

Polska wersja *Skali Depresji Lęku i Stresu (DASS-42)* – adaptacja i normalizacja

Polish version of the *Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42)* – adaptation and normalization

Marta Makara-Studzińska¹, Maciej Załuski¹,
Katarzyna Adamczyk¹, Ernest Tyburski²

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Psychologii Zdrowia

² Zakład Psychologii Zdrowia, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Summary

Aim. This study aimed to present the Polish adaptation and preliminary normalization of the *Depression Anxiety and Stress Scale – 42 (DASS-42)*.

Methods. The study was conducted among 1,021 participants (625 females and 396 males) aged 18–83 years ($M = 30.67$; $SD = 13.25$). It was a non-clinical sample. Second sample was a group of 49 psychiatric patients (28 females and 21 males) aged 22–76 years ($M = 49.40$; $SD = 13.34$). The reliability of the DASS-42 was measured using Cronbach's α coefficients and intraclass correlation coefficients (ICC).

Results. In the non-clinical sample the Cronbach's alpha coefficient was 0.93 points for the depression subscale; 0.89 points for the anxiety subscale; 0.92 for the stress subscale, and 0.96 for the DASS-42 total score. The ICC were satisfactory, between 0.37 and 0.49 points. Psychiatric patients obtained significantly higher results in all subscales and in a total score of the DASS-42 ($p < 0.001$) than healthy participants. It is an indicator of good concurrent validity of the method. The effect size of the differences for all questionnaire indicators was large ($0.96 < d < 1.44$). The results for the healthy men and women differed, while the age did not differentiate the respondents. The sten scale was developed taking into account the gender of the respondents.

Conclusions. The obtained results confirmed the satisfactory psychometric properties of the Polish version of the DASS-42. This inventory may be useful for screening in non-clinical groups and groups of psychiatric patients.

Słowa klucze: depresja, DASS, normalizacja

Key words: depression, DASS, normalization

Wstęp

Zaburzenia psychiczne zalicza się do głównych przyczyn obciążeń chorobowych człowieka, obok dolegliwości somatycznych, urazów fizycznych oraz działania czynników grożących życiu. W grupie 25 zaburzeń psychicznych najbardziej obciążające zdrowotnie i występujące najczęściej są zaburzenia depresyjne i lękowe [1]. Konsekwencje, jakie ze sobą niosą, utrzymują się przez całe życie człowieka i dotyczą w równym stopniu kobiet i mężczyzn żyjących na całym świecie [2]. Dane pochodzące z Institute for Health Metrics and Evaluation [3] wskazują, że rozpowszechnienie objawów zaburzeń depresyjnych na świecie we wszystkich grupach wiekowych oraz obu płciach wzrosło od około 3,3% w roku 1990 do 3,76% w roku 2019. W wypadku zaburzeń w postaci patologicznego poziomu lęku nastąpił wzrost z 3,7% w 1990 roku do 4,05% w roku 2019. Dodatkowo rozwój pandemii COVID-19 stworzył warunki sprzyjające działaniu czynników odpowiedzialnych za pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego ludzi. Dzienny wskaźnik infekcji wirusem SARS-CoV-2 oraz spadek mobilności ludzi stoją za wzrostem częstości rozpoznawania zaburzeń depresyjnych i lękowych [4].

W opracowaniach naukowych zwraca się uwagę na potrzebę uwiarygodnienia wyników badań epidemiologicznych przez zastosowanie odpowiednich planów badawczych i narzędzi pomiarowych [2, 5]. W badaniach epidemiologicznych o charakterze przesiewowym używane są kwestionariusze pozwalające na oszacowanie ryzyka wystąpienia zaburzeń u osób bez objawów, z utajoną postacią choroby oraz u osób, u których istnieje duże prawdopodobieństwo rozwoju choroby w przyszłości (przez rozpoznanie objawów prodromalnych). Ograniczona liczba narzędzi, nie zawsze cechujących się wystarczającymi parametrami statystycznymi, jest przyczyną niedoszacowania ryzyka występowania zaburzeń emocjonalnych w populacji ludzi mieszkających w różnych częściach świata oraz rodzi trudności prowadzenia badań porównawczych. Nieuwzględnienie specyfiki kulturowo-społecznej sprzyjać może błędom w interpretacji wskaźników rozpowszechnienia zaburzeń w różnych środowiskach kulturowych.

W wypadku kwestionariusza opisywanego w artykule należy podkreślić jego szerokie zastosowanie zarówno w profilaktyce, jak i badaniach naukowych prowadzonych w wielu krajach. Ocena ryzyka wystąpienia objawów zaburzeń emocjonalnych dotyczyć może grup pacjentów z określonymi schorzeniami somatycznymi [5], ale także osób zdrowych należących do różnych zawodów lub środowisk. Rozpoznanie objawów depresyjnych wywołanych stresem zawodowym jest przedmiotem zainteresowania specjalistów medycyny pracy [6, 7]. Jedno z badań przeprowadzonych w grupie lekarzy rodzinnych wykazało, że trafność rozpoznania omawianych zaburzeń u pacjentów była stosunkowo niska i wahała się między 30% a 40% [8]. Wśród przyczyn tego stanu rzeczy wskazywano m.in. na brak trafnych i prostych w użyciu narzędzi samoopisowych dostępnych dla lekarzy pierwszego kontaktu. Ważne jest zatem, aby lekarz dowolnej specjalności mógł dokonać szybkiej i trafnej przesiewowej oceny osób zdrowych i chorych somatycznie pod kątem obecności omawianych zaburzeń.

