | 0,55** | 2,97 | 1,55 | 0,47** |
| Stanie w kolejkach | 2,07 | 1,29 | 0,50** | 3,41 | 1,25 | 0,57** |
| Przechodzenie przez most | 1,53 | 0,95 | 0,58** | 2,63 | 1,52 | 0,57** |
| Przyjęcia/Imprezy towarz. | 2,03 | 1,23 | 0,50** | 3,48 | 1,23 | 0,57** |
| Chodzenie ulicą | 1,18 | 0,51 | 0,63** | 2,56 | 1,48 | 0,69** |
| Przebywanie samemu w domu. | 1,36 | 0,80 | 0,46** | 2,39 | 1,38 | 0,43** |
| Przebywanie z dala od domu. | 1,76 | 1,12 | 0,48** | 3,27 | 1,43 | 0,54** |

** - istotne na poziomie $p < 0,001$

Tabela 3 Średnia, Odchylenie Standardowe, Moc Dyskryminacyjna dla każdej pozycji skali „Unikanie w towarzystwie” w grupie osób zdrowych oraz pacjentów z rozpoznaniem agorafobii.

| Pozycja testowa | Osoby zdrowe | | | Pacjenci | | |
|--|--------------|------|--------------------------|----------|------|--------------------------|
| | M | SD | Moc dyskryminacyjna r | M | SD | Moc dyskryminacyjna r |
| Kina i teatry. | 1,18 | 0,46 | 0,49** | 2,55 | 1,30 | 0,65** |
| Supermarkety. | 1,56 | 0,98 | 0,40** | 2,35 | 1,18 | 0,71** |
| Centra handlowe. | 1,62 | 1,05 | 0,41** | 2,46 | 2,28 | 0,71** |
| Sale lekcyjne. | 1,26 | 0,67 | 0,42** | 2,38 | 1,33 | 0,66** |
| Domy towarowe. | 1,61 | 1,00 | 0,53** | 2,42 | 2,21 | 0,76** |
| Restauracje. | 1,23 | 0,57 | 0,30* | 2,38 | 1,58 | 0,57** |
| Muzea. | 1,44 | 0,96 | 0,46** | 2,46 | 1,34 | 0,65** |
| Windy. | 1,36 | 0,93 | 0,46** | 2,22 | 1,33 | 0,51** |
| Stadiony/Sale widowiskowe i wykładowe. | 1,33 | 0,80 | 0,56** | 2,54 | 1,36 | 0,76** |
| Hale garażowe. | 1,48 | 1,04 | 0,58** | 2,00 | 1,26 | 0,66** |
| Miejsca wysoko położone. | 1,98 | 1,41 | 0,50** | 2,72 | 1,43 | 0,43** |
| Zamknięte przestrzenie. | 1,52 | 1,05 | 0,61** | 2,56 | 1,41 | 0,47** |
| Otwarte przestrzenie | | | | | | |
| Na zewnątrz. | 1,10 | 0,39 | 0,62** | 1,74 | 1,04 | 0,62** |
| Wewnątrz. | 1,14 | 0,57 | 0,64** | 1,67 | 0,89 | 0,62** |
| Autobusy. | 1,30 | 0,85 | 0,58** | 2,57 | 1,34 | 0,69** |
| Pociągi. | 1,30 | 0,86 | 0,49** | 2,62 | 1,42 | 0,66** |
| Metro. | 1,23 | 0,72 | 0,51** | 2,82 | 1,36 | 0,72** |
| Samoloty. | 1,45 | 0,96 | 0,41** | 3,41 | 1,55 | 0,46** |
| Statki. | 1,43 | 1,08 | 0,64** | 3,30 | 1,56 | 0,59** |
| Jazda samochodem | | | | | | |
| Obojętnie gdzie | 1,15 | 0,48 | 0,36** | 2,12 | 1,10 | 0,45** |
| Drogą szybkiego ruchu | 1,22 | 0,56 | 0,44** | 2,33 | 1,27 | 0,41** |
| Stanie w kolejkach | 1,64 | 1,04 | 0,41** | 2,47 | 1,17 | 0,61** |
| Przechodzenie przez most | 1,30 | 0,66 | 0,51** | 2,11 | 1,22 | 0,51** |
| Przyjęcia/Imprezy towarz. | 1,35 | 0,68 | 0,38** | 2,68 | 1,25 | 0,59** |
| Chodzenie ulicą | 1,09 | 0,46 | 0,48** | 1,95 | 1,10 | 0,55** |
| Przebywanie z dala od domu. | 1,34 | 0,75 | 0,50** | 2,36 | 1,20 | 0,68** |

