

Pomiar zachowań problemowych u dorosłych – charakterystyka wersji Systemu Pomiaru Opartego na Empirii Achenbacha (ASEBA): Kwestionariusza Samoobserwacyjnego (ASR) i Kwestionariusza Obserwacyjnego (ABCL)

Assessment of adults problem behaviours – the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) adult forms: Adult Self-Report and Adult Behaviour Checklist

¹ Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. Kierownik: prof. dr hab. Czesław Czabała

² Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk

Correspondence to: Dr Ewa Zasepa, Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa, tel.: 22 589 36 00, e-mail: zasepa@aps.edu.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

System Pomiaru Opartego na Empirii opracowany przez Thomasa Achenbacha to zbiór zbudowanych na tej samej zasadzie narzędzi pomiaru funkcjonowania przystosowawczego i nieprzystosowawczego osoby. Koncepcją teoretyczną służącą jako podstawa do budowy tych narzędzi jest paradygmat pomiaru i taksonomii oparty na empirii (innymi słowy podejście to określa się jako „z dołu do góry”). Istniejące wersje narzędzi tego systemu służą do pomiaru funkcjonowania osób od 1,5 roku życia do ponad 90 lat. W artykule przedstawiono charakterystykę kwestionariuszy dla osób dorosłych w wieku 18-59 lat, tj. wersję samoobserwacyjną, czyli Kwestionariusz Samoobserwacyjny (ASR), i wersję obserwacyjną, czyli Kwestionariusz Obserwacyjny (ABCL). Kwestionariusze te służą do pomiaru funkcjonowania adaptacyjnego i zachowań problemowych natury internalizacyjnej oraz eksternalizacyjnej. Wyróżnione zagadnienia tworzą 8 skal zachowań problemowych: Lęk/Depresja, Wycofywanie się, Skargi Somatyczne, Zaburzenia Myślenia, Zaburzenia Uwagi, Zachowania Agresywne, Łamanie Norm, Natręctwa. Zostały one opublikowane wraz z podręcznikiem w 2003 roku. W niniejszej pracy przedstawiono założenia, sposoby konstrukcji i budowę tych kwestionariuszy oraz wyniki prac dotyczące oceny właściwości psychometrycznych oryginalnych ich wersji, czyli dane odnoszące się do określenia rzetelności (zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej) oraz trafności (treściowej, teoretycznej i diagnostycznej). Dane te wskazują na to, że dwie wersje systemu ASEBA dla dorosłych spełniają wymogi psychometryczne w zastosowaniu do pomiaru zachowań adaptacyjnych i zachowań problemowych.

Słowa kluczowe: pomiar, taksonomia, zachowania problemowe, System Pomiaru Opartego na Empirii Achenbacha, dorośli, kwestionariusze

Summary

Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) comprises family forms which are constructed according to the same basic idea and designed for assessing adaptive functioning and maladaptive functioning. All ASEBA forms have been constructed on the empirically based approach to taxonomy and assessment of adaptive functioning and problem behaviours. This approach is called in other words the “bottom-up”. The ASEBA includes forms for assessing adaptive and maladaptive behaviour for ages 1.5 to 90+ years. This article characterises the forms for adult persons: Adults Self-Report (ASR) and Adult Behaviour Checklist (ABCL). The questionnaires are designed for assessing adaptive behaviour and internalising problems and externalising problems. The eight empirically based scales are as follows: Anxiety/Depression, Withdrawal, Somatic Complaints, Thought Problems, Attention Problems, Aggressive Behaviour, Rule Breaking Behaviour, Obsession-Compulsion. In 2003 the ASR and ABCL and the manual for them were published. This paper presents theoretical aspects of these forms, their structure and psychometric evaluation. The data are presented which refer to establishment of the reliability (internal consistency and test-retest reliability) and the validity (content validity, criterion-related validity and construct validity) of these two forms of ASEBA for adults. The conclusion is as follows: the Adult Self-Report and the Adult Behaviour Checklist appeared to be a reliable and valid measure to assess psychopathology in 18-59 aged persons.

