

Bartosz Kleszcz

(bkleszcz@gmail.com)  
Wydział Psychologii  
SWPS Uniwersytet  
Humanistycznospołeczny

Joanna E. Dudek

Wydział Psychologii  
SWPS Uniwersytet  
Humanistycznospołeczny

Wojciech Białaszek

Wydział Psychologii  
SWPS Uniwersytet  
Humanistycznospołeczny

Paweł Ostaszewski

Wydział Psychologii  
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

Frank W. Bond

Goldsmiths  
University of London

## WŁAŚCIWOŚCI PSYCHOMETRYCZNE POLSKIEJ WERSJI KWESTIONARIUSZA AKCEPTACJI I DZIAŁANIA-II (AAQ-II)

Badanie prezentuje wyniki polskiej walidacji Kwestionariusza Akceptacji i Działania-II (AAQ-II). Wyniki z dwóch prób ( $N_1 = 602$ ,  $N_2 = 70$ ) wskazują na stabilną strukturę, wysoką rzetelność oraz trafność zbieżną, różnicową i przyrostową. Alfa Cronbacha dla pierwszej próby wyniosła .938 [CI (.912; .958)], dla drugiej .910 [CI (.874; .939)]. Stabilność dwutygodniowa wyniosła  $r = .733$  [CI (.602; .825)]. Wyniki pokazują, że AAQ-II może zostać wykorzystane w Polsce jako miara elastyczności psychologicznej. Ponadto, wykorzystanie AAQ-II jest bezpłatne, ułatwiając prowadzenie badań i psychoterapii. Badanie poszerza także wiedzę o istocie elastyczności psychologicznej oraz efektywnego radzenia sobie. Pozyskane dane wskazują na rozbieżność między funkcjonalną diagnozą AAQ-II a zorientowaną objawowo diagnozą kwestionariusza Coping Inventory for Stressful Situations, gdzie tylko pierwszy w istotny sposób wyjaśniał aspekty ogólnego funkcjonowania. Badanie wskazuje, że zachowania unikowe nie wiążą się w znaczący sposób z satysfakcją z życia lub obecnością problemów klinicznych, ale zaczynają takimi być, gdy oddalają osobę od realizowania własnych wartości i sensu życia.

**Słowa kluczowe:** elastyczność psychologiczna, terapia akceptacji i zaangażowania, zdrowie psychiczne, unikanie doświadczania, coping.

### WPROWADZENIE

Rosnąca liczba diagnoz psychiatrycznych, rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i ograniczona skuteczność istniejących metod leczenia opartych na dowodach skłania naukowców do poszukiwania lepszych sposobów przewidywania i wpływania na ludzkie zachowanie

(Hayes i in., 2011). Jeden z takich sposobów zaproponowany został przez kontekstualną naukę o zachowaniu (ang. *Contextual Behavioral Science*, CBS). Podejście to zakorzenione jest w filozofii funkcjonalnego kontekstualizmu i opiera się na teorii ram relacyjnych (ang. *Relational Frame Theory*, RFT; Hayes i in., 2001), nowoczesnej behawioralnej teorii języka

i poznania. Kontekstualna nauka o zachowaniu koncentruje się głównie na rozwijaniu pojęć naukowych w sposób, który umożliwi przewidywanie i wpływ na zachowanie człowieka z taką precyzją, zakresem i głębokością, by sprzyjać lepszemu jego rozumieniu i zmniejszać jego cierpienie (Hayes i in., 2012). Badania prowadzone zgodnie z zasadami kontekstualnej nauki o zachowaniu doprowadziły do stworzenia terapii akceptacji i zaangażowania (ang. *Acceptance and Commitment Therapy*, ACT). ACT opiera się na transdiagnostycznym modelu ludzkiego cierpienia, który uznaje elastyczność psychologiczną (ang. *psychological flexibility*) za mediator zmiany i cel interwencji. To podejście ma szerokie spektrum zastosowań, obejmujące zarówno zagadnienia kliniczne (A-Tjak i in., 2014; Hacker i in., 2015), związane ze środowiskiem pracy (Bond i Flaxman, 2006) czy z uprawianiem sportu (Gardner i Moore, 2012).

