

Polska adaptacja i walidacja Kwestionariusza Myśli Towarzyszących Agorafobii (KMTA) oraz Kwestionariusza Doznań Cieleśnych (KDC)

Polish adaptation and validation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire

Jarosław M. Michałowski¹, Paweł Holas²

¹ Wydział Psychologii UW
Katedra Psychologii Różnic Indywidualnych
Kierownik katedry: prof. dr hab. W. Oniszczenko
² II Klinika Psychiatrii WUM
Kierownik: prof. dr hab. med. A. Kokoszka

Summary

Aim. The present study aimed at the adaptation and validation of two questionnaires assessing fear of bodily sensations (BSQ; suggested Polish name: Kwestionariusz Doznań Cieleśnych [KDC]) and concerns specific to agoraphobics (ACQ; suggested Polish name: Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii [KMTA]).

Method. The study included a total of 82 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 results showed that both adapted questionnaires meet basic psychometric criteria. The Polish-language versions of the ACQ and BSQ are characterized by a high content validity, internal consistency and showed to be stable over a period of 28 days. Moreover, the factor structure of the Polish version of the ACQ showed to be highly similar to the original version.

Conclusions Polish-language versions of the ACQ and BSQ have been found to be reliable and valid research and diagnostic instruments for the assessment of fear for bodily sensations and agoraphobic cognitions. Due to their high efficiency and adequate psychometric characteristics these measures might be very useful in research as well as in the diagnosis and evaluation of therapeutic effects.

Słowa kluczowe: agorafobia, lęk napadowy, lęk przed lękiem

Key words: agoraphobia, panic disorder, fear of fear

Wstęp

Zgodnie z poznawczymi teoriami wyjaśniającymi powstawanie i utrzymywanie się zespołu lęku napadowego – przedstawionymi przez Clarka [1] i Becka [2] – napady

lękowe są efektem katastroficznej interpretacji objawów pobudzenia fizjologicznego. W przypadku, gdy pojawienie się objawów somatycznych zostaje zinterpretowane jako natychmiastowe zagrożenie, zwiększa się poziom lęku oraz intensywność związanych z nim objawów, co dalej, na zasadzie błędnego koła, powoduje rozwój lęku panicznego. Modele poznawcze nie wyjaśniają jednak pochodzenia napadów paniki w sytuacjach, w których nie można zidentyfikować katastroficznej interpretacji objawów, np. w nocy [3]. Wśród koncepcji próbujących wyjaśnić ten proces, na szczególną uwagę zasługują te oparte na zjawisku warunkowania klasycznego [4], które uznają, że zespół lęku napadowego i agorafobia powstają w wyniku warunkowania reakcji lękowej na objawy pobudzenia fizjologicznego, tzw. warunkowania interoceptywnego [5]. W wyniku tego mechanizmu 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. Zgodnie z propozycją przedstawioną przez przedstawicieli tego podejścia, proces warunkowania interoceptywnego może zachodzić nawet bez udziału świadomości [6–8]. Bazując na koncepcji warunkowania interoceptywnego, Goldstein i Chambless [9] przedstawili spójny model wyjaśniający powstanie oraz utrzymywanie się agorafobii i zespołu lęku napadowego. Proponują w nim, aby reakcję nabytą w wyniku warunkowania interoceptywnego nazwać lękiem przed lękiem. Opierając się na trójpoziomowym modelu lęku przedstawionym w 1985 roku przez Langa [10], autorzy ci wyróżnili trzy aspekty lęku przed lękiem – emocjonalny, poznawczy i behawioralny. Na poziomie emocjonalnym podwyższony poziom lęku przed lękiem związany jest z występowaniem intensywnej reakcji lękowej w odpowiedzi na sygnały interoceptywne (np. kołatanie serca). Sygnały te mogą pojawić się przy okazji silnego lub długotrwałego stresu, różnorodnych stanów emocjonalnych (np. radości lub złości), w odpowiedzi na warunki otoczenia zewnętrznego (np. na wysoką temperaturę) lub po przyjęciu środków zmieniających fizjologiczną aktywność organizmu (np. po kawie). Na poziomie poznawczym u osób z wysokim poziomem lęku przed lękiem pojawiają się automatyczne myśli o negatywnych – zdrowotnych i społecznych – konsekwencjach lęku i objawów pobudzenia fizjologicznego (np. zaraz dostanę zawału serca). Skojarzenie sygnałów interoceptywnych z zagrożeniem prowadzić może do wykształcenia się typowych dla agorafobii zachowań ratunkowych/zabezpieczających, mających na celu uniknięcie sytuacji, w których istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia symptomów i/lub zmniejszona dostępność pomocy (poziom behawioralny). Próby operacjonalizacji konstruktów lęku przed lękiem doprowadziły do stworzenia trzech kwestionariuszy do badania jego części składowych: Body Sensations Questionnaire (BSQ; **proponowana nazwa wersji polskojęzycznej: Kwestionariusz Doznań Cielicznych – KDC**) służący do pomiaru intensywności reakcji lękowej w odpowiedzi na sygnały interoceptywne, Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ; **proponowana nazwa wersji polskojęzycznej: Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii – KMTA**) badający obecność automatycznych myśli o negatywnych – zdrowotnych i społecznych – konsekwencjach lęku i tych sygnałów [11] oraz Mobility Inventory (MI; **nazwa wersji polskojęzycznej: Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii – SZUTA**) służąca do pomiaru nasilenia zachowań unikowych [12, 13].