Key words: assessment, taxonomy, problem behaviours, Achenbach System of Empirically Based Assessment, adults, questionnaires

WPROWADZENIE

Narzędzia opracowane przez Achenbacha i Edelbrocka oraz ich współpracowników z Uniwersytetu w Vermont w Burlington w Stanach Zjednoczonych służą do wszechstronnej oceny zachowań przystosowawczych i nieprzystosowawczych osób w różnym wieku. System Pomiaru Opartego na Empirii Achenbacha (Achenbach System of Empirically Based Assessment, ASEBA) obecnie zawiera wersje narzędzi diagnostycznych służących do badania osób od 1,5 roku do ponad 90 lat. Wyróżniamy opracowane dla:

1. dzieci w wieku od 1,5 roku do 5 lat (Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5, CBCL/1,5-5; Caregiver-Teacher Report Form, C-TRF);
2. dzieci w wieku szkolnym i młodzieży, czyli od 6 do 18 lat (Child Behavior Checklist for Ages 6-18, CBCL/6-18; Teacher's Report Form, TRF/6-18; Youth Self-Report, YSR/11-18);
3. dorosłych w wieku od 18 do 59 lat (Adult Behavior Checklist, ABCL/18-59; Adult Self-Report, ASR/18-59);
4. dla starszych dorosłych, czyli w wieku od 60 do powyżej 90 lat (Older Adult Behavior Checklist, OABCL/60-90+; Older Adult Self-Report, OASR/60-90+)⁽¹⁾.

Początkowo istniały formy samoobserwacyjne i obserwacyjne, wykorzystywane do badania dzieci i młodzieży od lat 80. XX wieku. W 1997 roku opublikowano zestaw narzędzi diagnostycznych dla młodych dorosłych (od 18 do 30 lat). Zestaw ten składał się z dwóch kwestionariuszy: samoobserwacyjnego – Young Adult Self-Report (YASR) i obserwacyjnego – Young Adult Behavior Checklist (YABCL). W 2003 roku zmodyfikowano je. Wiek osób, dla których mogą być stosowane, uległ poszerzeniu. Obecnie właściwości psychometryczne oraz normy opracowane są dla osób od 18 do 59 lat. Nowo powstałe wersje uzupełniono o dodatkowe pozycje dotyczące zachowań problemowych (23 w wersji samoobserwacyjnej i 31 w obserwacyjnej), z kolei odrzucono te, które słabo różnicowały badane osoby. W nowej wersji ponadto wyodrębniono skale ocenione jako zgodne z diagnostycznymi kryteriami zawartymi w klasyfikacji DSM, tzw. skale oparte na DSM (*DSM-oriented scale*). Wyróżniono także Pozycje Krytyczne (Critical Items), czyli zachowania będące bardzo czułymi wskaźnikami zaburzeń zdrowia psychicznego, oraz skalę obejmującą Zachowania Pożądane Społecznie (Socially Desirable Items). Normalizację i ocenę właściwości psychometrycznych nowo powstałych wersji narzędzi ASEBA opracowano na podstawie większej próby badawczej. Wersje z 2003 roku noszą nazwy: Adult Self-Report (ASR) – wersja samoobserwacyjna i Adult Behavior Checklist (ABCL) – wersja obserwacyjna.

Poniżej przedstawiamy charakterystykę ASR i ABCL – założenia, sposoby konstrukcji i budowę kwestionariuszy oraz wyniki prac dotyczące oceny ich właściwości psychometrycznych.

