

Kwestionariusz Becka dla Dzieci do oceny zaburzeń emocjonalnych i społecznych – polska adaptacja i walidacja kwestionariusza Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment

Polish adaptation and validation of Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment

Krystyna A. Mathiak^{1,2}, Katarzyna Karzel², Marcin Ocypa³,
Agnieszka Seget², Klaus Mathiak⁴, Paweł Ostaszewski⁵

¹ Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet w Aachen, Niemcy

Kierownik: dr med. B. Herpertz-Dahlmann

² Wydział Psychologii UW

Kierownik: prof. dr hab. J. Grzelak

³ Wydział Chemii UW

Kierownik: prof. dr hab. G. Chałasiński

⁴ Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Uniwersytet w Aachen, Niemcy

Kierownik: dr med. dr. rer. soc. F. Schneider

⁵ Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. W. Pisula

Summary

Psychiatric disorders are common among children and adolescents, affecting about 15–22% of this population. In order to fully develop emotional and cognitive skills, those children require professional care at early stages of the illness. Inventories addressing the broad range of emotional and social impairments, with high reliability and validity, can be of great help in early diagnostics. Self-report scales were proven valuable diagnostic tools even for young children.

The Beck Youth Inventories (BYI) are five self-report measures for children between the ages of 7 and 14. They assess a child's experience of self-concept, depression, anxiety, anger and disruptive behaviour. BYI were created in response to epidemiological studies demonstrating significant prevalence of psychiatric disorders in children as well as the U.S. governmental report suggesting a high value of a brief questionnaires for early diagnostics of those disorders.

To our knowledge, there existed no Polish self-report scale for children examining a broad range of psychiatric disturbances. The aim of the study was to create a Polish version of BYI and to examine its psychometric properties. Using a culturally-adapted Polish translation, we examined 197 students of three primary schools in Warsaw. The scales had high reliability

(Cronbach's alpha from 0.87 to 0.93). The validity was confirmed by intercorrelations between scales. In addition, boys scored higher on the Anger and Disruptive behaviour scales and young children on the Self-concept scale.

Polish self-report inventories for children, examining emotional and social impairments have been created. Very high reliability and good validity of each scale qualify them as trustworthy tools both in scientific research and in individual diagnostics.

Słowa klucze: emocje, dzieci, skala samoopisu

Key words: emotions, children, self-report measure

Wprowadzenie

Choroby psychiczne wśród dzieci i młodzieży stanowią poważny problem społeczny, dotykając od 15 do 22% tej populacji [1–3]. Do najczęstszych zaburzeń należą: lęk (6,5%), zaburzenia zachowania (3,3%), zaburzenia uwagi (3,3%) oraz zaburzenia depresyjne (2,1%) [2]. Warunkiem prawidłowego rozwoju funkcji emocjonalnych i poznawczych u dzieci dotkniętych wymienionymi chorobami jest wczesne udzielenie fachowej pomocy [3, 4]. Niestety, w wielu przypadkach chorzy nie są kierowani do specjalistów [3, 5]. Świadczy to o konieczności wyczulenia osób pracujących z dziećmi na wczesne rozpoznawanie symptomów zaburzeń psychicznych. Nieocenioną pomocą we wczesnej diagnostyce są kwestionariusze o wysokiej trafności i rzetelności, obejmujące szerokie spektrum zaburzeń emocji i kompetencji społecznych [6].

Badając funkcjonowanie psychospołeczne dzieci, zwłaszcza w młodszym wieku, często stosuje się wyłącznie kwestionariusze przeznaczone dla rodziców lub nauczycieli [1], badania wykazują jednak, że istnieją rozbieżności pomiędzy wynikami kwestionariuszy wypełnianych samodzielnie przez dzieci oraz przez ich opiekunów [5]. Zwolennicy skal przeznaczonych dla rodziców argumentują, że dzieci i młodzież mają tendencje do lekceważenia swoich objawów; dotyczy to zwłaszcza zachowań eksternalizacyjnych, takich jak zachowania agresywne i antyspołeczne [7]. Liczne badania wskazują jednak na wysoką wartość skal samoopisu nawet u młodszych dzieci, dostarczających unikalnych informacji na temat swego funkcjonowania [8–10].

Wiele czynników, takich jak choroba psychiczna dziecka lub złość na nie, może wpływać na opinię rodziców o ich dzieciach [11]. Czasem też rodzice nie zauważają u swoich dzieci przejawów nawet poważnych zaburzeń funkcjonowania, co szczególnie często dotyczy objawów depresji [12]. Beitchman i Corradini [13] argumentują, że informacji uzyskiwanych od rodziców nie można traktować wymiennie z raportem dzieci. Liczne badania wykazują, że niewielka jest zgodność ocen poszczególnych zachowań dziecka, badanych za pomocą zbliżonych narzędzi, przez różne osoby – parę rodzicielską, nauczyciela i samo dziecko [za: 14]. Crowley i wsp. [15] oraz Jensen i wsp. [16] konkludują, że najlepszą metodą jest uzyskanie oceny z wielu perspektyw, włączając w to perspektywę samego dziecka. Mimo zgodności badaczy co do potrzeby uwzględniania perspektywy dziecka, o ile nam wiadomo do tej pory nie było polskojęzycznych skal samoopisu przeznaczonych dla dzieci w młodszym wieku szkolnym, pozwalających na zbadanie szerokiego zakresu zaburzeń psychicznych.