W niniejszym artykule przedstawimy wyniki badań przeprowadzonych przy użyciu KDC i KMTA w grupie pacjentów cierpiących na agorafobię i w grupie kontrolnej.

Analiza czynnikowa angielskiej wersji **Kwestionariusza Myśli Towarzyszących Agorafobii** na podstawie odpowiedzi udzielonych przez 88 pacjentów cierpiących na agorafobię wykazała istnienie dwóch – w niewielkim stopniu skorelowanych ($r = 0,26$) – czynników wyjaśniających 46,6% wariancji całkowitej [11]. W efekcie wyodrębniono dwie podskale: podskalę mierzącą obawy przed zdrowotnymi konsekwencjami lęku (obawy o zdrowie) i podskalę mierzącą obawy przed negatywnymi społecznymi i behawioralnymi konsekwencjami utraty kontroli (obawy o utratę kontroli). Współczynnik alfa Cronbacha dla pozycji wchodzących w skład pierwszej z podskal wyniósł 0,65, a dla drugiej z nich 0,76. Dwuczynnikowa struktura KMTA została potwierdzona w późniejszych badaniach [14-16]. Dotychczasowe badania wykazały zadowalającą rzetelność KMTA mierzoną metodą test-retest w odstępie czasowym nie większym niż 31 dni ($r_s = 0,75-0,86$).

W przypadku **Kwestionariusza Doznań Cieleśnych** analiza statystyczna odpowiedzi pacjentów z rozpoznaniem agorafobii ($N = 93$) oraz osób zdrowych psychicznie ($N = 12$) wykazała jego wysoką spójność wewnętrzną (alfa Cronbacha = 0,87) oraz umiarkowanie zadowalającą rzetelność ($r = 0,66$) badaną metodą test-retest (≤ 31 dni [11]). Powyższe dane dotyczące rzetelności KDC zostały potwierdzone w badaniach przeprowadzonych na populacji niemieckiej [15]. Ponadto badania potwierdziły wysoką trafność teoretyczną obu kwestionariuszy wykazując, że zarówno wynik ogólny KDC i KMTA, jak i wyniki obu podskal KMTA zadowalająco różnicują pacjentów cierpiących na agorafobię lub zespół napadów lękowych od osób kontrolnych [15, 16], a skuteczna psychoterapia powoduje znaczną redukcję wyników w obu kwestionariuszach [11, 15]. Badania pokazują też [11, 15], że oba kwestionariusze są wysoko skorelowane z wynikami innych skal badających cechy pacjentów cierpiących na agorafobię i/lub napady lękowe (np. Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii [12, 13], Fear Questionnaire [17]) oraz umiarkowanie skorelowane ze skalami mierzącymi lęk jako cechę (Inwentarz Stanu i Cechy Lęku [18, 19]), poziom depresyjności (Beck Depression Inventory [20]) i neurotyczność (Eysenck Personality Questionnaire [21, 22]).