CHARAKTERYSTYKA KWESTIONARIUSZA SAMOBSERWACYJNEGO (ASR) I KWESTIONARIUSZA OBSERWACYJNEGO (ABCL)

Kwestionariusze skonstruowane dla osób dorosłych w wieku 18-59 lat służą, podobnie jak inne narzędzia opracowane przez Achenbacha, do oceny adaptacyjnego funkcjonowania oraz zaburzeń w zachowaniu, czyli zachowań problemowych. Zachowanie osoby jest oceniane z wielu perspektyw: samego badanego (kwestionariusze samoobserwacyjne) oraz osób, które dobrze go znają, czyli np. współmałżonka, rodzica, dorosłego dziecka, przyjaciela, terapeuty (kwestionariusze obserwacyjne). Uwzględnienie różnych punktów widzenia w procesie diagnostycznym jest ważne z wielu względów. Jak piszą Wolańczyk i Bryńska⁽²⁾, w kwestii narzędzi z rodziny Child Behavior Checklist ważne jest stwierdzenie, czy dane objawy występują w jednej czy w kilku sytuacjach. Osoby oceniające mogą się różnić poziomem tolerancji dla zachowań dziecka. Każda z nich może zwrócić uwagę na pewne istotne szczegóły dotyczące funkcjonowania badanego. Na ocenę zachowania dziecka może mieć istotny wpływ rodzaj interakcji dziecko – badający. Jak wynika z wielu prac^(por. 3), korelacja między ocenami funkcjonowania dziecka przez różnych informatorów jest najczęściej niewielka. Te same zasady obowiązują również wtedy, gdy rozpatrujemy pomiar zachowania u osób dorosłych.

Kwestionariusz Samoobserwacyjny (ASR) i Kwestionariusz Obserwacyjny (ABCL) składają się z 4 stron formatu A4. Na pierwszej i drugiej stronie znajdują się pytania o dane demograficzne (imię i nazwisko, płeć, wiek osoby, data urodzenia, data badania, wykształcenie, wykonywany zawód, zawód współmałżonka/partnera), służące między innymi do określenia statusu socjoekonomicznego osoby badanej. W wersji ABCL oceniający funkcjonowanie badanego wpisuje rodzaj łączących ich relacji. Ponadto na tych stronach zawarte są pozycje dotyczące zachowania adaptacyjnego. W ASR poziom zachowania adaptacyjnego charakteryzowany jest w 5 częściach: Przyjaźnie, Współmałżonek/Partner, Rodzina, Praca i Edukacja, a oprócz tego wyróżniamy jeszcze 3 części, które analizuje się w sposób jakościowy. Szósta część zawiera pytanie o doświadczane przez osobę badaną choroby lub niepełnosprawności, siódma dotyczy trosk związanych z rodziną, szkołą, edukacją lub innymi dziedzinami życia, zaś w ósmej badany wymienia swoje zalety oraz pozytywy na swój temat. W ABCL 2 części (Przyjaźnie oraz Współmałżonek/Partner) określają zachowanie adaptacyjne osoby, której dotyczy kwestionariusz. Ponadto istnieją 3 części analizowane w sposób jakościowy, tzn. w trzeciej części należy podać i opisać choroby lub niepełnosprawności, na które badany cierpi, w czwartej – rodzaje trosk i problemów, których doświadcza, zaś w ostatniej osoba wypełniająca kwestionariusz wymienia zalety osoby opisywanej⁽⁴⁾.

Na stronach 3 i 4 kwestionariuszy znajdują się pozycje (126 itemów zarówno w wersji ASR, jak i w ABCL) dotyczące problemów behawioralnych, emocjonalnych i społecznych osoby, której dotyczy kwestionariusz, a także itemy określające Zachowania Pożądane Społecznie, czyli powszechnie

aprobowane jako zgodne z wartościami mającymi na względzie dobro ogólnospołeczne. Do poszczególnych pozycji osoba wypełniająca kwestionariusz ustosunkowuje się na 3-stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „nieprawdziwe (o ile wiadomo)”, 1 – „czasami lub częściowo prawdziwe”, a 2 – „całkowicie lub zazwyczaj prawdziwe”. Charakteryzuje się funkcjonowanie osoby badanej, biorąc pod uwagę okres ostatnich 6 miesięcy. Pewne pozycje wymagają od osoby wypełniającej kwestionariusz udzielenia jakościowej odpowiedzi, czyli dokładnego opisu występującego problemu. Badanie zarówno wersją ASR, jak i ABCL trwa 15-20 minut (wyjątkiem mogą być przypadki badania osób, które nie mogą lub nie potrafią samodzielnie dobrze przeczytać lub zapisać odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza – w tych sytuacjach to badający odczytuje i zapisuje podawane odpowiedzi).