Elastyczność psychologiczną (EP) definiuje się jako zdolność do pozostawania w pełnym kontakcie z chwilą obecną – ze wszystkimi myślami, uczuciami i doznaniem, jakie zawiera – oraz do działania zgodnego z celami opartymi na wartościach, nawet w obecności trudnych doświadczeń wewnętrznych i zewnętrznych przeszkód (Bond i in., 2011). Zgodnie z ACT, EP stanowi fundament zdrowia psychicznego. Z kolei niski poziom EP, brak elastyczności psychologicznej, znajduje się u źródła psychopatologii (Hayes i in., 2006). Jednym z kluczowych aspektów braku elastyczności psychologicznej jest unikanie doświadczania, czyli próba kontrolowania, unikania lub ucieczki przed niechcianymi doświadczeniami wewnętrznymi przeżyciami (Hayes i in., 1996).

EP mierzona jest za pomocą Kwestionariusza Akceptacji i Działania-II (*Acceptance and Action Questionnaire*, AAQ-II), składającego się z 7 pozycji. Im wyższy wynik tym niższa elastyczność, a im niższy wynik tym wyższy jej poziom. Celem stworzenia zrewidowanej wersji kwestionariusza była odpowiedź na

ograniczenia metodologiczne oraz doprecyzowanie pojęciowe pierwszej 9-itemowej wersji AAQ (Hayes i in., 2004). Wstępne badania nad AAQ-II wskazują na satysfakcjonującą spójność wewnętrzną, współczynniki alfa z różnych prób mieszczące się w przedziale od .78 do .88 oraz współczynniki test-retest po 3 i 12 miesiącach wynoszące odpowiednio .81 i .79 (Bond i in., 2011). Analizy IRT (ang. *Item Response Theory*) potwierdzają hipotezę jednego czynnika, wskazując, że wariancja związana itemami i osobami może być przypisana jednej latentnej zmiennej. Analizy pozwalają także wykluczyć odmienne odpowiadanie na pozycje testowe u osób różnych płci i w akceptowalnych granicach wobec wieku. Powyższe wyniki pozwalają na stwierdzenie, że AAQ-II mierzy pojedynczy, jednowymiarowy konstrukt (Fledderus i in., 2012b). Ostateczne 7 itemów to:

1. Bolesne doświadczenia i wspomnienia sprawiają, że trudno mi żyć w sposób, który uznałbym za wartościowy.
2. Boję się swoich uczuć.
3. Martwię się, że nie będę w stanie kontrolować swoich zmartwień i uczuć.
4. Bolesne wspomnienia stoją na przeszkodzie temu, żebym wiódł satysfakcjonujące życie.
5. Emocje są przyczyną problemów w moim życiu.
6. Wydaje mi się, że większość ludzi radzi sobie ze swoim życiem lepiej niż ja.
7. Zamartwianie się przeszkadza mi w odniesieniu sukcesu.

AAQ-II przetłumaczono na liczne języki, a tłumaczenia te wskazują na podobny kierunek relacji oraz podobne właściwości psychometryczne jak oryginalna skala (Monestès i in., 2016), w języku włoskim (Pennato i in., 2013), holenderskim (Bernaerts i in., 2012), francuskim (Monestès i in., 2009), niemieckim (Gloster i in., 2011), hiszpańskim (Ruiz i in., 2013, 2016), chińskim (Cao i in., 2013), rumuńskim (Szabó i in., 2011) i portugalskim (Pinto-Gouveia i in., 2012).