Material

W badaniu wzięły udział 182 osoby, w tym 82 ambulatoryjnych i stacjonarnych pacjentów z rozpoznaniem agorafobii/agorafobii z napadami lękowymi oraz 100 osób tworzących grupę kontrolną, u których nie stwierdzono obecności zaburzeń psychicznych. Pacjenci byli diagnozowani przez doświadczonych klinicystów zgodnie z kryteriami DSM-IV [23]. Kwestionariusze były wypełniane przed rozpoczęciem psychoterapii. Grupy kontrolna i kliniczna nie różniły się ze względu na wiek i płeć ($t(180) < 2$, $p > 0,05$ dla obu wymienionych zmiennych).

Metoda

Celem badania było określenie struktury czynnikowej oraz trafności i rzetelności KDC i KMTA w polskiej populacji. Kwestionariusze zostały przetłumaczone, a tłuma-

czenia skonsultowane z autorką, D.L. Chambless [24] w ramach procedury tłumaczenia zwrotnego (back translation). Poza KDC i KMTA w badaniu zastosowano zestaw kwestionariuszy przedstawionych poniżej:

- Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii [12] służy do pomiaru intensywności tendencji do unikania 26/27 sytuacji na 5-stopniowej skali (nigdy nie unikam (1), zawsze unikam (5)). Dla każdej sytuacji dokonuje się dwukrotnej oceny nasilenia tendencji unikowych – w przypadku, gdy konfrontacja z nią odbywa się w samotności (podskala „Unikanie w samotności”) oraz w przypadku, gdy konfrontacja z nią odbywa się podczas przebywania w towarzystwie innych osób (podskala „Unikanie w towarzystwie”). W badaniu użyto polskojęzycznej wersji kwestionariusza, którą opracowali J.M. Michałowski i wsp. [13].
- Kwestionariusz Osobowości Eysencka (Eysenck Personality Questionnaire Revised – EPQ-R) [21] jest kwestionariuszem osobowości składającym się ze 100 pytań wymagających dokonania samooceny. Poszczególne pozycje testowe zostały przyporządkowane czterem podskalom: Neurotyzmu, Ekstrawersji, Psychotyzmu i Kłamstwa. Użyto polskiej wersji tego kwestionariusza w opracowaniu Brzozowskiego i Drwala [22].
- The Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) [25] to kwestionariusz samooceny służący do szacowania stopnia nasilenia 18 różnorodnych przejawów lęku przed lękiem i pobudzeniem. Obliczenia dokonuje się dla wyniku ogólnego i dla 3 podskal: lęku związanego z organizmem i zdrowiem, lęku związanego z procesami mentalnymi, lęku związanego z przebywaniem wśród ludzi. W badaniu zastosowano polską wersję kwestionariusza, którą opracowali J.M. Michałowski i wsp. [26].
- Skala Cechy Lęku Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory X2 – STAI-X2) [18, 19] służy do samooceny poziomu stałej dyspozycji do reagowania lękiem.
- Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) [20] służy do samooceny nasilenia symptomów depresji.

Wyniki

Struktura czynnikowa

Strukturę czynnikową KMTA analizowano na podstawie danych pochodzących z grupy pacjentów z rozpoznaniem agorafobii ($N = 82$). Eksploracyjna analiza czynnikowa wykazała istnienie 5 czynników o wartościach własnych większych niż 1. Dokładna ocena potwierdziła, że model dwuczynnikowy wskazany przez autorów oryginału [11] najlepiej odzwierciedla strukturę danych – dwa główne czynniki o wartościach własnych 4,07 i 2,42 wyjaśniały 46,4% wariancji, podczas gdy pozostałe odznaczały się wartościami własnymi $< 1,2$ i wyjaśniały maksymalnie około 8% wariancji. Ze względu na zakładane umiarkowane skorelowanie czynników, wartości ładunków czynnikowych dla poszczególnych pozycji testowych przeanalizowano po dokonaniu rotacji Promax (tabela 1 – *na następnej stronie*). Dwie pozycje testowe (nr 1 i 5) wykazały niskie korelacje z przyjętymi czynnikami ($\leq 0,40$). Aby sprawdzić trafność

modelu zakładającego istnienie dwóch skorelowanych czynników, przeprowadzono konfirmacyjną analizę czynnikową z zastosowaniem programu AMOS 18 z użyciem estymacji maksymalnego prawdopodobieństwa [27]. Analiza ta wykazała akceptowalne dopasowanie modelu dwuczynnikowego, w którym pierwszy czynnik zawiera pozycje odzwierciedlające obawy o utratę kontroli, tj. 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, a drugi pozycje opisujące obawy o zdrowie, tj. 2, 3, 4, 7, 10 ($\chi^2 = 71,9$, $df = 53$ ($p = 0,43$), $GFI = 0,875$, $AGFI = 0,816$, $RMSEA = 0,066$ ($p = 0,242$), $CFI = 0,937$). Dla wszystkich wymienionych pozycji standaryzowane współczynniki regresji były większe od 0,30.