Wypełniony kwestionariusz służy jako podstawa do wykreślenia (ręcznego lub przy pomocy programu komputerowego) profilu funkcjonowania adaptacyjnego i profili kategorii zachowań problemowych. Uzyskane w poszczególnych skalach zachowania adaptacyjnego punkty surowe są zamieniane na wyniki przeliczone – współczynniki T, następnie współczynniki te dodaje się i dzieli przez ilość skal. Uzyskany w ten sposób uśredniony wynik porównuje się z normami (wyrażonymi również na skali punktów T), określając średni poziom zachowania adaptacyjnego (Mean Adaptive score). Określenie poziomu zachowania adaptacyjnego, zarówno wyniku ogólnego, jak i w poszczególnych kategoriach, jest istotne, aby lepiej poznać sytuację życiową badanego, rodzaje doświadczanych trudności, a także spróbować określić zależności przyczynowo-skutkowe między jego funkcjonowaniem w różnych dziedzinach życia a nasileniem zachowań problemowych mierzonych również w przywoływanych wersjach kwestionariusza.

Itemy dotyczące zachowań problemowych osoby badanej dają podstawę do wyróżnienia odpowiednich skal. Przy zastosowaniu złożonych procedur analizy czynnikowej (tj. eksploracyjnej analizy czynnikowej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej) wyodrębniono układy problemów, które mają tendencje do współwystępowania. Układy te określono jako syndromy. Są one mierzone 8 skalami zachowań problemowych: I. Lęk/Depresja (Anxious/Depressed), II. Wycofywanie się (Withdrawn), III. Skargi Somatyczne (Somatic Complaints), IV. Zaburzenia Myślenia (Thought Problems), V. Zaburzenia Uwagi (Attention Problems), VI. Zachowania Agresywne (Aggressive Behavior), VII. Zachowania Łamiące Normy (Rule-Breaking Behavior), VIII. Natręctwa (Intrusive). Trzy pierwsze syndromy tworzą szerszą grupę Zachowań Problemowych Internalizacyjnych (Internalizing), czyli takich, które powodują głównie subiektywne cierpienie osoby, są doświadczane „wewnątrz siebie”, innymi słowy są związane z nadmierną kontrolą siebie lub przyhamowaniem⁽⁴⁾. Trzy ostatnie syndromy to Zachowania Problemowe Eksternalizacyjne (Externalizing), czyli związane z konfliktami z otoczeniem, łamaniem norm społecznych, nieuszanowaniem innych i ich praw, czyli z brakiem kontroli, rozhamowaniem⁽⁴⁾.

Dziewiętnaście itemów zostało ocenionych przez 62% wybranych z 10 kultur ekspertów (psychiatrów i psychologów)

jako szczególnie zgodne z kryteriami diagnostycznymi zawartymi w klasyfikacji DSM-IV. Te czule wskaźniki zaburzeń zdrowia psychicznego tworzą odrębną skalę Pozycji Krytycznych (Critical Items). Trzy pytania dotyczą częstości palenia papierosów, spożywania alkoholu i zażywania narkotyków. Tworzą one 3 odrębne skale: Papierosy (Tobacco), Alkohol (Alcohol), Narkotyki (Drugs), których wyniki surowe wyrażone są na skali punktów przeliczonych T. Te z kolei są sumowane i uśrednione, dając średni wynik Używania Substancji Psychoaktywnych (Mean Substance Use). Dwadzieścia jeden itemów tworzy skalę Inne Problemy (Other Problems Scale). Jedenaście pozycji określa Zachowania Pożądane Społecznie (Socially Desirable Items). Wynik ogólny, czyli ogólny poziom Zachowań Problemowych (Total Problems Score), to suma Zachowań Problemowych Internalizacyjnych, Zachowań Problemowych Eksternalizacyjnych, Zaburzeń Myślenia, Zaburzeń Uwagi, Innych Problemów, Używania Substancji Psychoaktywnych.