The Beck Youth Inventories™ of Emotional and Social Impairment (BYI; Copyright © 2001 by The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company)

jest zestawem skal samoopisu przeznaczonym dla dzieci w 7–14 roku życia. Został stworzony w odpowiedzi na wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w USA w 1996 roku, które wykazały znaczną częstość występowania chorób psychicznych wśród dzieci [za: 17]. Ponadto, w raporcie Departamentu Zdrowia USA z 1999, wykazano brak specjalistów potrafiących ocenić występujące u dzieci problemy psychiczne i zasugerowano, że krótki kwestionariusz stosowany przez lekarza pierwszego kontaktu mógłby pomóc w rozpoznawaniu, które dzieci wymagają skierowania do specjalisty. Autorzy kierowali się też wynikami badań wskazującymi na wysoką wartość skal wypełnianych samodzielnie przez dzieci i młodzież.

W procesie tworzenia skal wzorowano się na istniejących kwestionariuszach przeznaczonych dla dzieci i dorosłych. Uwzględniono ponadto kliniczne kryteria diagnostyczne DSM-IV, wyniki badań klinicznych oraz rozległe doświadczenie autora skali. Stworzone pytania zostały dostosowane do wieku badanej grupy pod kątem trudności językowych oraz specyfiki występujących w tym wieku zaburzeń.

Kwestionariusz składa się z pięciu skal:

1. Skala samooceny – zawiera pozycje dotyczące samooceny, takie jak poczucie kompetencji, własnych zdolności, pozytywna ocena siebie.
2. Skala depresji – zawiera pozycje opisujące negatywne myśli dziecka na temat siebie samego, swojego życia i przyszłości, uczucia smutku, oraz fizjologiczne wskaźniki depresji.
3. Skala lęku – zawiera pozycje opisujące lęki dziecka (dotyczące szkoły, obawy przed zranieniem, lęku o swoje zdrowie).
4. Skala złości – zawiera pozycje opisujące poczucie krzywdy, negatywne myśli na własny temat, uczucie złości i pobudzenie fizjologiczne.
5. Skala zaburzeń zachowania – dotyczy zachowań i postaw włączonych do kategorii diagnostycznych „zaburzenia opozycyjno-buntownicze” (oppositional defiant disorder) i „zaburzenia zachowania” (conduct disorder) w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, DSM-IV.

Każda z opisanych skal składa się z 20 pytań dotyczących myśli, uczuć lub zachowań związanych z zaburzeniami emocjonalnymi lub społecznymi. Na każde z pytań dziecko odpowiada, wybierając jedną z czterech podanych możliwości: „nigdy”, „czasem”, „często” lub „zawsze”. Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej skali. Uzyskanie wysokiej liczby punktów w danej skali oznacza większe nasilenie badanej cechy. W przypadku skali samooceny wysoki wynik jest więc wskaźnikiem lepszego funkcjonowania, podczas gdy dla czterech pozostałych skal – gorszego. Możliwe jest badanie zarówno za pomocą pełnego zestawu, jak i każdej ze skal oddzielnie bądź dowolnej ich kombinacji. Wypełnienie jednej skali zajmuje zwykle 5–10 minut.

Jedną z największych zalet skali są jej bardzo dobre własności psychometryczne. Badania standaryzacyjne przeprowadzone w USA objęły grupę 1100 osób, pochodzących zarówno ze środowisk wiejskich, jak i z dużych miast, z 30 różnych regionów w USA. Zbadano po 200 chłopców i dziewczynek w grupach wiekowych 7–10 i 11–14 lat. Ponadto, w badaniach wzięli udział pacjenci szpitala psychiatrycznego z diagnozami sześciu różnych zaburzeń psychicznych. Wykazano współczynnik zgod-

ności wewnętrznej kwestionariusza α -Cronbacha w granicach 0,87–0,92 dla każdej ze skal. Dobrą trafność teoretyczną potwierdziła korelacja skal z postawioną diagnozą kliniczną bądź z wynikami innych kwestionariuszy użytych w badaniu.

Celem badania było stworzenie polskiej wersji językowej i zbadanie własności psychometrycznych BYI. Wzorując się na twórcach anglojęzycznego oryginału, przeprowadzono badanie w grupie 197 osób, na podstawie którego oszacowano rzetelność i trafność skali.

Material i metody

Tworzenie polskiej wersji językowej

Procedurę tworzenia polskiej wersji rozpoczęto od uzyskania zgody The Psychological Corporation. Przedstawiciele korporacji zaakceptowali zaproponowany sposób adaptacji, jak też kwalifikacje tłumaczy i psychologów, biorących udział w tym przedsięwzięciu, na podstawie przesłanych im informacji. Za przebadanie jednego dziecka za pomocą polskiej wersji kwestionariusza korporacja otrzymywała każdorazowo opłatę w wysokości 2,80 \$ (pokrywaną z funduszy BST 843/21).