** - istotne na poziomie $p < 0,001$; * - istotne na poziomie $p < 0,05$

Trafność teoretyczna

Analiza wyników uzyskanych przez pacjentów z rozpoznaniem agorafobii wykazała, że obie skale adaptowanego narzędzia są ze sobą wysoko skorelowane ($r=0,69$). Zgodnie z oczekiwaniem wyniki na skali „Unikanie w samotności” były wyższe niż wyniki na skali „Unikanie w towarzystwie” ($T(79)=8,88$, $p<0,001$). Dalsze analizy ujawniły, iż obie skale są skorelowane z innymi narzędziami diagnostycznymi stosowanymi u pacjentów z wysokim poziomem lęku przed lękiem (tj. ASI-3, KMTA, KDC; patrz Tabela 4). Ponadto, skala „Unikanie w samotności” okazała się korelować z pozostałymi kwestionariuszami użytymi w badaniu trafności zewnętrznej (tj. BDI, STAI-X2, EPQ-R-N; patrz Tabela 4). W przypadku skali „Unikanie w towarzystwie” analizy wykazały, iż jest ona skorelowana z Inwentarzem Depresji Becka ($r=0,36$). Potwierdzeniem wysokiej trafności teoretycznej obu skal adaptowanego narzędzia są wyniki porównań międzygrupowych. Analiza przeprowadzona dla skali „Unikanie w samotności” wykazała, iż wyniki pacjentów ($M=3,14$) różnią się istotnie od wyników osób zdrowych ($M=1,66$; $T(177)=12,47$, $p<0,001$). Zgodnie z oczekiwaniem, również na skali „Unikanie w towarzystwie” pacjenci uzyskali istotnie wyższe wyniki ($M=2,43$) niż osoby zdrowe ($M=1,37$; $T(177)=10,77$; $p<0,001$).

Tabela 4 Współczynniki korelacji wyników SZUTA-A i SZUTA-B z innymi narzędziami psychometrycznymi analizowane w grupie pacjentów z agorafobią.

| | SZUTA-A n | SZUTA-B n | KDC n | KMTA n | ASI-3 n | STAI X2 n | BDI n |
|----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| SZUTA-A | | | | | | | |
| SZUTA-B | 0,49** 80 | | | | | | |
| KDC | 0,20** 78 | 0,32** 78 | | | | | |
| KMTA | 0,14* 80 | 0,28** 80 | 0,44** 78 | | | | |
| ASI-3 | 0,16* 79 | 0,32** 79 | 0,44** 77 | 0,65** 79 | | | |
| STAI X-2 | 0,10 68 | 0,33** 68 | 0,38** 66 | 0,48** 68 | 0,46** 68 | | |
| BDI | 0,26** 66 | 0,47** 66 | 0,23** 64 | 0,48** 66 | 0,37** 66 | 0,70** 58 | |
| EPQ-N | 0,39 61 | 0,30* 61 | 0,33* 61 | 0,47** 61 | 0,47** 61 | 0,63** 53 | 0,41** 59 |

** - istotne na poziomie $p<0,001$; * - istotne na poziomie $p<0,05$

SZUTA-A – Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii, Podskala „Unikanie w towarzystwie”; SZUTA-B – Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii, Podskala „Unikanie w samotności”; KDC – Kwestionariusz Doznań Cieleśnych; KMTA – Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii; ASI-3 – Anxiety Sensitivity Index – III; STAI-X2 – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, Skala Cechy Lęku; BDI – Skala Depresji Becka; EPQ-N – Kwestionariusz Osobowości Eysencka, Skala Neurotyczności; n – liczba osób badanych dla których obliczono daną korelację

Omówienie wyników

Celem badania była adaptacja i walidacja Skali Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii [SZUTA] złożonej z dwóch podskal na których osoba badana określa częstotliwość z jaką podejmuje zachowania unikowe w okolicznościach, w których towarzyszą lub nie towarzyszą jej inne osoby (odpowiednio podskale „Unikanie w towarzystwie” [SZUTA-A] i „Unikanie w samotności” [SZUTA-B]). Adaptowane narzędzie okazało się posiadać odpowiednie właściwości psychometryczne.