Pewnym kompromisem dla dwóch podejść: paradygmatu DSM („z góry do dołu”) i paradygmatu opartego na empirii („z dołu do góry”) jest opracowanie skal opartych na DSM z itemów systemu ASEBA. Dwudziestu jeden ekspertów (psychiatrów i psychologów) z 10 kultur szacowało zgodność pozycji zawartych w ASR i ABCL z znajdującymi się w DSM-IV kryteriami diagnostycznymi takich zaburzeń, jak: zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zaburzenie ADHD, zaburzenia osobowości unikowej, zaburzenie osobowości antyspołecznej, grupa obsesyjno-kompulsyjnych zaburzeń (obejmująca zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne i zaburzenie osobowości kompulsyjno-obsesyjnej), zaburzenie osobowości schizotypalnej, zaburzenia somatyzacyjne. Do skal opartych na DSM włączono te z pozycji kwestionariuszy systemu ASEBA, które były ocenione przez co najmniej 62% ekspertów (czyli 13) jako zgodne z kryteriami przedstawionych zaburzeń zdrowia psychicznego. Wyróżniono 6 skal opartych na DSM: 1. Problemy Depresyjne (Depressive Problems), 2. Problemy Lękowe (Anxiety Problems), 3. Problemy Somatyczne (Somatic Problems), 4. Problemy Osobowości Unikowej (Avoidant Personality Problems), 5. Problemy Deficytu Uwagi/Hiperaktywności (Attention Deficit/Hyperactivity Problems), 6. Problemy Osobowości Antyspołecznej (Antisocial Personality Problems). Wysokie wyniki uzyskane przez osobę w tych skalach powinny skłaniać do obserwacji w kierunku określonej diagnozy, nie powinny być jednak rozpatrywane jako równoważniki diagnozy określonego zaburzenia. Kryteria DSM-IV są bowiem o wiele szersze, wymagają więcej informacji, np. o początku objawów, ich czasie trwania, sytuacji, w których się ujawniają, wpływu na funkcjonowanie⁽⁴⁻⁶⁾.

Opracowane są normy (współczynniki T – *T scores*) dla skal zachowania adaptacyjnego, skal zachowań problemowych, skal opartych na DSM, uwzględniające płeć i wiek osób (oddzielnie opracowano normy dla przedziałów wieku: 18-35 i 36-59 lat). Opracowane normy służą do określenia, które wyniki są w normie (prawidłowe), które graniczne, a które klinicznie istotne (sugerujące określoną hipotezę dotyczącą występowania zaburzeń zdrowia psychicznego).

WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE ORYGINALNYCH WERSJI KWESTIONARIUSZY ASR I ABCL

Kwestionariusze systemu ASEBA przeznaczone do badania osób dorosłych zostały opracowane pod względem psychometrycznym. Oszacowano ich wskaźniki rzetelności i trafności⁽⁴⁾.

RZETELNOŚĆ ASR I ABCL

Rzetelność, czyli dokładność pomiaru, oceniano na dwa sposoby. Oszacowano zgodność wewnętrzną (*internal consistency*) przy zastosowaniu współczynnika α Cronbacha oraz stabilność bezwzględną (*test-retest reliability*).

Zgodność wewnętrzną łączy się z określeniem spójności wewnętrznej narzędzia, mówi nam więc o jego strukturze. Obliczono współczynniki zgodności wewnętrznej α Cronbacha dla ASR i dla ABCL. Współczynniki te dla skal zachowania adaptacyjnego ASR wahają się od 0,51 (Edukacja) do 0,78 (Przyjaźnie). Tylko jedna skala Zachowań Problemowych, tj. Zaburzenia Myślenia, charakteryzuje się współczynnikiem zgodności wewnętrznej poniżej wartości 0,7 ($\alpha=0,51$), pozostałe są powyżej tej wartości. Współczynnik α Cronbacha dla wyniku ogólnego Zachowań Problemowych wynosi 0,97, dla Zachowań Internalizacyjnych – 0,93, a dla Zachowań Eksternalizacyjnych – 0,89. Współczynnik zgodności wewnętrznej dla jednej skali opartej na DSM, tj. Problemy Lękowe, jest mniejszy niż 0,7 ($\alpha=0,68$), pozostałe są powyżej tej wartości.