Ze względu na znaczną uniwersalność kulturową pytań, a także, aby zachować możliwość porównywania wyników uzyskiwanych za pomocą adaptowanego testu z wynikami uzyskiwanymi przez badaczy anglojęzycznych, jako strategię adaptacji przyjęto translację. Adaptację kulturową testu przeprowadzono zgodnie z przyjętymi standardami [patrz: 18], co opisano poniżej. Oryginalny kwestionariusz został przetłumaczony na język polski niezależnie przez trzech tłumaczy – anglistę i dwóch psychologów. Następnie tłumacze spotkali się, aby wybrać najlepszą wersję. Ostateczna wersja polska została poddana tłumaczeniu zwrotnemu na język angielski przez tłumacza przysięgłego z języka angielskiego, który nie widział wcześniej wersji oryginalnej. Tłumacz dwujęzyczny ocenił zgodność tłumaczenia zwrotnego z oryginałem. Ponieważ nie znaleziono poważniejszych różnic między obydwoma tekstami, polska wersja kwestionariusza została zaakceptowana. Ostateczna wersja polskojęzyczna oraz tłumaczenie zwrotne zostały wysłane do The Psychological Corporation w celu akceptacji.

Ze względu na specyfikę języka polskiego kwestionariusz stworzony został w dwóch wersjach – dla dziewcząt i dla chłopców – różniących się jedynie strukturami gramatycznymi użytymi w związku z odmienną płcią dzieci. Starano się o jak najwierniejsze tłumaczenie, aczkolwiek z uwzględnieniem różnic kulturowych, oraz o zachowanie układu graficznego maksymalnie zbliżonego do wersji oryginalnej.

Osoby badane

Badania przeprowadzono w grupie 197 dzieci (104 dziewcząt, 93 chłopców), uczniów klas I, II, IV i VI trzech szkół podstawowych w Warszawie. W badaniach indywidualnych udział wzięło 105, a w badaniach grupowych – 92 dzieci. Uzyskano zgodę dyrektorów szkół, a także wychowawców klas, w których prowadzono badania. Do badań włączono jedynie dzieci, które same wyraziły na to zgodę i otrzymały pisemną zgodę rodziców.

Procedura badawcza

Badanie przeprowadzano, stosując się do wskazówek autorów oryginalnego narzędzia [17] i podając zalecane przez nich instrukcje. Wszystkie badania przeprowadzone zostały na terenie szkoły, podczas trwania lekcji, w wydzielonym, cichym pokoju, w którym nie był obecny nikt poza dzieckiem (dziećmi) i psychologiem. Psycholog informował dzieci, jaki jest cel badania oraz zapewniał, że udzielane przez nie odpowiedzi nie zostaną udostępnione nikomu z ich otoczenia. Informował też, że chętnie odpowie na wszystkie ich pytania. W badaniu grupowym brało udział maksymalnie 10 dzieci, które starano się rozmieścić w taki sposób, aby nie mogły obserwować, jakie pytania zaznaczają ich koledzy. W każdej chwili dzieci mogły przerwać badanie i wrócić do klasy bądź odmówić udzielenia odpowiedzi na dowolne z pytań kwestionariusza.

Za każdym razem badający zaczynał od odczytania instrukcji i upewnienia się, czy dzieci ją zrozumiały. Podczas badania indywidualnego dziecko mogło zdecydować, czy chce wypełniać kwestionariusz samodzielnie, czy też badający ma mu odczytywać pytania. Nie wprowadzono żadnych ograniczeń czasowych. Po zakończeniu wypełniania kwestionariusza badający sprawdzał, czy dzieci udzieliły odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Jeśli nie – upewniał się, czy była to świadoma decyzja dziecka, czy wynik przeoczenia, a w tym drugim przypadku – zachęcał do uzupełnienia brakujących odpowiedzi. Pytał także, czy dzieci zrozumiały wszystkie pytania i czy są zadowolone ze swoich odpowiedzi, a jeżeli nie – dawał możliwość zmian. Procedura ta była identyczna podczas każdego badania, zgodna z zaleceniami podanymi przez autorów oryginalnej skali, co pozwoliło uniknąć zróżnicowanego wpływu instrukcji na wyniki kwestionariusza, jak też zachować maksymalne podobieństwo do skali oryginalnej.

Analiza wyników

Za każdą odpowiedź przyznawano od 0 do 3 punktów, zgodnie z kluczem podanym w podręczniku [17]. Jeśli zaznaczonych było więcej odpowiedzi niż jedna – przyjmowano tę, która związana była z największą liczbą punktów. Gdy dziecko nie udzieliło odpowiedzi na któreś pytanie, przyznawano za nie średnią odpowiedzi na pozostałe pytania danej skali. W ten sposób uzupełniane były brakujące odpowiedzi, maksymalnie na dwa pytania w danej skali. Opisana procedura obliczania punktów odbywała się zgodnie ze wskazaniem podanymi przez autorów.