Przeprowadzone analizy wykazały, że SZUTA cechuje się wysoką trafnością teoretyczną. Wskazują na to zarówno istotne statystycznie różnice wyników pomiędzy pacjentami z rozpoznaniem agorafobii a osobami zdrowymi jak i analizy korelacji pomiędzy obiema podskalami SZUTA oraz korelacje pomiędzy każdą z tych podskal a innymi narzędziami mierzącymi różne aspekty lęku przed lękiem. Analizując trafność treściową adaptowanego narzędzia oczekiwaliśmy również, iż pacjenci z agorafobią będą stosować więcej zachowań unikowych w samotności niż w towarzystwie a wysokie nasilenie zachowań unikowych będzie powodować izolację, utratę wzmocnień pozytywnych oraz wywoływać symptomy depresyjne. Zgodnie z tymi oczekiwaniami pacjenci z agorafobią uzyskali wyższe wyniki dla podskali „Unikanie w samotności” niż dla podskali „Unikanie w towarzystwie” a wyniki obu podskal wykazały wysokie korelacje z wynikami Inwentarza Depresji Becka. W przypadku podskali „Unikanie w samotności” dodatkowym potwierdzeniem jej trafności teoretycznej są wysokie współczynniki korelacji ze Skalą Cechy Lęku (STAI-X2) i Skalą Neurotyczności EPQ-R.

SZUTA charakteryzuje się wysoką zgodnością wewnętrzną testowaną przy zastosowaniu współczynnika alfa Cronbacha. Wyniki dotyczące zgodności wewnętrznej są porównywalne z oryginałem [8] i z wersją niemieckojęzyczną [12]. Analizy rzetelności wykazały umiarkowanie zadowalającą stabilność czasową SZUTA, tj. wyniki uzyskane podczas retestu korelowały z wynikami testu przeprowadzonego 28 dni wcześniej na poziomie istotności $\alpha < 0,001$.

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują, że Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii (SZUTA) spełnia podstawowe kryteria psychometryczne. Wysoka trafność treściowa i rzetelność obu wchodzących w jej skład podskal sprawia, że mogą one znaleźć zastosowanie w procesie diagnozy psychologicznej oraz w badaniach oryginalnych i replikacyjnych.

Podziękowania: Serdeczne podziękowania dla dra Witolda Goździka, Zespołu Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w

Międzyrzeczu oraz Poradni Zdrowia Psychicznego os. Pod Lipami 103 w Poznaniu za wsparcie w realizacji projektu.

Badanie zostało dofinansowane ze środków Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego na badania własne BW/2010/7413-5-0623-0 dla pierwszego autora oraz ze środków

Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w granicę nr N N402 269036 dla drugiego autora.

Adres do korespondencji: Dr Jarosław Michałowski, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa. E-mail: jmichalowski@psych.uw.edu.

Piśmiennictwo

1. Abramson LY, Seligmann MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnormal Psychology*. 1978; 87: 49-74.
2. Beck AT. *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press; 1967.
3. Goldstein AJ, Chambless DL. A reanalysis of agoraphobia. *Behav Ther* 1978; 9: 47-59.
4. Bouton ME, Mineka S, Barlow DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol Rev*. 2001; 108, 1: 4-32.
5. Razran G. The observable unconscious and the inferable conscious in current Soviet psychophysiology: Interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. *Psychophys Rev* 1961; 68: 81-147.
6. Lang PJ. The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. W: Tuma AH, Maser JD. red. *Anxiety & the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1985. s. 131-179.
7. Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R. Assessment of Fear of Fear in Agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *J Consul Clin Psychol*. 1984; 52, 6: 1090-1097.
8. Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behav Res Ther* 1985; 23: 35-44.
9. Marks IM, Mathews M. Brief Standard Self Rating for phobic patients. *Behav Res Ther* 1979; 17: 263-267.
10. Spielberger C, Gorsuch A, Lushene R. *The State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
11. Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
12. Ehlers A, Margraf J, Chambless DL. *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung, AKV*. Weinheim: Beltz Test; 1993.
13. Kwon S, Evans L, Oei TPS. Factor Structure of the Mobility Inventory for Agoraphobia: A Validation Study with Australian Samples of Agoraphobic Patients. *J Psychopath Behav Assess* 1990; 12(4): 365-374.
14. Wciórka J. red. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV*. Wyd. Elsevier; 2008.
15. Behling O, Law KS. *Translating Questionnaires and Other Research Instruments: Problems and Solutions*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.
16. Michałowski JM, Holas P. Polish adaptation and validation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire; w recenzji.
17. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, i in. Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index – 3. *Psychol Assessment* 2007; 19(2): 176-188.
18. Michałowski JM, Holas P. Polska adaptacja i walidacja kwestionariusza do badania wrażliwości na lęk - Anxiety Sensitivity Inventory – 3; w przygotowaniu.
19. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Polska adaptacja STAI. Podręcznik. Warszawa: PTP; 2002.
20. Eysenck HJ, Eysenck SGB. *Eysenck Personality Questionnaire*. San Diego, Ca: Educational and Industrial Testing Service; 1975.
21. Brzozowski P, Drwał RŁ. *Kwestionariusz Osobowości Eysencka*. Polska adaptacja EPQ-R. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1995.