Różnorodne wyniki badań wskazują na to, że wyższy poziom EP wiąże się z wyższą jakością życia, większą ilością pozytywnych doświadczeń emocjonalnych, lepszą wydajnością i większą redukcją w zakresie istotnych klinicznie miar depresji, zaburzeń lękowych, trichotillomanii, nadużywania substancji, wypalenia zawodowego, zmartwiania się, bólu, prokrastynacji akademickiej oraz nasilenia patologicznego zbieractwa (Ayers, i in., 2014; Bohlmeijer i in., 2015; Chawla i Ostafin, 2007; Gaudiano, 2012; Glick i in., 2014; Ruiz, 2010). Ponadto wyniki badań sugerują, że EP stanowi czynnik ochronny w sytuacjach zetknięcia się z bodźcami stanowiącymi emocjonalny czy fizyczny stresor (Butler i Ciarrochi, 2007; Kratz i in., 2007; Masuda i in., 2010; Merwin i in., 2009; Meyer i in., 2013). Badanie podłużne, prowadzone przez Philipa Spinhovena i współpracowników (2014), trwające na przestrzeni kilku lat, pokazuje, że wyższe wyniki kwestionariusza AAQ (wcześniejszej wersji AAQ-II) w dużej mierze pozwalają przewidzieć zmiany w poziomie zaburzeń związanych ze stresem i lękiem dwa lata później, nawet wtedy, gdy kontroluje się początkowy poziom nasilenia tych trudności. U osób, które nie przejawiały symptomów tych zaburzeń, szansa ich wystąpienia była wyższa, jeśli miały niższy poziom elastyczności psychologicznej w momencie rozpoczęcia badań. U osób, już doświadczających tych zaburzeń, o niskim poziomie elastyczności, szansa ich ustąpienia była mniejsza. Odwrotna relacja – występowanie i nasilenie zaburzeń pozwalające przewidzieć wyniki w AAQ – była istotna statystycznie, ale słabsza.

Liczne badania kliniczne pokazały, że EP nie tylko może wzrosnąć wskutek zastosowania interwencji ACT (np. Fledderus i in., 2010; Pearson i in., 2012; Ruiz, 2010; Weineland i in., 2012), ale że wzrost EP jest mediatorem efektów ACT (Lillis i Kendra, 2014; Lundgren i in., 2008; Wicksell i in., 2013). Mimo że EP wywodzi się z CBS i ACT, badania wskazują,

że jest to konstrukt o szerokim zakresie terapeutycznym, który mediuje wyniki również w innych terapiach behawioralnych, jak na przykład w terapii poznawczo-behawioralnej (Arch i Craske, 2008; Arch i in., 2012a; Arch i in., 2012b; Gloster i in., 2014).

Biorąc to wszystko pod uwagę, można uznać AAQ-II jako ekonomiczny pod względem formy i czasu poświęconego na wypełnienie przez badanych kwestionariusz z dobrymi właściwościami psychometrycznymi. W świetle szybkiej ekspansji badań nad ACT i RFT (Hooper i Larsson, 2015) istotne staje się dalsze poszerzanie wiedzy na temat właściwości psychometrycznych AAQ-II oraz sprawdzenie, na ile uzyskane wyniki można uogólniać na populacje różne kulturowo. Podstawowym celem badań prezentowanych w niniejszym artykule jest dostarczenie informacji o właściwościach polskiej wersji AAQ-II. W związku z tym potwierdzono strukturę czynnikową oraz określono trafność zbieżną, różnicową, przyrostową, spójność wewnętrzną oraz rzetelność test-retest skali.

Oдноśnie trafności teoretycznej, jeśli EP ma odzwierciedlać zdolność do radzenia sobie z wyczerpującymi emocjonalnie sytuacjami, założyliśmy, że wyższe wyniki w AAQ-II powinny wiązać się z większą ilością codziennego stresu oraz niższą aktywnością związaną z zachowaniem w obliczu takich sytuacji. Oczekiwaliśmy pozytywnych korelacji z lękiem jako cechą (STAI-X2), ogólnym poziomem dysfunkcji w zakresie zdrowia psychicznego oraz w podskalach (GHQ-28), tłumieniem myśli (WBSI), neurotycznością (NEO-FFI N) oraz radzeniem sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach (CISS-SSE). Hipotezy te zgodne są z dostępnymi wynikami badań wskazujących na pozytywne korelacje z wyżej wymienionymi lub pokrewnymi konstruktami, wliczając tutaj  $r = .57$  do  $.63$  dla tłumienia myśli,  $r = .47$  do  $.71$  dla konstruktów związanych z depresją i lękiem oraz  $r = .30$  do  $.51$  dla ogólnego poziomu