Skala Depresji, Lęku i Stresu wersja 42 (DASS-42) jest kwestionariuszem samoopisowym opracowanym przez P.F. i S.H. Lovibondów w 1995 roku [11]. Zamierzeniem autorów było skonstruowanie narzędzia pomiarowego pozwalającego w zadowalający sposób zmaksymalizować różnice kryjące się za objawami depresji i lęku. Chodziło o stworzenie listy stwierdzeń uwypuklających cechy specyficzne dla obu grup objawów oraz ukazujących ich cechy wspólne. Zróznicowanie objawów depresji i lęku za pomocą narzędzia badawczego nie było zadaniem prostym, pomimo iż znane były mechanizmy powstawania każdego z wymienionych zaburzeń [11]. Clark i Watson [12], którzy jako pierwsi zajęli się problemem diagnozy różnicowej depresji i lęku, zaobserwowali u jedynie części pacjentów objawy należące wyłącznie do jednego typu zaburzenia. Objawy somatyczne uznawane przez klinicystów i pacjentów za związane z depresją okazały się słabymi dyskryminatorami między zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. Dodatkowym celem Lovibondów była konstrukcja narzędzia pozwalającego trafnie rozpoznawać objawy w grupach klinicznych i nieklinicznych.

Konstruując DASS-42, jego autorzy skorzystali z 3-czynnikowego modelu opracowanego przez Clarka i Watsona do diagnozy zaburzeń depresyjno-lękowych (*mixed anxiety-depression*). Model odróżniał objawy anhedonii, nadmiernego pobudzenia oraz stresu, wychodząc z założenia, że unikalnymi cechami depresji są obniżony nastrój oraz anhedonia, natomiast lęku – nadmierne pobudzenie neurovegetatywne [12]. Do cech wspólnych dla depresji i lęku zaliczono: trudności w rozluźnieniu się, napięcie nerwowe, drażliwość i pobudzenie. Wspomniany syndrom nazwano stresem. Opracowano kwestionariusz DASS-42, którego itemy dotyczyły 3 grup objawów. Grupę objawów depresji tworzą: dysforia, brak nadziei, przypisywanie sobie negatywnych cech (*self-devaluation*), dewaluowanie siebie (*self-deprecation*), utrata zainteresowań, anhedonia i apatia (*inertia*). Grupę objawów lęku tworzą: pobudzenie vegetatywne, napięcie mięśni szkieletowych (*skeletal musculature effects*), niepokój sytuacyjny oraz lęk uogólniony (*subjective experience of anxious affect*). Grupa objawów stresu zawiera: trudności w redukcji napięcia wewnętrznego, pobudzenie nerwowe, pobudliwość i agitację (*easily upset/agitated*) oraz drażliwość i nadmierną reaktywność (*irritable/over-reactive*). Choć narzędzie powstało na bazie danych pochodzących od osób zdrowych, w chwili obecnej jest z powodzeniem stosowane zarówno w grupach klinicznych, jak i nieklinicznych.

Tłumaczenie oryginalnej wersji DASS-42 (zwanej również wersją pełną) na język polski wykonali: Marta Makara-Studzińska, Beata Petkowicz, Anna Urbańska i Jacek Petkowicz [13]. Kwestionariusz składa się z 42 pozycji tworzących trzy 14-elementowe grupy stwierdzeń badających objawy depresji, lęku i stresu.

W chwili obecnej dostępnych jest 55 wersji językowych kwestionariusza DASS w postaci pełnej (DASS-42) oraz skróconej (DASS-21) [14]. Do roku 2021 wersja pełna została zaadaptowana w ponad 15 krajach świata, chociaż nie wszędzie przeprowadzono pełną procedurę walidacyjną [15]. Badania wykazały dobre właściwości psychometryczne DASS u dorosłych z zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi i mieszanymi [16, 17], a także u osób zdrowych [16, 18]. Chodzi o spójność wewnętrzną podskal DASS (w wersji 42-, jak i 21-elementowej) oraz rozwiązanie trójczynnikowe odzwierciedlające 3 podskale, które konsekwentnie powtarzało się w wersjach języko-

wych, z niewielkimi różnicami [17–20]. Narzędzie ma jednak swoje ograniczenia, do których należy przede wszystkim jego obszerność wydłużająca czas badania i proces opracowywania wyników. Z tego względu powstały wersje skrócone, 21-itemowa [21, 22], 18-itemowa [23], 12-itemowa [16, 21] i 3-itemowa [24]. wersja 21-itemowa, która jest najczęściej stosowana na świecie, została opracowana przez Lovibondów drogą eliminacji itemów składających się na wersję pełną [11]. Przeprowadzona w roku 2021 analiza confirmacyjna na polskiej próbie nieklinicznej wskazała na dwa modele 3-czynnikowe dla wersji pełnej oraz dwa modele 3-czynnikowe dla wersji 21-elementowej i 12-elementowej jako charakteryzujące się najlepszym dopasowaniem danych [25].

Mając na uwadze opisane ograniczenia, a także brak danych normalizacyjnych kwestionariusza DASS-42 w polskiej populacji, sformułowano następujące cele pracy: (a) opracowanie wstępnych danych normalizacyjnych DASS-42, (b) określenie rzetelności DASS-42 oraz (c) określenie trafności diagnostycznej DASS-42.