Badając własności psychometryczne narzędzia, wzorowano się na twórcach oryginalnej skali. Rzetelność każdej ze skal zbadana została metodą współczynnika zgodności wewnętrznej α -Cronbacha. Za pomocą testu t-Studenta zbadano różnice między wynikami dzieci badanych indywidualnie i grupowo. W celu wstępnego potwierdzenia trafności teoretycznej adaptacji oszacowano interkorelacje (r-Pearsona) skal. Ponadto zastosowano test t-Studenta do porównania wyników uzyskiwanych przez dziewczęta i chłopców, oraz przez dzieci młodsze (klasy I i II) i starsze (klasy IV i VI). Wszystkie obliczenia przeprowadzone zostały za pomocą programu SPSS 12.0.1.

Wyniki

Rodzice zdecydowanej większości uczniów wyrazili zgodę na udział ich dzieci w badaniu. Dzieci wypełniały kwestionariusze w skupieniu i zastanawiały się przed

udzieleniem odpowiedzi. Większość badanych nie miała trudności ze zrozumieniem pytań. W nielicznych przypadkach dzieci zwracały się o pomoc do psychologa i po wytłumaczeniu niejasności były w stanie udzielić odpowiedzi. Jedynie pojedyncze pytania, w liczbie nie przekraczającej dwóch w każdej skali, pozostawione zostały bez odpowiedzi. Tylko jedno z dzieci nie wypełniło całości kwestionariusza, a jedynie trzy pierwsze skale. Części dzieci nie podobały się jednak niektóre z pytań – zwłaszcza w ostatnich dwóch skalach (agresji i zaburzeń zachowania) – i określały je jako „głupie” bądź „dziwne”, żadne jednak nie odmówiło udzielenia na nie odpowiedzi.

Wartość współczynnika zgodności wewnętrznej dla każdej ze skal przekraczała $\alpha = 0,8$ i była porównywalna z wartościami dla skal oryginalnych, co prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Porównanie współczynników rzetelności α -Cronbacha wersji polskiej Kwestionariusza Becka dla Dzieci z rozpiętością współczynników rzetelności wersji oryginalnej

	Wersja oryginalna	Wersja polska
Samooocena (n = 197)	0,89–0,91	0,87
Lęk (n = 197)	0,89–0,91	0,92
Depresja (n = 197)	0,90–0,92	0,90
Złość (n = 196)	0,87–0,92	0,93
Zaburzenia zachowania (n = 196)	0,86–0,90	0,91

Każde z pytań wykazało dodatnią korelację ze skalą, przy czym wartości współczynników korelacji mieściły się w przedziale 0,26–0,74 i wykluczenie któregośkolwiek z nich nie poprawiłoby znacząco rzetelności skali. Test t-Studenta nie wykazał statystycznie istotnych różnic pomiędzy dziećmi badanymi indywidualnie i grupowo, co prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Średnie wyniki skal Kwestionariusza Becka dla Dzieci i odchylenia standardowe oraz wartość (t) i istotność testu t-Studenta dla grup zbadanych indywidualnie i grupowo

	Indywidualne	Grupowe	t	Istotność (dwustronna)
Samooocena (n = 197)	40,24±8,1	41,45±9,1	-0,98	0,327
Lęk (n = 197)	16,91±10,6	16,72±10,5	0,12	0,903
Depresja (n = 197)	12,78±7,8	13,18±9,6	-0,32	0,751
Złość (n = 196)	13,79±9,7	13,49±10,4	0,21	0,834
Zaburzenia zachowania (n = 196)	7,38±6,6	7,40±7,6	-0,01	0,989

Współczynniki korelacji (r-Pearsona) pomiędzy poszczególnymi skalami były istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$. Kierunek korelacji był zgodny z wynikami otrzymanymi za pomocą oryginalnego narzędzia, a siła jest porównywalna, co prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Współczynniki korelacji r-Pearsona w wersji polskiej Kwestionariusza Becka dla Dzieci (na górze, zaznaczone pogrubioną czcionką) oraz rozpiętość współczynników korelacji uzyskiwanych w badaniach za pomocą wersji oryginalnej (na dole)

Wersja polska	Lęk	Depresja	Złość	Zaburzenia zachowania
Wersja angielska				
Samoocena (n = 197)	-0,266 -0,23 : -0,43	-0,381 -0,44 : -0,57	-0,385 -0,35 : -0,54	-0,3 -0,35 : -0,54
Lęk (n = 197)		0,669 0,68 : 0,75	0,551 0,63 : 0,72	0,236 0,39 : 0,50
Depresja (n = 197)			0,66 0,68 : 0,71	0,379 0,46 : 0,67
Złość (n = 196)				0,703 0,63 : 0,70

Chłopcy uzyskali wyższe wyniki niż dziewczęta w skalach złość ($t(194) = -2,01$, $p = 0,046$) i zaburzenia zachowania ($t(194) = -3,52$, $p = 0,001$). Średnie wyniki uzyskane przez obie grupy prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Średnie wyniki skal Kwestionariusza Becka dla Dzieci i odchylenia standardowe oraz wartość (t) i istotność testu t-Studenta dla grup dziewcząt i chłopców. Pogrubioną czcionką zaznaczono wyniki istotne na poziomie $p < 0,05$