zdrowia psychicznego. Oczekujemy negatywnych korelacji z jakością życia (SWLS), radzeniem sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu (CISS-SSZ) oraz skoncentrowanym na unikaniu (CISS-SSU, ACZ, PKT), ekstrawersją (NEO-FFI E) oraz sumiennością (NEO-FFI S). Ponownie, odzwierciedla to obserwacje z międzynarodowych badań, wskazujących na negatywne korelacje wyników AAQ-II i konstruktywów związanych z jakością życia oraz dobrostanem psychicznym (np. Bond i in., 2011; Gloster i in., 2011; Hayes i in., 2006; Levin i in., 2014; Monestès i in., 2016; Pennato i in., 2013).

Podczas gdy korelacje z neurotycznością, ekstrawersją i sumiennością mają tendencję do przyjmowania kierunku zgodnego z modelem teoretycznym, to brakuje zgody w stosunku do tego, jak EP odnosi się do otwartości na doświadczenia i ugodowości (Gloster i in., 2011, Masuda i Latzman, 2012). Gloster i in. piszą o negatywnych korelacjach z otwartością i brakiem istotnych statystycznie korelacji z ugodowością, ale Masuda i Latzman (2012) opisują odwrotne wyniki – brak korelacji z otwartością i negatywną korelację z ugodowością. W związku z tymi rozbieżnościami autorzy badania oczekiwali albo negatywnych korelacji albo ich braku.

Trafność przyrostową AAQ-II, w oparciu o Haynesa i Lencha (2003), zdefiniowano jako stopień, w jakim kwestionariusz może przewidzieć dane zjawisko ponad wariancję wynikającą z innych miar, zwykle uznanych już predyktorów. W rzeczy samej, pytanie czy model EP wnosi cokolwiek nowego wzbudza kontrowersje wśród naukowców (np. Hofmann i Asmundson, 2008). Zgodnie z założeniami teoretycznymi, EP jest predyktorem jakości życia i takich sposobów zmiany częstotliwości lub formy doświadczeń jednostki jak tłumienie myśli, jako że podkreśla związek między podejściem jednostki do doświadczeń we-

wnętrznych oraz zaangażowaniem w istotne sfery życia.

Gloster i in. (2011) cytują wcześniejsze, zastanawiające jeżeli chodzi o teorię, wyniki badań, w których akceptacja (istotny komponent EP) nie miała związku z wieloma klinicznie istotnymi i prawdopodobnie pokrewnymi konstruktywami takimi jak zamartwianie się, lęk w kontaktach społecznych, rozwój osobisty czy poczucie celu w życiu. Nie była też predyktorem zmienności wyników powyżej tej wyjaśnianej przez miarę obsesyjnych przekonań (Abramowitz i in., 2009; Kollman i in., 2009). Wyniki badania własnego Glostera i współpracowników (2011) były częściowo niespójne. Choć badanie wykazało trafność przyrostową przy neurotyzmie, objawach depresyjnych, wrażliwości na lęk, poziomie funkcjonowania i dysfunkcji przy atakach paniki i fobii społecznej, nie stwierdziło jednak trafności przyrostowej przy agorafobicznym unikaniu. Istnieją też dwa badania o spójnych wynikach wskazujących na to, że za pomocą AAQ-II można przewidzieć swoistą wariancję powyżej tej wyjaśnianej przez różne miary uważności, w próbie holenderskiej w odniesieniu do pozytywnego poziomu zdrowia psychicznego oraz przy objawach depresji i lęku (Fledderus i in., 2012a), oraz w próbie chińskiej, w odniesieniu do pozytywnego i negatywnego afektu, subiektywnego dobrostanu psychicznego, lęku i depresji (Zhang i in., 2014). Powyższe jednoznaczne wyniki mogą wskazywać na wniosek spójny teoretycznie z EP, że miara AAQ-II nie powinna być używana jako predyktor dla konstruktywów, które skoncentrowane są na samym tylko, pozbawionym kontekstu, istnieniu doświadczeń wewnętrznych czy skłonności.