Tabela 1. Struktura czynnikowa KMTA w grupie pacjentów z agorafobią (N = 82): macierz ładunków dla poszczególnych pozycji testowych, wartości właściwe i procent wyjaśnianej wariancji dla dwóch wyselekcjonowanych czynników

Pozycja testowa	Obawy o utratę kontroli	Obawy o zdrowie
Zaraz zwymiotuję	0,17	0,23
Zaraz stracę przytomność	- 0,01	0,63
Na pewno mam guza mózgu	0,02	0,78
Będę miał zawał	0,30	0,78
Zaraz zakrztuszę się na śmierć	0,40	0,39
Zaraz zacznę się głupio zachowywać	0,74	0,25
Tracę wzrok	0,19	0,54
Nie będę się w stanie kontrolować	0,84	0,04
Zrobię komuś krzywdę	0,41	0,15
Zaraz dostanę udaru	0,20	0,85
Tracę zmysły	0,71	0,16
Zaraz zacznę krzyczeć	0,66	0,08
Zaraz zacznę bełkotać albo mówić od rzeczy	0,78	0,06
Za moment sparaliżuje mnie strach	0,68	0,24
Wartość właściwa	4,07	2,42
Procent wyjaśnianej wariancji	29,1	17,3

Rzetelność

W przypadku KMTA analizy statystyczne potwierdziły jego wysoką spójność wewnętrzną badaną metodą alfa Cronbacha (α Cronbacha = 0,78 w grupie osób zdrowych (N = 100) oraz α Cronbacha = 0,80 w grupie pacjentów (N = 82) oraz rzetelność badaną metodą test-retest w odstępie czasowym 28 dni ($r = 0,88$ w grupie osób zdrowych (N = 46)). Moc dyskryminacyjna poszczególnych pozycji testowych KMTA – szacowana jako korelacja z wynikiem ogólnym – mieści się w zakresie od 0,33 do 0,66. Dane przedstawia tabela 2 – *na następnej stronie*.

Tabela 2. Średnia, odchylenie standardowe, moc dyskryminacyjna oraz wskaźnik stabilności czasowej dla każdej pozycji KMTA w grupie osób zdrowych oraz pacjentów z rozpoznaniem agorafobii

Pozycja testowa	Osoby zdrowe Moc dyskryminacyjna Test-retest				Pacjenci Moc dyskryminacyjna		
	M	SD	r	r	M	SD	r
Zaraz zwymiotuję	1,29	0,54	0,36**	0,56**	2,01	1,28	0,33**
Zaraz stracę przytomność	1,19	0,53	0,48**	0,88**	3,24	1,29	0,36**
Na pewno mam guza mózgu	1,18	0,54	0,55**	0,89**	1,68	1,01	0,42**
Będę miał zawał	1,26	0,57	0,43**	0,60**	2,71	1,53	0,64**
Zaraz zakrzuszę się na śmierć	1,14	0,40	0,38**	0,54**	1,84	1,20	0,50**
Zaraz zacznę się głupio zachowywać	1,57	0,86	0,54**	0,69**	3,05	1,45	0,66**
Tracę wzrok	1,11	0,43	0,57**	0,77**	1,73	1,01	0,42**
Nie będę się w stanie kontrolować	1,68	0,95	0,67**	0,48**	3,33	1,42	0,63**
Zrobię komuś krzywdę	1,66	0,93	0,49**	0,37*	1,60	1,05	0,40**
Zaraz dostanę udaru	1,14	0,45	0,33**	0,84**	2,00	1,32	0,58**
Tracę zmysły	1,18	0,62	0,60**	0,85**	2,73	1,36	0,62**
Zaraz zacznę krzyżeć.	1,68	0,98	0,54**	0,64**	2,16	1,30	0,55**
Zaraz zacznę bełkotać albo mówić od rzeczy	1,36	0,73	0,62**	0,53**	2,46	1,39	0,61**
Za moment sparaliżuje mnie strach	1,58	0,90	0,54**	0,47**	3,71	1,24	0,63**