	Dziewczęta	Chłopcy	t	Istotność (dwustronna)
Samoocena (n = 197)	41,31±8,5	40,24±8,7	0,87	0,385
Lęk (n = 197)	17,97±11,5	15,54±9,2	1,62	0,106
Depresja (n = 197)	13,21±8,3	12,70±9,1	0,41	0,679
Złość (n = 196)	12,30±9,1	15,14±10,7	-2,01	0,046
Zaburzenia zachowania (n = 196)	5,75±5,8	9,21±7,9	-3,52	0,001

Dzieci starsze osiągnęły niższe wyniki, niż dzieci z młodszych klas, w skali samooceny ($t(195) = 3,21$, $p = 0,002$). Średnie wyniki osiągnięte w obu grupach wiekowych przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Średnie wyniki skal Kwestionariusza Becka dla Dzieci i odchylenia standardowe oraz wartość (t) i istotność testu t-Studenta dla grup uczniów klas I i II (młodsze) oraz klas IV i VI (starsze). Pogrubioną czcionką zaznaczono wyniki istotne, na poziomie $p < 0,05$

	Młodsze	Starsze	t	Istotność (dwustronna)
Samooceńca (n = 197)	43,70±9,2	39,54±8,0	3,21	0,002
Lęk (n = 197)	17,22±12,7	16,65±9,5	0,35	0,727
Depresja (n = 197)	12,36±8,5	13,24±8,8	-0,65	0,515
Złość (n = 196)	11,56±11,0	14,55±9,4	-1,94	0,054
Zaburzenia zachowania (n = 196)	6,46±8,4	7,79±6,4	-1,21	0,229

Dyskusja

Wynikiem przeprowadzonych badań jest zestaw polskojęzycznych skal służących do oceny szerokiego spektrum emocjonalnych i społecznych zaburzeń funkcjonowania u dzieci w wieku szkolnym. Wszystkie pozycje testu wykazały dodatnią korelację ze skalą, do której należą, co wskazuje, że każda z pozycji danej skali w pewnym stopniu bada ten sam wymiar psychologiczny. Usunięcie którejkolwiek z pozycji nie przyczyniłoby się do znaczącego wzrostu rzetelności, co oznacza, że każda dodaje unikalnych informacji do wyniku skali. Ponieważ współczynnik α -Cronbacha wszystkich skal był bardzo wysoki, na ich wyniku można opierać się nie tylko w badaniach naukowych, ale też w diagnostyce indywidualnej. Brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami badań grupowego i indywidualnego potwierdza, że obie procedury mogą być stosowane w badaniach za pomocą polskiej wersji skali. Warto też zauważyć, że wartości współczynników α -Cronbacha wersji polskiej były zbliżone do wartości skali oryginalnej [17].

Trafność teoretyczną polskiej wersji potwierdza interkorelacja pomiędzy skalami, porównywalna z wynikami skali oryginalnej. Ponadto, chłopcy uzyskali wyższe wyniki w skalach agresji i zaburzeń zachowania w porównaniu z dziewczętami. Obserwacja ta jest zgodna z opisywanym przez wielu badaczy trendem do przejawiania się większej liczby zachowań agresywnych i destrukcyjnych wśród chłopców [4, 19]. Także autorzy skali oryginalnej opisali wystąpienie istotnych różnic związanych z płcią w skali zaburzeń zachowania dla wszystkich grup wiekowych. Ponadto, starsze dzieci prezentowały niższy poziom samooceny w porównaniu z młodszymi. Pozostaje to w zgodzie z obserwacjami Eccles i wsp. [20], którzy relacjonują obniżanie się ogólnej samooceny u dzieci na początku okresu adolescencji. Także Watt [21] zauważył, że w okresie dojrzewania samoocena – definiowana jako postrzegane talenty i oczekiwania sukcesu – obniża się z wiekiem.

W przeciwieństwie do skali anglojęzycznej, w wersji polskiej nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami w skali depresji, zarówno ze względu na wiek, jak i płeć. Badania Bomby z 1982 roku [22] nad rozpowszechn-

nieniem depresji w populacji polskiej wykazały prawie dwukrotnie większą częstość występowania depresji u dziewcząt. Badania te objęły jednak młodzież, nie uwzględniając młodszej grupy wiekowej, zbadanej w przeprowadzonym przez nas badaniu. Ponadto, badania Modrzejewskiej i Bomby przeprowadzone w 2001 roku [23] wykazały obniżenie się rozpowszechnienia depresji w grupie 13-latków, w porównaniu z rokiem 1984, wywołane wyłącznie spadkiem częstości tego zaburzenia u dziewcząt, co doprowadziło do znacznego zmniejszenia się różnicy w rozpowszechnieniu depresji pomiędzy przedstawicielami obu płci. Metaanaliza Birmahera i wsp. [24] pokazuje, że przed okresem dojrzewania częstość depresji jest taka sama wśród dziewcząt i chłopców, a dopiero w okresie dojrzewania wzrasta z 2 do 5–8 %, dwukrotnie częściej dotycząc dziewcząt, co jest zgodne z uzyskanymi przez nas wynikami.