Oszacowano współczynniki zgodności wewnętrznej dla ABCL. Skala zachowania adaptacyjnego Przyjaźnie charakteryzuje się współczynnikiem 0,67, zaś skala Współmałżonek/Partner – współczynnikiem 0,76. Wszystkie skale zachowań problemowych, jak również skale oparte na DSM mają współczynniki zgodności wewnętrznej α Cronbacha powyżej wartości 0,7. Dla ogólnej liczby Zachowań Problemowych współczynnik ten wynosi 0,97, dla Zachowań Internalizacyjnych – 0,92, dla Zachowań Eksternalizacyjnych – 0,93.

Obliczono stabilność bezwzględną ASR ($n=51$) oraz ABCL ($n=54$), szacując współczynniki korelacji r -Pearsona między wynikami dwukrotnego pomiaru przeprowadzonego w odstępie 7 dni. Uzyskane współczynniki zarówno dla skal zachowania adaptacyjnego, dla skal zachowań problemowych, jak i dla skal opartych na DSM obu wersji są istotne i wysokie – powyżej wartości 0,7. W ASR współczynnik stabilności dla wyniku ogólnego Zachowań Problemowych wynosi 0,94, dla Zachowań Internalizacyjnych – 0,89, a dla Zachowań Eksternalizacyjnych – 0,94. W ABCL współczynnik stabilności dla wyniku ogólnego Zachowań Problemowych wynosi 0,92, dla Zachowań Internalizacyjnych – 0,80, a dla Zachowań Eksternalizacyjnych – 0,92.

TRAFNOŚĆ ASR I ABCL

Trafność narzędzia badawczego mówi nam o tym, w jakim stopniu mierzy ono zmienną, którą z założenia ma zmierzyć. Istnieje wiele rodzajów trafności. W zależności od celów, do których przeznaczone jest narzędzie, wykorzystuje się inne informacje.

Określono wiele rodzajów trafności 2 wersji systemu ASEBA dla osób dorosłych. Uznano mianowicie, iż ASR oraz ABCL charakteryzują się, podobnie jak inne wersje systemu ASEBA, trafnością treściową (*content validity*). Proces wyodrębniania pozycji określających problemy, jakich doświadczają może człowiek, trwał wiele lat. Pierwsze prace poświęcone tym zagadnieniom Achenbach przedstawił w latach 60. XX wieku⁽⁴⁾. Postępowanie metodologiczne polegało na selekcji pozycji na podstawie przeglądu literatury przedmiotu, obserwacji klinicznej, konsultacji z ekspertami, prowadzenia badań pilotażowych. Wybrane pozycje zachowań problemowych ocenione w wyniku tych procedur jako najbardziej trafne weszły w skład systemu ASEBA. Na trafność kryterialną diagnostyczną (*criterion oriented validity – concurrent validity*) narzędzi systemu ASEBA opracowanych dla osób dorosłych wskazuje istotne zróżnicowanie przy ich pomocy osób wykazujących problemy zdrowia psychicznego i będących pacjentami 17 ośrodków zdrowia psychicznego i poradni uzależnień (*referred samples*) oraz osób niemających takich problemów (*nonreferred samples*). Analiza dyskryminacyjna wykazała, iż przy pomocy kwestionariusza ASR można poprawnie zaklasyfikować w 87% osoby do każdej z wymienionych grup, zaś przy pomocy kwestionariusza ABCL – w 65%.