** – istotne na poziomie $p < 0,001$

Również KDC cechuje wysoka spójność wewnętrzną (α Cronbacha = 0,94 w grupie osób zdrowych ($N = 100$) i α Cronbacha = 0,88 w grupie pacjentów ($N = 70$) oraz zadowalająca stabilność czasowa badana w grupie osób zdrowych ($r = 0,69$; test-retest 28 dni; $N = 46$). Poszczególne pozycje testowe cechowała wysoka moc dyskryminacyjna – od 0,48 do 0,80 (tabela 3).

Tabela 3. Średnia, odchylenie standardowe, moc dyskryminacyjna oraz wskaźnik stabilności czasowej dla każdej pozycji KDC w grupie osób zdrowych oraz pacjentów z rozpoznaniem agorafobii

Pozycja testowa	Osoby zdrowe Moc dyskryminacyjna Test-retest				Pacjenci Moc dyskryminacyjna		
	M	SD	r	r	M	SD	r
Kołatanie serca	2,00	0,95	0,66**	0,48**	3,64	1,18	0,56**
Ucisk lub uczucie ciężkości w klatce piersiowej	2,09	1,01	0,70**	0,53**	3,53	1,28	0,56**
Drętwienie rąk lub nóg	1,86	1,03	0,73**	0,51**	3,21	1,40	0,64**
Mrowienie w opuszkach palców	1,48	0,86	0,70**	0,34**	2,30	1,38	0,62**

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Drętwienie innych części ciała	1,77	0,96	0,72**	0,46**	2,97	1,38	0,54**
Niemожność „złapania tchu”	2,46	1,26	0,69**	0,43**	3,94	1,25	0,72**
Zawroty głowy	2,22	1,20	0,79**	0,56**	3,67	1,22	0,61**
Niewyraźny obraz	2,17	1,29	0,76**	0,62**	3,13	1,36	0,71**
Mdłości	1,74	1,04	0,75**	0,26*	2,53	1,33	0,56**
Nieprzyjemne „laskotanie” w żołądku	1,52	0,85	0,63**	0,44**	2,30	1,31	0,48**
Odczucie, że żołądek skręcił się w supeł	1,79	0,98	0,62**	0,45**	2,46	1,46	0,59**
Gula w gardle	1,76	1,00	0,70**	0,67**	2,86	1,33	0,69**
Nogi jak z waty	1,91	1,12	0,80**	0,47**	3,44	1,18	0,63**
Pocenie się	1,80	0,95	0,60**	0,56**	2,63	1,37	0,50**
Suchość w gardle	1,56	0,86	0,61**	0,47**	2,54	1,33	0,58**
Uczucie dezorientacji lub zagubienia	2,20	1,23	0,73**	0,61**	3,71	1,28	0,55**
Poczucie oderwania od własnego ciała	2,00	1,32	0,74**	0,62**	3,27	1,50	0,58**

** – istotne na poziomie $p < 0,001$

Tabela 4. Współczynniki korelacji r-Pearsona wyników KMTA i KDC z innymi narzędziami psychometrycznymi analizowane w grupie pacjentów z agorafobią

	KMTA n	ASI-3 n	SZUTA n	STAI X2 n	BDI n	EPQ-R-N n
KMTA		0,67** 81	0,36** 79	0,51** 70	0,49** 67	0,53** 61
KDC	0,62** 78	0,53** 77	0,41** 77	0,49** 66	0,44** 64	0,43** 61

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

KMTA – Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii; KDC – Kwestionariusz Doznań Cieleśnych; ASI-3 – The Anxiety Sensitivity Index-3; SZUTA – Skala Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii; STAI-X2 – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, Skala Cechy Lęku; BDI – Inwentarz Depresji Becka; EPQ-R-N – Kwestionariusz Osobowości Eysencka, Skala Neurotyczności; n – liczba osób badanych, dla których obliczono daną korelację