W pozostałych skalach, zgodnie z oczekiwaniami, nie zaobserwowano istotnych różnic związanych z płcią lub wiekiem, co dodatkowo potwierdziło trafność teoretyczną polskiej adaptacji. Opisane różnice w wynikach skali depresji w badaniach polskiej adaptacji i anglojęzycznego oryginału sugerują, że możliwe są różnice w rozkładzie badanych zaburzeń w populacji polskiej i północnoamerykańskiej. Ze względu na te potencjalne różnice warto przeprowadzić badania normalizacyjne kwestionariusza w Polsce. Powinny one objąć reprezentacyjną próbę 1000–2000 dzieci. Warto też włączyć pacjentów oddziałów psychiatrycznych z postawionym rozpoznaniem klinicznym.

Kwestionariusz Becka dla Dzieci może być wykorzystywany przez psychiatrów i psychologów jako pomoc w diagnostyce indywidualnej, służąc do zobiektywizowania oraz ilościowego pomiaru stopnia zaburzeń funkcjonowania dziecka [25]. Szczególnie cenna jest w tym przypadku możliwość oddzielnego stosowania skal, których wypełnienie zajmuje zaledwie 5–10 minut. Kwestionariusz ten jest też wartościowym narzędziem do stosowania w badaniach naukowych, w czym szczególnie pomocna jest możliwość przeprowadzania także badań grupowych. Ponadto, dzięki uwzględnianiu szerokiego zakresu zaburzeń, jak też prostocie stosowania, zestaw skal może być wykorzystywany przez lekarzy pediatrów. Uzyskanie przez dziecko wysokiego wyniku w którejkolwiek ze skal zaburzeń może pomóc zwrócić uwagę na objawy, które inaczej pozostałyby niezauważone, i umożliwić skierowanie go do specjalisty.

Zgodnie z wiedzą autorów Kwestionariusz Becka dla Dzieci jest pierwszym polskojęzycznym narzędziem, obejmującym tak szerokie spektrum zaburzeń, przeznaczonym do samodzielnego wypełniania przez dzieci w wieku szkolnym. Może być wykorzystywany w sytuacjach, kiedy nie jest możliwe uzyskanie informacji od rodziców i nauczycieli, bądź służyć jako ich uzupełnienie, stanowiąc ważne źródło informacji na temat funkcjonowania dziecka. Dodatkową korzyścią płynącą ze stworzenia tego narzędzia jest zwrócenie uwagi klinicystów i badaczy w Polsce na konieczność uwzględniania w procesie terapeutycznym także perspektywy dziecka, bez względu na jego wiek.

Wnioski

Stworzony został polskojęzyczny zestaw skal samoopisu badających szerokie spektrum emocjonalnych i społecznych zaburzeń funkcjonowania u dzieci w wieku

szkolnym. Skale stosować można oddzielnie lub w dowolnym zestawie. Bardzo wysoka rzetelność oraz dobra trafność teoretyczna każdej ze skal kwalifikują je jako wiarygodne narzędzia zarówno w badaniach naukowych, jak i w diagnostyce indywidualnej.

Глоссарий Бекка для детей в оценке эмоциональных и общественных нарушений – польская адаптация и приспособление глоссария. Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment.

Содержание

Психические заболевания среди детей и молодежи являются важной проблемой и охватывают почти 15–22 % этой группы в общественной среде. Условием правильного развития эмоциональных и познавательных функций этих детей является раннее начало профессиональной помощи. Пригодными ири ранней диагностике являются глоссарии с высокой эффективностью и докладностью, охватывающие широкий спектр нарушений эмоции и общественных правил. Исследования указывают на высокую эффективность шкал самоописания даже у маленьких детей.

The Beck Youth Inventories (BYI) является составом шкал самоописания, предназначенных для детей в возрасте 7–14 лет. В глоссарии пять шкал: самооценки, депрессии, страха, злости и нарушений поведения, который был необходим для ответов на результаты эпидемиологических исследований, указывающих на значительное распространение психических болезней у детей и государственный раппорт США, указывающий на необходимость разработки краткого глоссария для улучшения диагностики этих нарушений.

Согласно с доступными литературными данными, известными Авторам работы, нет до сего времени польских шкал самоописания, предназначенные для детей младшего школьного возраста, исследующие широкий радиус психосоциальных нарушений.

Заданием исследования была разработка польской версии на польском языке и исследование психометрических показателей BYI. При использовании культурных адаптации шкал BYI проведены исследования среди 197 учеников трех школ в Варшаве, коэффициенты внутренней согласности альфа-Кронбаха для отдельных шкал равняются от 0,87 дл 0,93. Позитивный результат подтверждают интеркорреляции между шкалами. Кроме того, мальчики обладали высшими результатами в шкалах агрессии и нарушений поведения, а младшие дети в шкале самооценки Разаботан состав шкал самоописания на польском языке, исследующий эмоциональные и общественные нарушения функционирования у детей. Высокая эффективность и большая докладность, с теоритической точки зрения, каждой из шкал квалифицирует их как точные пособия как при научных исследованиях, так и при индивидуальной диагностике.