Material i metoda

Osoby badane

Próbę badaną stanowili mieszkańcy miast i wsi z terenu południowej Polski. Kryteriami włączenia do badań były wiek powyżej 18. roku życia, umiejętność samodzielnego czytania tekstu kwestionariusza, rozumienia jego treści i samodzielnego udzielania odpowiedzi. Nie ustalono górnej granicy wieku. Kryterium wykluczenia stanowiła obecna lub miniona diagnoza psychiatryczna osoby skłonnej do wypełnienia kwestionariusza. W rekrutacji jako wolontariusze uczestniczyli studenci Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Osoby zapraszane do udziału w badaniach były znane rekruterom (członkowie rodziny, znajomi). Wolontariusze zostali przeszkoleni w zakresie dystrybucji, zbierania kwestionariuszy i ich przechowywania zgodnie z zaleceniami ustawy o ochronie danych osobowych. Po podpisaniu formularza świadomej zgody uczestnikom wręczano arkusz danych socjodemograficznych oraz kwestionariusz DASS-42. Każdy respondent został poinstruowany, jak wypełniać kwestionariusz. Udział w badaniu był dobrowolny, poufny, a sposób przetwarzania danych był anonimowy. Wydawanie zestawu dokumentów oraz odbiór wypełnionych kwestionariuszy wraz z arkuszem danych socjodemograficznych trwały w okresie od stycznia do maja 2021 roku. Średni czas, jaki upływał od wręczenia kwestionariusza do momentu jego odbioru, wynosił 2 tygodnie. Dane pozyskano od grupy 1294 respondentów. Po usunięciu rekordów wypełnionych niekompletnie i niepoprawnie (metodą usuwania *listwise*) analizie poddano dane pochodzące od 1021 uczestników (625 kobiet i 396 mężczyzn w wieku 18–83 lat; $M = 30,67$, $SD = 13,25$). Odsetek brakujących danych dla każdej pozycji mieścił się w przedziale od 10,7% do 11,1%. Średnia wyników DASS-42 dla wyniku ogólnego wyniosła 33,08 ($SD = 22,68$), dla podskali „Depresja” 9,22 ($SD = 8,46$), dla podskali „Lęk” 8,78 ($SD = 7,48$), a dla podskali „Stres” 15,08 ($SD = 9,07$).

W grupie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi było 28 kobiet i 21 mężczyzn w wieku między 22 a 76 lat ($M = 49,40$; $SD = 13,34$). Pacjenci psychiatryczni leczeni

byli w Poradni Zdrowia Psychicznego Medi-Li-Norm w Limanowej oraz na Oddziale Dziennym Kliniki Psychiatrii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. W grupie pacjentów leczących się psychiatrycznie przeważały rozpoznania F40–F48 (zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (*somatoform*)) – 28%, a następnie F30–F39 (zaburzenia nastroju) – 22,8%, F00–F09 (organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi) – 15,8%, F20–F29 (schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe) – 12,3%, F10–F19 (zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych) – 10,6%, F60–F69 (zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych) – 10,5%. Przy czym 5,2% pacjentów miało podwójne rozpoznanie.

Procedura badawcza uzyskała zgodę Komisji Etyki Uniwersytetu Jagiellońskiego (nr decyzji 1072.6120.65.2021).

Narzędzia badawcze

Skalę Depresji, Lęku i Stresu wersja 42 (DASS-42) tworzy lista 42 zdań twierdzących. Badanie polega na ustosunkowaniu się do każdego zdania przez dokonanie wyboru stopnia, w jakim jego treść odnosiła się do osoby badanej w ciągu tygodnia poprzedzającego pomiar. Do dyspozycji badanego jest skala 4-punktowa typu Likerta opisana w następujący sposób: 0 – „nie odnosiło się to do mnie w ogóle”, 1 – „odnosiło się to do mnie w pewnym stopniu i przez pewien czas”, 2 – „odnosiło się to do mnie w dużym stopniu lub przez długi czas”, 3 – „odnosiło się to do mnie w bardzo dużym stopniu lub przez większość czasu”. Zdania traktują o odczuciach emocjonalnych, doznaniach somatycznych i zachowaniach człowieka. Każda z 3 grup objawów badana jest za pomocą 14 zdań. Wynik badania wyrażany jest liczbowo, oddzielnie dla każdej grupy objawów, i zawiera się w przedziale od 0 pkt (minimum) do 42 pkt (maksimum). Wynik ogólny, będący sumą wszystkich odpowiedzi, mieści się w zakresie od 0 pkt do 126 pkt.

Konfirmacyjna analiza czynnikowa potwierdziła w polskiej populacji 3-czynnikową strukturę kwestionariusza [25]. Najlepsze parametry statystyczne uzyskał model 3 skorelowanych czynników z obciążeniami krzyżowymi (RMSEA = 0,052; SRMR = 0,047; GFI = 0,870; CFI = 0,911) oraz 3 skorelowanych czynników drugiego rzędu z obciążeniami krzyżowymi (RMSEA = 0,052; SRMR = 0,047; GFI = 0,870; CFI = 0,911). Dla porównania podajemy parametry modelu 3-czynnikowego, który miał najslabsze dopasowanie do danych we wszystkich wskaźnikach poza błędem średniej kwadratowej aproksymacji (*Root Mean Square Error of Approximation* – RMSEA): RMSEA = 0,068; SRMR = 0,056; GFI = 0,797; CFI = 0,845.

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS w wersji 27. Zmienne ciągłe przedstawiono w postaci średnich (*M*) oraz odchyłeń standardowych (*SD*). W celu sprawdzenia rozkładu normalnego zmiennych

zastosowano test Kołmogorowa-Smirnowa, poziom kurtozy i skośności. Przyjęto, że rozkład jest zbliżony do normalnego, jeśli poziom kurtozy mieści się między -7 oraz $+7$ pkt, a skośności między -2 oraz $+2$ pkt [26]. Ponadto analizie poddano graficzną reprezentację zmiennych. W celu określenia związku między zmiennymi użyto współczynnika korelacji r Pearsona. Aby określić różnice międzygrupowe, wykorzystano test t -Studenta. Wielkość efektu różnic międzygrupowych została wyznaczona za pomocą wskaźnika d Cohena [27]. W celu określenia poziomu wskaźników rzetelności wyodrębnionych zmiennych obliczono wskaźnik α Cronbacha. Ponadto w celu określenia spójności zastosowano współczynnik korelacji wewnątrzklasowej (ICC) oparty na 2-czynnikowym modelu mieszanym (3,1) z 95% przedziałem ufności [28]. By umożliwić interpretację uzyskanych wyników w poszczególnych skalach oraz wyniku ogólnego, wyniki surowe zostały przekształcone na skalę stenową ze średnią 5,5 i odchyleniem standardowym 2,25 pkt [29].