Trafność teoretyczna i trafność zewnętrzna

Badając trafność teoretyczną adaptowanych narzędzi, porównano wyniki uzyskane przez pacjentów z rozpoznaniem agorafobii z wynikami osób zdrowych za pomocą testu t-Studenta. Analiza przeprowadzona dla KMTA wykazała, że wyniki pacjentów ($M = 2,45$; $SD = 0,68$) różnią się istotnie od wyników osób zdrowych ($M = 1,36$; $SD = 0,35$; $t(180) = 13,95$, $p < 0,001$), co potwierdza trafność teoretyczną tego narzędzia. Analizy wykazały, że również w przypadku KDC pacjenci ($M = 3,05$; $SD = 0,80$) różnią się od osób zdrowych ($M = 1,90$; $SD = 0,75$) na poziomie istotnym statystycznie ($t(160, 229) = 9,85$; $p < 0,001$). Zgodnie z oczekiwaniami otrzymano ponadto dość silne korelacje pomiędzy KDC a KMTA ($r = 0,62$, $p < 0,001$ dla pacjentów oraz $r =$

0,49, $p < 0,001$ dla osób zdrowych), a także istotne statystycznie korelacje pomiędzy tymi skalami a wynikami pokrewnych narzędzi badawczych ($r = 0,26-0,51$ dla osób zdrowych oraz $r = 0,36-0,67$ dla pacjentów. Uzyskane wyniki prezentuje tabela 4.

Omówienie wyników

Celem badania była adaptacja i walidacja dwóch kwestionariuszy przeznaczonych do monitorowania lęku przed doznaniem cielesnymi oraz obaw typowych dla pacjentów z rozpoznaniem agorafobii. Oba adaptowane narzędzia miały odpowiednie właściwości psychometryczne.

Analizy czynnikowe Kwestionariusza Myśli Towarzyszących Agorafobii potwierdziły jego podobieństwo do oryginału, tj. model dwuczynnikowy najlepiej odzwierciedla strukturę danych, a rozkład ładunków poszczególnych pozycji testowych (z wyjątkiem pozycji 5) jest porównywalny z wersją oryginalną. W skład jednego czynnika wchodzi te pozycje testowe, które dotyczą obaw o utratę kontroli (6, 8, 9, 11–14). Drugi czynnik obejmuje te pozycje testowe, które odzwierciedlają obawy o negatywne zdrowotne konsekwencje lęku (2, 3, 4, 7, 10). Taka struktura czynnikowa pozwala wyodrębnić dwie podskale, które mogą być źródłem cennych informacji dotyczących nasilenia wyżej wymienionych typów obaw związanych z agorafobią.

Wskaźniki dopasowania oraz dane dotyczące trafności zewnętrznej wskazują na to, że KMTA cechuje wysoka zbieżność teoretyczna z wersją angielską. Ponadto KMTA charakteryzuje się wysoką zgodnością wewnętrzną testowaną przy zastosowaniu współczynnika α Cronbacha oraz dużą stabilnością w czasie (test-retest 28 dni). Wyniki dotyczące zgodności wewnętrznej i stabilności są porównywalne z oryginałem [11], jak również z wersją francusko- i niemieckojęzyczną [15-16].

Analizy rzetelności Kwestionariusza Doznań Cielesnych potwierdzają zadowalającą stabilność czasową (test-retest 28 dni) i dużą zgodność wewnętrzną. Zgodnie z oczekiwaniami kwestionariusz ten cechuje wysoki poziom trafności teoretycznej i trafności zewnętrznej. Wskazują na to zarówno istotne statystycznie różnice wyników pomiędzy pacjentami z rozpoznaniem agorafobii a osobami zdrowymi, jak i analizy korelacji pomiędzy KDC a innymi narzędziami mierzącymi natężenie lęku (STAI-X2, EPQ-R-N) oraz lęku przed lękiem (ASI-3, KMTA, SZUTA).

Wnioski

Przeprowadzone analizy wskazują, że Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii oraz Kwestionariusz Doznań Cielesnych spełniają podstawowe kryteria psychometryczne. Ich duża ekonomiczność, trafność treściowa i stabilność w czasie sprawiają, że mogą one znaleźć zastosowanie w badaniach oryginalnych i replikacyjnych. Oba narzędzia mogą wspomagać proces diagnostyczny oraz ocenę efektów terapeutycznych. Tym bardziej, że dzięki ich zastosowaniu można skutecznie odróżnić pacjentów z rozpoznaniem agorafobii zarówno od osób zdrowych, jak i od pacjentów cierpiących na inne zaburzenia lękowe [15, 16].