Fragebogen von Beck für Kinder zur Beurteilung der emotionellen und sozialen Störungen - polnische Fassung und Validation des Fragebogens Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment

Zusammenfassung

Psychische Krankheiten unter den Kindern und Jugendlichen bilden ein ernsthaftes soziales Problem und betreffen ca. 15 - 22% dieser Population. Die Bedingung für eine richtige Entwicklung der emotionellen und kognitiven Funktionen dieser Kinder ist die Erteilung der richtigen Fachhilfe. Behilflich bei der frühen Diagnostik sind Fragebögen von großer Treffsicherheit und Redlichkeit, die ein breites Spektrum der emotionellen Störungen und sozialen Kompetenzen umfassen. Die Studien zeigen auf einen hohen Wert der Skalen der Selbstbeschreibung sogar bei jüngeren Kindern.

The Beck Youth Inventories (BYI) ist eine Aufstellung der Skalen für Selbstbeschreibung, die für Kinder im Alter von 7 bis 14 Jahren bestimmt sind. Sie bestehen aus fünf Skalen: Selbstbeschreibung, Depression, Angst, Ärger und Störungen des Varhaltens. Es wurde als Antwort auf die Ergebnisse der

epidemiologischen Studien gebildet, die eine bedeutende Verbreitung der psychischen Krankheiten unter den Kindern zeigten und auch als Antwort auf den Bericht der USA - Regierung, der besagt, dass ein kurzer Fragebogen für die Verbesserung der Diagnostik dieser Störungen vom Nutzen wäre.

Nach dem Wissensstand der Autoren gab es bisher keine polnischsprachigen Skalen der Selbstbeschreibung, die für Kinder im Schulalter bestimmt wurden und die einen breiten Umfang der psychosozialen Störungen untersuchen würden. Das Ziel der Studie war die polnischsprachige Version zu bilden und die psychometrischen Eigenschaften von BYI zu untersuchen. Mit der Anwendung der Adaptation der BYI Skalen wurden die Untersuchungen unter 197 Schülern drei Warschauer Schulen durchgeführt. Die Items Cronbachs Alpha für einzelne Skalen betragen von 0,87 bis 0,93. Die Treffsicherheit bestätigen die Interkorrelationen zwischen den Skalen. Außerdem erzielten die Jungen höhere Ergebnisse bei den Skalen der Aggression und Störungen des Verhaltens, und die jüngeren Kinder bei der Skala der Selbstbeurteilung.

Es entstand eine polnischsprachige Version der Selbstbeschreibung, die emotionelle und soziale Störungen beim Funktionieren bei den Kindern untersucht. Eine sehr hohe Redlichkeit und gute Treffsicherheit.

L'adaptation et la validation polonaise du questionnaire de Beck (Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment)

Résumé

Les maladies mentales des enfants et des adolescents constituent un grave problème social (15–22 % de la population tombent malades). La thérapie professionnelle précoce conditionne le développement des fonctions cognitives et émotionnelles de ces enfants et ces adolescents. Les questionnaires de bonne qualité professionnelle examinant les troubles émotifs et les compétences sociales y sont très utiles. On sait d'après certaines recherches que les échelles de self-report sont très valables pour le diagnostic des enfants, même de très jeunes.

Le teste BYI (the Beck Youth Inventories) ce sont les échelles de self-report destinées aux enfants de 7–14 ans. Ce teste se compose de cinq échelles : estime de soi, dépression, anxiété, colère, troubles du comportement. Le BYI est créé comme réponse aux recherches épidémiologiques démontrant la prévalence des maladies mentales dans la population des enfants et le rapport du gouvernement de l'USA suggérant que la création d'un court teste diagnostique sera favorable pour l'amélioration du diagnostic.

Selon les auteurs de ce travail pour aujourd'hui il n'y a pas de questionnaire polonais destiné aux enfants. Cet étude vise à créer la version polonaise de BYI et à mesurer ses qualités psychométriques. On a examiné 197 élèves des trois écoles de Varsovie en employant la version polonaise adaptée de BYI. Les coefficients de la cohérence intérieure α -Cronbach sont assez élevés (0,87-0,93). Sa validité est confirmée aussi par les corrélations des échelles. De plus, les garçons ont le plus grand niveau d'agression et des troubles du comportement dans les échelles correspondantes et les enfants plus jeunes – dans l'échelle de self-report. Donc on a créé le questionnaire polonais destiné aux enfants qui peut examiner les troubles émotionnels et sociaux des enfants. Sa fiabilité et sa validité sont très grandes et ce teste est un instrument authentique pour le diagnostic et pour les recherches scientifiques.