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę zmiennych w grupie osób zdrowych oraz oddzielnie w grupie zdrowych kobiet i w grupie zdrowych mężczyzn.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla 3 skal oraz wyniku ogólnego w DASS-42 w grupie osób zdrowych oraz w grupie zdrowych kobiet i w grupie zdrowych mężczyzn

Wyszczególnienie	M	SD	Skośność	Kurtoza	Minimum	Maksimum
Wyniki w grupie osób zdrowych (n = 1021)						
Skala depresji	9,22	8,46	1,07	0,64	0	41
Skala lęku	8,78	7,48	1,10	0,76	0	40
Skala stresu	15,08	9,07	0,47	-0,29	0	41
Wynik ogólny	33,08	22,68	0,82	0,30	0	119
Wyniki w grupie zdrowych kobiet (n = 625)						
Skala depresji	9,86	8,52	0,92	0,20	0	40
Skala lęku	9,48	7,70	1,00	0,51	0	40
Skala stresu	15,93	8,98	0,36	-0,38	0	40
Wynik ogólny	35,27	22,84	0,69	0,00	0	119
Wyniki w grupie zdrowych mężczyzn (n = 396)						
Skala depresji	8,21	8,27	1,36	1,65	0	41
Skala lęku	7,68	6,99	1,28	1,32	0	34
Skala stresu	13,74	9,07	0,67	0,01	0	41
Wynik ogólny	29,62	22,02	1,08	1,09	0	115

DASS-42 = skala depresji lęku i stresu wersja 42.

Jak pokazano w tabeli 2, nie wystąpił istotny związek między wiekiem osób badanych a wynikami w 3 skalach oraz wynikiem ogólnym w DASS-42 w grupie osób zdrowych oraz oddzielnie w grupie zdrowych kobiet i w grupie zdrowych mężczyzn, co skłoniło do decyzji, aby tej zmiennej nie uwzględnić w procedurze przygotowania wyników w skali stenowej.

Tabela 2. Związek między wiekiem i 3 skalami oraz wynikiem ogólnym w DASS-42 w grupie osób zdrowych oraz w grupie zdrowych kobiet i w grupie zdrowych mężczyzn

Wyszczególnienie	Skala depresji		Skala lęku		Skala stresu		Wynik ogólny	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Wyniki w grupie osób zdrowych (n = 1021)								
Wiek	-0,03	0,274	0,01	0,776	-0,04	0,232	-0,02	0,428
Wyniki w grupie zdrowych kobiet (n = 625)								
Wiek	-0,02	0,554	0,04	0,310	-0,04	0,319	-0,01	0,787
Wyniki w grupie zdrowych mężczyzn (n = 396)								
Wiek	-0,04	0,426	-0,03	0,536	-0,02	0,698	-0,03	0,512

DASS-42 = skala depresji lęku i stresu wersja 42.

Jak pokazano w tabeli 3, grupa zdrowych kobiet w porównaniu z grupą zdrowych mężczyzn uzyskała istotnie wyższe wyniki we wszystkich 3 skalach (odpowiednio: $p = 0,002$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,001$) oraz w wyniku ogólnym ($p < 0,001$) w DASS-42. Wielkość efektu różnic dla wszystkich wskaźników kwestionariusza była mała ($0,19 < d < 0,24$). Mając na uwadze różnice międzygrupowe ze względu na płeć, postanowiono przygotować wyniki w skali stenowej oddzielnie dla zdrowych kobiet i zdrowych mężczyzn.

Tabela 3. Istotność różnic między grupą zdrowych kobiet i grupą zdrowych mężczyzn w wynikach w 3 skalach oraz w wyniku ogólnym w DASS-42

Wyszczególnienie	t	p	d
Skala depresji	3,06	0,002	0,19
Skala lęku	3,86	0,000	0,24
Skala stresu	3,78	0,000	0,24
Wynik ogólny	3,90	0,000	0,24

DASS-42 = Skala depresji, lęku i stresu wersja 42.

W tabeli 4 przedstawiono wskazówki zamiany wyników surowych na skalę stenową. W celu precyzyjnej oceny otrzymanych rezultatów można w interpretacji odwołać się do następującej klasyfikacji skali stenowej: (a) wyniki bardzo niskie = 1. sten, (b) wyniki niskie = 2.–3. sten, (c) wyniki obniżone = 4. sten, (d) wyniki przeciętne = 5.–6. sten, (e) wyniki podwyższone = 7. sten, (f) wyniki wysokie = 8.–9. sten oraz (g) wyniki bardzo wysokie = 10. sten [30].

Tabela 4. Normy stenowe dla wyników w 3 skalach oraz w wyniku ogólnym w DASS-42 z uwzględnieniem podziału na płeć

Steny	Wyniki surowe								Steny
	Skala depresji		Skala lęku		Skala stresu		Wynik ogólny		
	Grupa kobiet	Grupa mężczyzn	Grupa kobiet	Grupa mężczyzn	Grupa kobiet	Grupa mężczyzn	Grupa kobiet	Grupa mężczyzn	
1	–	–	–	–	–	–	–	–	1
2	–	–	–	–	0–2	0	0–1	–	2
3	0–1	–	0–1	0	3–6	1–4	2–12	0–7	3
4	2–5	0–4	2–5	1–4	7–11	5–9	13–23	8–18	4
5	6–9	5–8	6–9	5–7	12–15	10–13	24–35	19–29	5
6	10–14	9–12	10–13	8–11	16–20	14–18	36–46	30–40	6
7	15–18	13–16	14–17	12–14	21–24	19–22	47–58	41–51	7
8	19–22	17–20	18–21	15–18	25–29	23–27	59–69	52–62	8
9	23–26	21–24	22–24	19–21	30–33	28–31	70–79	63–72	9
10	27–40	25–41	25–40	22–34	34–40	32–41	80–119	75–115	10

DASS-42 = Skala depresji lęku i stresu wersja 42.

W tabeli 5 przedstawiono klucz diagnostyczny pozwalający obliczyć wyniki kwestionariusza z podziałem na 3 podskale. W skład każdej z 3 grup objawów wchodzi 14 stwierdzeń. Teoretyczny zakres wyników mieści się w przedziale między 0 pkt a 42 pkt. Wyższy wynik jest wskaźnikiem większego nasilenia badanej cechy. Wynik ogólny jest sumą wyników cząstkowych i mieści się w zakresie: 0–126 pkt.