Польская адаптация и валидация Глоссария мыслей, сопутствующих агорафобии (ГМСА) и Глоссария телесных ощущений (ГТО)

Содержание

Задание. Заданием исследования была адаптация и валидация глоссарий, предназначенных для оценки фобии перед телесными ощущениями (Body Sensations Questionnaire BSQ), предложенная в этом случае польское название (Глоссарий телесных ощущений ГТО) и фобии для пациентов с диагнозом агорафобии (Agoraphobic Cognitions Questionnaire) предложено польское название Глоссария мыслей,сопутствующих агорафобии (ГМСА).

Метод. Исследование проведено у 82 пациентов с диагнозом агорафобии или же панического нарушения с агорафобией, диагностированных по критериям диагностики, содержащихся в ДСМ-IV. Кроме того, обследовано 100 человек в качестве контрольной группы без психических нарушений.

Результаты. Проведенные анализы указывают на факт, что адаптированные глоссарии исполняют основные психометрические критерии. Польские версии этих пособий характеризуются высокой достоверностью содержания, внутренней согласностью, а также стабильностью во времени. Кроме того, функциональная факторная структура польской версии ГМСА была схожей с оригинальной версией.

Выводы. Польские версии глоссарий – это экономическое и эффективное пособия для диагностики, служащие для оценки интенсивности фобии перед телесными ощущениями, а также утяжеления фобий, типичных для агорафобии. Пособия могут быть использованы в оригинальных исследованиях и репликациях, а также могут улучшать диагностический процесс и оценку терапевтических эффектов.

Ключевые слова: агорафобия, нарушения панического страха, страх перед страхом.

Polnische Adaptation und Validierung des Fragebogens zu Agoraphoben Gedanken (ACQ) und des Fragebogens zur Angst von körperlichen Symptomen (BSQ)

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Adaptation und Validierung der Fragebogen zur Einschätzung von Angst von körperlichen Symptomen (Body Sensations Questionnaire, BSQ); vorgeschlagener polnischer Name Kwestionariusz Doznań Cieleśnych [KDC], und Angst, die typisch für Patienten mit der diagnostizierten Agoraphobie ist (Agoraphobie Cognitions Questionnaire, ACQ); vorgeschlagener polnischer Name Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii [KMTA].

Method. An der Studie nahmen insgesamt 82 Patienten mit der Diagnose Agoraphobie oder Panikstörung mit Agoraphobie teil, die nach den diagnostischen Kriterien DSM-IV diagnostiziert wurden und auch 100 Probanden, bei denen keine psychische Störung nachgewiesen wurde.

Ergebnisse. Die durchgeführten Analysen weisen nach, dass die adaptierten Fragebogen die psychometrischen Grundkriterien erfüllen. Die polnischen Versionen von ACQ und BSQ charakterisiert eine hohe inhaltliche Validität, interne Kohärenz und Stabilität in der Zeit. Außerdem zeigt die Faktorenstruktur der polnischen Version von ACQ eine signifikante Ähnlichkeit mit der Originalversion.

Schlussfolgerungen. Die polnischen Versionen von ACQ und BSQ sind erfolgreiche und wirksame diagnostische Instrumente, die zur Messung der Intensität der Angst von körperlichen Symptomen und Intensität der für Agoraphobie typischen Symptome dienen. Sie können in den Originalstudien und Replikationsstudien eingesetzt werden und den diagnostischen Prozess und die Bewertung der therapeutischen Verfahren unterstützen.

Schlüsselwörter: Agoraphobie, Panikstörung, Angst vor Angst

**La version polonaise de (Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii-KMTA)
et la validation de the Agoraphobic Cognitions Questionnaire and the Body Sensation
Questionnaire (Kwestionariusz Doznań Cieleśnych – KDC)**

Résumé

Objectif. Adapter et valider les questionnaires : Body Sensations Questionnaire – BSQ, version polonaise proposée : Kwestionariusz Doznań Cieleśnych-KDC, Agoraphobic Cognitions Questionnaire – ACQ, version polonaise proposée : Kwestionariusz Myśli Towarzyszących Agorafobii-KMTA.