Określano także na wiele sposobów i w różnych kulturach (np. badania amerykańskie, tureckie, duńskie) trafność konstrukcyjną (*construct validity*) 2 wersji narzędzi pomiaru zachowań problemowych osób dorosłych. Dokonano oszacowań korelacyjnych między wersjami narzędzi systemu ASEBA dla osób dorosłych a innymi technikami służącymi do pomiaru objawów psychopatologicznych: The Symptom Checklist-90-Revised Derogatisa (SCL-90-R), Skalą Depresji Becka (Beck Depression Inventory), Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga (General Health Questionnaire), Skalą MMPI. Uzyskano wiele istotnych korelacji zgodnych z założeniami klinicznymi. Ponadto wiele badań podłużnych potwierdza korelację między wynikami uzyskanymi przez osoby w wersjach dziecięcych i młodzieżowych a wynikami osiągniętymi przez nie po wielu latach w wersjach dla osób dorosłych. Stwierdza się też zależności między wynikami uzyskanymi w wersjach systemu ASEBA a diagnozami klinicznymi pokonanymi na podstawie klasyfikacji DSM.

PODSUMOWANIE

Różne formy narzędzi wchodzące w skład Systemu Pomiaru Opartego na Empirii Achenbacha (Achenbach System of Empirically Based Assessment, ASEBA) służą do pomiaru funkcjonowania przystosowawczego i nieprzystosowawczego osoby. Wszystkie bazują na tej samej koncepcji, mianowicie na podejściu do pomiaru i taksonomii opartych na empirii.

Obecnie istniejące wersje narzędzi diagnostycznych systemu ASEBA są opracowane dla osób od 1,5 roku do ponad 90 lat. W 2003 roku zostały opracowane 2 paralelne wersje dla osób dorosłych w wieku 18-59 lat. Wersje te noszą nazwy Adult Self-Report (ASR) – wersja samoobserwacyjna i Adult Behavior Checklist (ABCL) – wersja obserwacyjna. Mierzą one zachowania problemowe skupione w 8 skalach, tworzących 2 rodzaje

syndromów drugorzędowych: Zachowania Internalizacyjne i Zachowania Eksternalizacyjne. Ponadto wyróżnione zostały skale oparte na DSM, czyli skale ocenione przez ekspertów jako zgodne z diagnostycznymi kryteriami zawartymi w klasyfikacji DSM. Wyróżniono też skalę Pozycji Krytycznych oraz skalę obejmującą Zachowania Pożądane Społecznie.

Dokonano normalizacji oraz oceny właściwości psychometrycznych powstałych wersji narzędzi ASEBA dla osób dorosłych. Wykazano, iż Kwestionariusz Samoobserwacyjny (Adult Self-Report) oraz Kwestionariusz Obserwacyjny (Adult Behavior Checklist) w sposób rzetelny i trafny mierzą zachowania adaptacyjne i zachowania problemowe osób w wieku 18-59 lat.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Achenbach T.M.: The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Finding, Theory, and Applications. University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families, Burlington, VT 2009.
2. Wolańczyk T., Bryńska A.: Oglądając z trzech stron – narzędzia z rodziny Child Behavior Checklist jako metoda oceny stanu psychicznego młodzieży. W: Izdebski Z. (red.): Zagrożenia okresu dorastania. Oficyna Wyd. Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2008: 255-266.
3. Achenbach T.M., Krukowski R.A., Dumenci L., Ivanova M.Y.: Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. Psychol. Bull. 2005; 131: 361-382.
4. Achenbach T.M., Rescorla L.A.: Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, Burlington, VT 2003.
5. Achenbach T.M., Dumenci L., Rescorla L.A.: Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the Adult Self-Report (ASR) and Adult Behaviour Checklist (ABCL). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth&Families. Adres: www.ASEBA.org, 2003.
6. Achenbach T.M., Dumenci L., Rescorla L.A.: DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2003; 32: 328-340.

Szanowni Prenumeratorzy

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów prenumerata czasopisma „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 5 punktów edukacyjnych do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest dowód opłacenia prenumeraty lub zaświadczenie wydane przez Wydawcę.