Tabela 5. DASS-42: klucz diagnostyczny

Grupy objawów	Numery pozycji
Depresja	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42
Lęk	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41
Stres	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39

DASS-42 = Skala depresji lęku i stresu wersja 42.

Jak pokazano w tabeli 6, uzyskano satysfakcjonujący poziom wskaźnika rzetelności w grupie osób zdrowych oraz oddzielnie w grupie zdrowych kobiet i w grupie zdrowych mężczyzn dla wszystkich 3 skal oraz wyniku ogólnego DASS-42. Wartość współczynnika korelacji wewnątrzklasowej (ICC) między itemami tworzącymi skalę depresji wynosiła 0,49 pkt, tworzącymi skalę lęku – 0,37 pkt, tworzącymi skalę stresu – 0,46 pkt oraz tworzącymi wynik ogólny kwestionariusza – 0,38 pkt dla wszystkich osób badanych.

Tabela 6. Wartości wskaźnika alfa Cronbacha oraz współczynnika korelacji wewnątrzklasowej (ICC) dla 3 skal oraz wyniku ogólnego w DASS-42 w grupie osób zdrowych oraz w grupie zdrowych kobiet i w grupie zdrowych mężczyzn

Alfa Cronbacha Skala depresji	Liczba pozycji		Alfa Cronbacha Skala lęku	Liczba pozycji		Alfa Cronbacha Skala stresu	Liczba pozycji		Alfa Cronbacha Wynik ogólny	Liczba pozycji	
Wyniki w grupie osób zdrowych (n = 1021)											
0,930	14		0,893	14		0,923	14		0,963	42	
Wyniki w grupie zdrowych kobiet (n = 625)											
0,929	14		0,896	14		0,922	14		0,962	42	
Wyniki w grupie zdrowych mężczyzn (n = 396)											
0,931	14		0,884	14		0,924	14		0,962	42	
ICC Skala depresji	p	95% CI	ICC Skala lęku	p	95% CI	ICC Skala stresu	p	95% CI	ICC Wynik ogólny	p	95% CI
Wyniki w grupie osób zdrowych (n = 1021)											
0,49	0,000	0,46–0,51	0,37	0,000	0,35–0,40	0,46	0,000	0,44–0,49	0,38	0,000	0,36–0,40
Wyniki w grupie zdrowych kobiet (n = 625)											
0,48	0,000	0,45–0,52	0,38	0,000	0,35–0,41	0,46	0,000	0,43–0,49	0,38	0,000	0,35–0,41
Wyniki w grupie zdrowych mężczyzn (n = 396)											
0,49	0,000	0,45–0,53	0,35	0,000	0,32–0,39	0,47	0,000	0,43–0,51	0,37	0,000	0,34–0,41

DASS-42 = skala depresji, lęku i stresu wersja 42; CI = przedział ufności.

Analiza statystyczna wykazała, że grupa pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oraz grupa osób zdrowych nie różniły się w zakresie płci ($\chi^2 = 0,04$; $p = 0,839$) oraz wieku ($t = 0,28$; $p = 0,778$).

Jak pokazano w tabeli 7, grupa pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w porównaniu z grupą osób zdrowych uzyskała istotnie wyższe wyniki we wszystkich 3 skalach (dla wszystkich skal: $p < 0,001$) oraz w wyniku ogólnym ($p < 0,001$) DASS-42. Wielkość efektu różnic dla wszystkich wskaźników kwestionariusza była duża ($0,96 < d < 1,44$).

Tabela 7. Istotność różnic między grupą pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i grupą osób zdrowych w wynikach w 3 skalach oraz w wyniku ogólnym w DASS-42

Wyszczególnienie	Grupa pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (n = 49) M (SD)	Grupa osób zdrowych (n = 49) M (SD)	t	p	d
Skala depresji	18,22 (11,17)	6,84 (7,09)	6,03	0,000	1,23

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Skala lęku	17,86 (10,89)	5,69 (5,17)	7,07	0,000	1,44
Skala stresu	20,94 (10,85)	11,65 (8,64)	4,69	0,000	0,96
Wynik ogólny	57,02 (30,14)	24,18 (18,97)	6,45	0,000	1,32

DASS-42 = skala depresji, lęku i stresu wersja 42.

Dyskusja

Badanie przedstawione w artykule miało 3 cele: (a) opracowanie tymczasowych norm, (b) określenie poziomu rzetelności oraz (c) określenie poziomu trafności diagnostycznej polskiej wersji kwestionariusza DASS-42.

Kierując się zróżnicowaniem wyników ze względu na płeć osoby badanej, opracowano tymczasowe normy stenowe dla kobiet i mężczyzn oraz przygotowano wskazówki zamiany wyników surowych na znormalizowane. Posłużono się interpretacją wyników skali stenowej, wydzielając wyniki bardzo niskie, niskie, obniżone, przeciętne, podwyższone, wysokie oraz bardzo wysokie. Zaproponowane wstępne normy pomagają badaczowi zinterpretować otrzymane wyniki z uwzględnieniem płci respondentów.

Kwestionariusz DASS-42 wydaje się pożytecznym instrumentem pomiaru cech depresji, objawów zaburzeń lękowych i napięcia psychicznego w grupach nieklinicznych. Jest narzędziem diagnostycznym dostarczającym kompletnej informacji klinicznych, pozwalającym w pełni na prowadzenie badań przesiewowych przez pracowników ochrony zdrowia.