Méthode. On examine 82 patients avec l'agoraphobie ou le trouble panique avec l'agoraphobie, diagnostiqués d'après le DSM-IV et 100 personnes saines du groupe de contrôle.

Résultats. Les analyses indiquent que ces versions polonaises de ces questionnaires examinés respectent les critères psychométriques essentiels. Les versions polonaises d'ACQ et de BSQ ont la grande justesse du contenu, la grande consistance interne et la forte stabilité dans le temps. De plus la structure de la version polonaise d'ACQ ressemble fortement à celle originelle.

Conclusions. Les versions polonaises d'ACQ et de BSQ sont effectives et économiques, elles constituent les outils diagnostiques pour mesurer le niveau d'intensité d'anxiété envers les sensations corporelles et le niveau d'intensité d'agoraphobie. Elles peuvent être appliquées pour des recherches, aider le diagnostic et mesurer les effets thérapeutiques.

Mots clés. Agoraphobie, trouble panique, peur de l'anxiété

Piśmiennictwo

1. Clark DM. *A cognitive approach to panic*. Behav. Res. Ther. 1986; 24: 461–470.
2. Beck AT, Emery G. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books; 1985.
3. Barlow DH, Brown TA, Craske MG. *Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implications for research*. J. Abnorm. Psychol. 1994; 103: 553–564.
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*. Psychol. Rev. 1961; 68: 81–147.
6. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press; 1988.
7. LeDoux JE. *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster; 1996.
8. Öhman A, Flynt A, Lyndqvist D. *Unconscious emotion: Evolutionary perspectives, psychophysiological data, and neuropsychological mechanisms*. W: Lane R, Nadel L. red. *The cognitive neuroscience of emotion*. New York: Oxford University Press; 2000. s. 296–327.
9. Goldstein AJ, Chambless DL. *A reanalysis of agoraphobia*. Behav. Ther. 1978; 9: 47–59.
10. 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.
11. 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. Consult. Clin. Psychol. 1984; 52 (6): 1090–1097.
12. Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams C. *The Mobility Inventory for Agoraphobia*. Behav. Res. Ther. 1985; 23: 35–44.
13. Michałowski JM, Holas P, Wojdyło K, Gorlewski B. *Polska adaptacja i walidacja Skali Zachowań Unikowych Towarzyszących Agorafobii*. Psychiatr. Psychoter. 2012; 8 (3–4): 20–30.

14. Arrindell WA. *The fear of fear concept: evidence in favor of multidimensionality*. Behav. Res. Ther. 1993; 31: 501–518.
15. Ehlers A, Margraf J, Chambless DL. *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung, AKV*. Weinheim: Beltz Test; 1993.
16. Bouvard M, Cottraux J, Talbot F, Duhem S, Yao S, Arthus M, Note I, Cungi C. *Validation of the french translation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire*. Psychother. Psychosom. 1998; 67: 249–253.
17. Marks IM, Mathews M. *Brief Standard Self Rating for phobic patients*. Behav. Res. Ther. 1979; 17: 263–267.
18. Spielberger C, Gorsuch A, Lushene R. *The State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
19. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. Warszawa: PTP; 2002.
20. Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
21. Eysenck HJ, Eysenck SGB. *Eysenck Personality Questionnaire*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service; 1975.
22. Brzozowski P, Drwal RŁ. *Kwestionariusz Osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQ-R. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1995.
23. Wciórka J. red. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.
24. Chambless DL, Gracely EJ. *Fear of fear and the anxiety disorders*. Cogn. Ther. Res. 1989; 13: 9–20.
25. 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. Assess. 2007; 19 (2): 176–188.
26. Michałowski JM, Holas P, Zvolensky MZ. *Polish adaptation and validation of Anxiety Sensitivity Inventory - III (w przygotowaniu)*.
27. Arbuckle JL. *AMOS (Version 18.0)*. Chicago, IL: SPSS Inc.; 2009.

Adres: Jarosław M. Michałowski
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7
jmichalowski@psych.uw.edu.pl

Otrzymano: 24.08.2012
Zrecenzowano: 11.01.2013
Otrzymano po poprawie: 5.02.2013
Przyjęto do druku: 19.06.2013