Piśmiennictwo

1. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. *Prevalence of psychopathology among children and adolescents*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 715–725.
2. Waddell C, Shepherd C. *Prevalence of mental disorders in children and youth. A research update prepared for the British Columbia Ministry of Children and Family Development*. Vancouver: The University of British Columbia; 2002.
3. Eapen V, Jakka ME, Bou-Saleh MT. *Children with psychiatric disorders: the AI Ain Community Psychiatric Survey*. Can. J. Psychiatry 2003; 48: 402–407.

4. Bomba J, Orwid M. *Zaburzenia zdrowia psychicznego w okresie młodzieńczym. Postępowanie, profilaktyka, błędy w postępowaniu*. Adres: <http://www.kpdim.cm-uj.krakow.pl/start.php?s=rodziny&lang=pol>;
5. McKelvey RS, Sang DL, Baldassar L, Davies L, Roberts L, Cutler N. *The prevalence of psychiatric disorders among Vietnamese children and adolescents*. Med. J. Aust. 2002; 177: 413–417.
6. Brzeziński J. *Podstawy konstrukcji testów psychologicznych i interpretacji ilościowej danych testowych*. W: Brzeziński J, red. *Metodologia badań psychologicznych*, wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwa Naukowe; 1996, s. 455–595.
7. Kazdin AE, Esveltd-Dawson K, Unis AS, Rancurello MD. *Child and parent evaluations of depression and aggression in psychiatric inpatient children*. J. Abnorm. Child Psychol. 1983; 11: 401–413.
8. La Greca AM. *Social consequences of pediatric conditions: fertile area for future investigation and intervention*. J. Pediatr. Psychol. 1990; 15: 285–307.
9. Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J. *A symptom self-report measure for preschool children*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990, 29: 594–600.
10. Reynolds WM, Graves A. *Reliability of children's reports of depressive symptomatology*. J. Abnorm. Child Psychol. 1989; 17: 647–655.
11. Weissman MM, Orvaschel H, Padian N. *Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mothers' and children's reports*. J. Nerv. Ment. Dis. 1980; 168: 736–740.
12. Leon GR, Kendall PC, Garber J. *Depression in children: parent, teacher, and child perspectives*. J. Abnorm. Child Psychol. 1980; 8: 221–235.
13. Beitchman JH, Corradini A. *Self-report measures for use with children: a review and comment*. J. Clin. Psychol. 1988; 44: 477–490.
14. Wolańczyk T. *Polska wersja kwestionariusza Child Behavior Checklist*. Nie opublikowana praca habilitacyjna. Warszawa: Akademia Medyczna w Warszawie; 2001.
15. Crowley SL, Worchel FF, Ash MJ. *Self-report, peer-report, and teacher-report measures of childhood depression: an analysis by item*. J. Pers. Assess. 1992; 59: 189–203.
16. Jensen PS, Salzberg AD, Richters JE, Watanabe HK. *Scales, diagnoses, and child psychopathology: I. CBCL and DISC relationships*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1993; 32: 397–406.
17. Beck JS, Beck AT, Jolly J. *Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment*. The Psychological Corporation. A Harcourt Assessment Company; 2001.
18. Brzeziński J. *Problemy adaptacji kulturowej testów*. W: Brzeziński J, red. *Metodologia badań psychologicznych*, wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwa Naukowe; 1996, s. 576–595.
19. Vasta R, Haith MM, Miller SA. *Rozwój moralny*. W: Vasta R, Haith MM, Miller SA, red. *Psychologia dziecka*, wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1995, s. 479–517.
20. Eccles JS, Wigfield A, Flanagan CA, Miller C, Reuman DA, Yee D. *Self-concepts, domain values, and self-esteem: relations and changes at early adolescence*. J. Pers. 1989; 57: 283–310.
21. Watt HM. *Development of adolescents' self-perceptions, values, and task perceptions according to gender and domain in 7th- through 11th-grade Australian students*. Child Dev. 2004; 75: 1556–1574.
22. Bomba J. *Depresja u młodzieży. Analiza kliniczna*. Psychiatr. Pol. 1982; 1–2: 25–30.
23. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 13-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2006; 3: 469–480.
24. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years*. Part I. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35 (11): 1427–1439.

25. Sękowa H. *Wybrane metody psychologicznych badań diagnostycznych*. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria*, wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998, s. 142–144.

Oświadczenia i podziękowania

Autorzy dziękują Wojciechowi Nerkowskiemu za nieocenioną pomoc w tworzeniu polskojęzycznego przekładu oraz dr Ewie Goryńskiej za pomocne rady. Badania finansowane były z funduszy BST 843/21. Krystyna A. Mathiak była finansowana przez EU MC-EST „Obrazowanie biomedyczne” oraz IRTG 1328 „Schizofrenia i autyzm”, Niemieckie Towarzystwo Badawcze (DFG).

Adres: Krystyna A. Mathiak
Klinik für Kinder
- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie
Universitätsklinikum Aachen, RWTH Aachen
Neuenhofer Weg 21, 52074 Aachen, Germany

Otrzymano: 2.10.2006
Zrecenzowano: 10.10.2006
Przyjęto do druku: 7.11.2006