Rzetelność podskal adaptowanego narzędzia była zadowalająca. Współczynniki α Cronbacha wyliczone dla poszczególnych podskal były wysokie, a zarazem bliskie tym, które uzyskali Antony i wsp. [16] w badaniu przeprowadzonym za pomocą wersji oryginalnej. Uzyskane wartości współczynników α Cronbacha były wyższe od uzyskanych w badaniu wersją oryginalną przez Labovindów [11], w badaniach grupy studentów w Turcji [31] oraz w badaniu perskiej wersji narzędzia w Afganistanie [15]. Należy zauważyć, że w niektórych wersjach kulturowych lepsze parametry statystyczne uzyskały wersje narzędzia pozbawione niektórych stwierdzeń [15, 32, 33], co nie wystąpiło w wersji polskiej [25]. Wartości współczynnika korelacji wewnątrzklasowej (ICC) okazały się w większości zadowalające [34].

Przejdźmy teraz do omówienia wyników dotyczących trafności diagnostycznej, czyli porównania osób zdrowych i osób z dwóch grup klinicznych. Na wstępie trzeba podkreślić, że wyniki uzyskane w badaniu próby nieklinicznej były wyższe od danych pochodzących z badania przeprowadzonego za pomocą oryginalnej wersji narzędzia [11]. Różnice wynikać mogą z wielu przyczyn, także z faktu, że grupa australijska była jednorodna pod względem wykształcenia oraz cechowała się niższym średnim wiekiem życia ($M = 21,0$ lat). Jako grupę porównywalną z grupą polską można uznać 1771 Brytyjczyków pochodzących z różnych środowisk i miejsc pracy ($M = 40,9$ lat; $SD = 15,9$) [18]. Dane w poszczególnych podskalach i w postaci wyniku ogólnego uzyskane we wspomnianej grupie były jednak zdecydowanie niższe niż w badaniach polskich.

Wyniki badań własnych potwierdziły dobre parametry trafności diagnostycznej DASS-42 w populacji polskiej. Porównując wyniki uzyskane przez osoby z grupy nieklinicznej i pacjentów psychiatrycznych, można dostrzec wyraźne różnice między grupami. Ocena efektu różnicy *d*-Cohena wskazuje, że narzędzie najbardziej zróżnicowało grupy w podskalach lęku i depresji, najmniej zaś w podskali stresu. Wyniki uzyskane w badaniu własnym grupy pacjentów psychiatrycznych były bliskie w podskali depresji i stresu oraz wyższe w podskali lęku od uzyskanych w badaniu grupy holenderskich pacjentów z zaburzeniami depresyjno-lękowymi [8]. Podobnie w wypadku podskal depresji oraz stresu mieściły się w zakresie wyników uzyskanych w badaniu amerykańskiej grupy pacjentów psychiatrycznych z zaburzeniami lękowymi oraz zaburzeniami nastroju, natomiast były wyższe od wspomnianych w podskali lęku. Należy zauważyć, że grupa amerykańska obejmowała mniejsze spektrum rozpoznań [35].

Wyniki przeprowadzonych badań własnych wskazują na trafność narzędzia w rozumieniu zgodności jego wyników z zewnętrznym kryterium, jakim jest rozpoznanie zaburzenia psychicznego.

Ograniczenia badania

Ograniczenie badań wynikało z braku możliwości przeprowadzenia badania ogólnokrajowego w doborze kwotowym. Mimo to uzyskane dane pozwalają już na wstępną normalizację narzędzia, podobnie jak było w wypadku innych narzędzi diagnozy kwestionariuszowej [36]. Kolejnym ograniczeniem była mała liczebność pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, która pozwoliła jedynie na utworzenie grupy niejednorodnej klinicznie. Wykluczyło to możliwość określenia różnic w poszczególnych podskalach między pacjentami z odmiennymi rozpoznaniem klinicznymi. W przyszłości planujemy przeprowadzić badanie na większej grupie pacjentów, aby sprawdzić, czy narzędzie pozwala na wykrywanie specyficznych objawów w poszczególnych grupach rozpoznań. Ograniczeniem jest także brak wyników pomiaru trafności zbieżnej i rozbieżnej, choć taki pomiar jest planowany.

Wnioski

Uzyskane rezultaty wskazują, że polska wersja DASS-42 charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Zarówno wskaźniki rzetelności, jak i trafności diagnostycznej okazały się na tyle wysokie, że można z powodzeniem stosować opisywany kwestionariusz w badaniach naukowych i diagnostyce klinicznej osób zdrowych oraz osób z zaburzeniami psychicznymi.

Autorzy innych badań nad skalą DASS-42 wskazują na możliwość stosowania kwestionariusza w próbach klinicznych pacjentów psychiatrycznych [17, 35], jednak przy zachowaniu ostrożności w interpretacji uzyskanych wyników. W pracy zaprezentowano również wyniki wstępnej polskiej normalizacji (normy stenowe), która może być pomocna w wykrywaniu podczas przesiewowego badania diagnostycznego przejawów sugerujących trudności w zakresie depresji, lęku czy stresu u osób zdrowych lub osób z tzw. grup ryzyka.

Ponadto, ze względu na liczne doniesienia o pogarszającym się stanie zdrowia psychicznego społeczeństwa polskiego w efekcie następstw pandemii COVID-19 oraz niestabilnej sytuacji międzynarodowej, konieczne jest szybkie wskazanie osób zagrożonych ryzykiem wystąpienia kryzysu psychicznego. Do kryteriów służących ocenie zagrożenia należy rozpoznanie oznak obecności nasilonego lęku, stresu i obniżonego nastroju. Dlatego uzyskane rezultaty uprawniają do rekomendacji DASS-42 jako narzędzia, które mogą wykorzystywać nie tylko psycholodzy, ale także lekarze różnych specjalności, w tym lekarze medycyny pracy, inni klinicyści i personel pielęgniarstwa. Częste stosowanie opisywanego kwestionariusza w badaniach międzynarodowych umożliwia porównywanie uzyskiwanych rezultatów również przez polskich badaczy.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> (dostęp: 1.09.2022).
2. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. *Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders*. *Am. J. Psychiatry*. 2005; 162(6): 1171–1178. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1171
3. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. *Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019*. *Lancet Psychiatry*. 2022; 9(2): 137–150. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
4. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*. *Lancet*. 2021; 398(10312): 1700–1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
5. Brhlikova P, Pollock AM, Manners R. *Global burden of disease estimates of depression – How reliable is the epidemiological evidence?* *JRSM*. 2011; 104(1): 25–34. doi: 10.1258/jrsm.2010.100080.
6. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. *Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys*. *Lancet*. 2007; 370(9590): 851–858. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9
7. Taylor R, Lovibond PF, Nicholas MK, Cayley C, Wilson PH. *The utility of somatic items in the assessment of depression in chronic pain patients: A comparison of the Zung Self-rating Depression Scale (SDS) and the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in chronic pain and clinical and community samples*. *Clin. J. Pain*. 2005; 21(1): 91–100.
8. Nieuwenhuijsen K, Boer de A, Verbeek J, Blonk RWB, Dijk F. *The Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS): Detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems*. *Occup. Environ. Med.* 2003; 60(1): 77–82. doi:10.1136/oem.60.suppl_1.i77
9. Newcomb RD, Steffen MW, Brecher LE, Sturchio GM, Murad MH, Wang Z i wsp. *Screening for depression in the occupational health setting*. *Occup. Med.* 2016; 66(5): 390–393. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw043>

10. 10. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E i wsp. *Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis*. JAMA. 2015; 314(22): 373–2383.
11. 11. Lovibond PF, Lovibond SH. *The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories*. Behav. Res. Ther. 1995; 33(3): 335–343.
12. 12. Clark LA, Watson D. *Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications*. J. Abnor. Psychol. 1991; 100(3): 316–336. doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316
13. 13. <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/polish/polish.htm> (dostęp: 1.09.2022).
14. 14. <http://www2.psy.unsw.edu.au/Groups/Dass/translations.htm> (dostęp: 1.09.2022).
15. 15. Shayan NA, Niazi AR, Waseq AM, Özcebe H. *Depression, Anxiety, and Stress Scales 42 (DASS-42) in Dari-Language: Validity and reliability study in adults, Herat, Afghanistan*. Bezmialem Science. 2021; 9(3): 356–362.
16. 16. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. *Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample*. Psychol. Assess. 1998; 10(2): 176–181.
17. 17. Clara IP, Cox BJ, Enns MW. *Confirmatory factor analysis of the Depression–Anxiety–Stress Scales in depressed and anxious patients*. J. Psychopathol. Behav. Assess. 2001; 23: 61–67. <https://doi.org/10.1023/A:1011095624717>
18. 18. Crawford JR, Henry JD. *The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample*. Br. J. Clin. Psychol. 2003; 42(Pt 2): 111–131. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12828802>
19. 19. Henry JD, Crawford JR. *The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample*. Br. J. Clin. Psychol. 2005; 44(Pt 2): 227–239. doi: 10.1348/014466505X29657
20. 20. Yusoff MS. *Psychometric properties of the depression anxiety stress scale in a sample of medical degree applicants*. Intern. Med. J. 2013; 20(3): 295–300.
21. 21. Lee EH, Moon SH, Cho MS, Park ES, Kim SY, Han JS i wsp. *The 21-item and 12-item versions of the depression anxiety stress scales: Psychometric evaluation in a Korean population*. Asian Nurs. Res. (Korean Soc. Nurs. Sci.). 2019; 13(1): 30–37. doi: 10.1016/j.anr.2018.11.006
22. 22. Bottesi G, Ghisi M, Altoè G, Conforti E, Melli G, Sica C. *The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples*. Compr. Psychiatry. 2015; 60: 170–181. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.04.005
23. 23. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. *Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures*. Int. J. Psychol. 2013; 48(6): 1018–1029. doi: 10.1080/00207594.2012.755535
24. 24. Yeung A, Yulianiwati L, Cheung SH. *A systematic review and meta-analytic factor analysis of the Depression Anxiety Stress Scales*. Clin. Psych. 2020; 27(4): e12362. doi: 10.1037/h0101782
25. 25. Makara-Studzinska M, Tyburski E, Załuski M, Adamczyk K, Mesterhazy J, Mesterhazy A. *Confirmatory factor analysis of three versions of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42, DASS-21, and DASS-12) in Polish adults*. Front. Psychiatry. 2022; 12: 770532. doi: 10.3389/fpsy.2021.770532
26. 26. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson R. *Multivariate data analysis: A global perspective, 7th ed*. Upper Saddle River, NJ, USA: Pearson Educational International; 2010.
27. 27. Cohen J. *A power primer*. Psychol. Bull. 1992; 112(1): 155–159.

28. 28. Koo TK, Li MY. *A guideline of selecting and reporting Intraclass Correlation Coefficients for reliability research*. J. Chiropr. Med. 2016; 15(2): 155–163.
29. 29. Hornowska E. *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2013.
30. 30. Łojek E, Stańczak J, Wójcik A. *Kwestionariusz do Pomiaru Depresji. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2015.
31. 31. Akkuş Çutuk Z, Kaya M. *The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-42) high school form: The validity and reliability of Turkish version*. Electronic Journal of Social Science. 2018; 17: 1327–1336. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/550267>.
32. 32. Habibi M, Dehghani M, Pooravari M, Salehi S. *Confirmatory factor analysis of Persian version of Depression, Anxiety and Stress (DASS42): Non-clinical sample*. Razavi Int. J. Med. 2017; 5: e12021.
33. 33. Asghari M, Saed F, Dibajnia P, Zanganeh J. *A preliminary study of the validity and reliability of Depression, Anxiety and Stress (DASS) in non-clinical sample*. Acad. J. Behav. 2008; 15(31): 23–38.
34. 34. Cicchetti DV. *Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology*. Psychol. Assess. 1994; 6(4): 284–290.
35. 35. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlow DH. *Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples*. Behav. Res. Ther. 1997; 35(1): 79–89. doi: 10.1016/s0005-7967(96)00068-x. PMID: 9009048.
36. 36. Juczyński Z. *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.

Adres: Maciej Załuski
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Zakład Psychologii Zdrowia
e-mail: maciej.zaluski@uj.edu.pl

Otrzymano: 8.06.2022

Zrecenzowano: 3.08.2022

Otrzymano po poprawie: 14.08.2022

Przyjęto do druku: 29.08.2022

ANEKS

Skala Depresji Lęku i Stresu wersja 42 (DASS-42)

P.F. Lovibond, S.H. Lovibond

(Adaptacja i normalizacja: M. Makara-Studzińska, M. Zaluski, E. Tyburski)

Proszę przeczytać każde stwierdzenie i skreślić cyfrę 0, 1, 2 lub 3, która wskazuje, jak bardzo dane stwierdzenie odnosi się do Ciebie w okresie ostatniego tygodnia. Nie ma dobrych lub złych odpowiedzi, dlatego nie zastanawiaj się zbyt długo .

Cyfry oznaczają:

- 1 Nie odnosiło się to do mnie w ogóle
- 2 Odnosiło się to do mnie w pewnym stopniu lub przez pewien czas
- 3 Odnosiło się to do mnie w dużym stopniu lub przez długi czas
- 4 Odnosiło się to do mnie w bardzo dużym stopniu lub przez większość czasu

1	Denerwowałam/denerwowałam się całkiem zwyczajnymi rzeczami	0	1	2	3
2	Miałam/miałem uczucie suchości w ustach	0	1	2	3
3	Nie mogłam/nie mogłem doświadczać pozytywnych uczuć	0	1	2	3
4	Odczuwałam/odczuwałem trudności w oddychaniu (np. zbyt szybkie oddychanie, uczucie braku oddechu bez wcześniejszego wysiłku fizycznego)	0	1	2	3
5	Miałam/miałem trudności z chodzeniem	0	1	2	3
6	Miałam/miałem tendencję do nadmiernego reagowania na różne sytuacje	0	1	2	3
7	Miałam/miałem uczucie drżenia, osłabienia	0	1	2	3
8	Trudno było mi się zrelaksować	0	1	2	3
9	W sytuacjach, kiedy odczuwałam/odczuwałem lęk, największa ulga przychodziła, kiedy sytuacje te dobiegały końca	0	1	2	3
10	Czułam/czułem, że nic mnie w życiu nie spotka	0	1	2	3
11	Raczej łatwo się denerwowałam/denerwowałem	0	1	2	3
12	Używałam/używałem dużo nerwowej energii	0	1	2	3
13	Czułam/czułem się smutna/smutny i depresyjna/depresyjny	0	1	2	3
14	Czułam/czułem się zniecierpliwiona/zniecierpliwiony, kiedy coś się opóźniało (np. na światłach, w windzie, kiedy musiałem na coś czekać)	0	1	2	3
15	Miałam/miałem uczucie omdlewania	0	1	2	3
16	Czułam/czułem, że straciłem zainteresowanie właściwie wszystkim	0	1	2	3
17	Czułam/czułem się niewartościową osobą	0	1	2	3

18	Czułam/czułem, że jestem raczej przewrażliwiona/przewrażliwiony)	0	1	2	3
19	Pociłam/pociłem się w sposób widoczny (np. spocone dłonie), kiedy nie było gorąco ani nie wykonywałam/wykonywałem wysiłku fizycznego	0	1	2	3
20	Czułam/czułem się przestraszona/przestraszony bez żadnego powodu	0	1	2	3
21	Czułam/czułem, że nie warto żyć	0	1	2	3
22	Bardzo trudno było mi się odprężyć	0	1	2	3
23	Miałam/miałem trudności w polykaniu	0	1	2	3
24	Nie odczuwałam/nie odczuwałem żadnego zadowolenia z rzeczy, które robiłam/robiłem	0	1	2	3
25	Czułam/czułem bicie swojego serca, kiedy nie wykonywałam/wykonywałem żadnego wysiłku fizycznego (np. odczuwanie przyspieszenia akcji serca, zamierania serca)	0	1	2	3
26	Czułam/czułem się przybita/przybity i smutna/smutny	0	1	2	3
7	Czułam/czułem, że jestem bardzo drażliwa/drażliwy	0	1	2	3
28	Czułam/czułem, że jestem bliska/bliski wpadnięcia w panikę	0	1	2	3
29	Bardzo trudno było mi się uspokoić, kiedy coś mnie zdenerwowało	0	1	2	3
30	Bąłam/bąłem się, że będę zbита/zbity z tropu przez jakieś zwyczajne, ale nieznanne mi zadania	0	1	2	3
31	Nie mogłam/nie mogłam się ucieszyć z niczego	0	1	2	3
32	Trudno było mi wytrzymać, kiedy ktoś przerwał mi coś, co akurat robiłam/robiłem	0	1	2	3
33	Byłam/byłem w stanie nerwowego napięcia	0	1	2	3
34	Czułam/czułem się całkowicie bezwartościowa/bezwartościowy(-y)	0	1	2	3
35	Nie mogłam/nie mogłem znieść, jak cokolwiek przeszkadzało mi w tym, co akurat robiłam/robiłem	0	1	2	3
36	Czułam/czułem się przerażona/przerażony	0	1	2	3
37	Nie miałam/nie miałem żadnych nadziei na przyszłość	0	1	2	3
38	Czułam/czułem, że życie jest bezwartościowe	0	1	2	3
39	Czułam/czułem się podminowana/podminowany	0	1	2	3
40	Obawiałam/obawiałem się sytuacji, kiedy mogłabym/mógłbym wpaść w panikę i zrobić z siebie głupca	0	1	2	3
41	Odczuwałam/odczuwałem drżenia (np. rąk)	0	1	2	3
42	Trudno było mi coś zacząć	0	1	2	3

Zgodę na wykorzystanie kwestionariusza można uzyskać pod adresem mailowym: m.makara-studzinska@uj.edu.pl, maciej.zaluski@uj.edu.pl