Nie ustalono dotąd czy EP może zostać zredukowane do stylu radzenia sobie, co byłoby odzwierciedlone przez brak dodatkowej wariancji powyżej wariancji wyjaśnianej przez miary stylów radzenia sobie ze stresem

skoncentrowanych na zadaniu, emocjach czy unikaniu w kwestionariuszu CISS. Wedle naszej hipotezy, EP nie jest jedynie prostym stylem radzenia sobie zdefiniowanym przez topograficznie skategoryzowane działania takie jak kończenie zadania, bycie albo skupionym na emocjach albo szukanie sposobów umożliwiających odwrócenie uwagi. EP nie jest też prostą receptą, aby robić więcej, mniej unikać i odwracać uwagę, czy zwracać więcej lub mniej uwagi na wewnętrzne przeżycia niezależnie od sytuacji. Zatem, w przeciwieństwie do pozornie podobnych konstruktów jak sprężystość psychiczna (ang. *resilience*), nacisk nie jest kładziony na bezpośrednią zmienność związaną z zachowaniem lub na podtrzymanie działania mimo niesprzyjających, mocno stresujących okoliczności, ani na odczuwanie pozytywnych emocji lub posiadanie fenomenologicznego doświadczenia wyboru (Gow i Celinski, 2011; Heszen i Sęk, 2007). Zgodnie z ACT, nie można określić czy jakakolwiek reakcja jest adaptacyjna patrząc jedynie na jej topografię, ponieważ wydarzenia życiowe mogą wymagać drastycznie różnych podejść, a podobne działania w różnych kontekstach mogą mieć zupełnie odwrotne konsekwencje dla jakości życia. Adaptacyjne zachowania mogą mieć miejsce zarówno, gdy dochodzi do ograniczenia różnorodności zachowania wskutek wpływu zasad werbalnych (student realizujący szkolne wymogi, aby otrzymać lepsze oceny), jak i przy braku kontroli awersyjnej (uzależnienie od kokainy może być sterowane przez pozytywne wzmocnienie), albo pod nieobecność lub pomimo obecności emocji określanych przez społeczeństwo jako pozytywne. Treść działania jest drugorzędna w stosunku do funkcji, jaką ono pełni. Jako że EP mierzy funkcję zachowań będących przedmiotem zainteresowania klinicznego, nie określając, jakie konkretnie działania byłyby najlepsze w danym kontekście, oczekujemy słabych korelacji z poszczególnymi stylami radzenia sobie CISS. Wskazywało-

by to na funkcjonalny charakter AAQ-II, teoretycznie różny od topograficznych skal CISS lub podobnie definiowanych konstruktów.

## METODA

### Osoby badane

Wszystkie procedury były zgodne z wymogami Komisji Etycznej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Zgoda została uzyskana przed badaniem, uczestnicy nie otrzymali wynagrodzenia za udział. Każda próba osób badanych została zebrana przy pomocy ogłoszenia w internecie, które było także rozpowszechniane przez media społecznościowe.

Próba 1 złożona była z 602 uczestników zebranych w przeciągu dwóch dni poprzez wydarzenie w mediach społecznościowych. Wypełnili oni wyłącznie AAQ-II. Udział wzięło 213 mężczyzn i 389 kobiet, 374 osoby były w wieku 18-25, 214 w przedziale 26-45, 9 osób miało 46-55 lat, 5 osób miało powyżej 65 lat. W wyniku selekcji obserwacji odstających za pomocą odległości Mahalanobisa, z pierwotnej liczby osób z dalszych analiz wykluczono 44 uczestników. Ustalono dla obserwacji odstających kryterium istotności wynosiło  $p < 0.05$ . Poniższe analizy przeprowadzono zatem na 558 osobach.

Aby sprawdzić trafność i stabilność test-retest konstruktów, losowo wybrano osoby z Próby 1, prosząc je o wypełnienie pakietu kwestionariuszy, a 2 tygodnie później o ponowne wypełnienie samego AAQ-II. Ze względu na ograniczenia logistyczne oraz etyczne nie każda osoba została zaproszona do dalszej części badania. Ostatecznie Próba 2 składała się z 113 uczestników (26 mężczyzn i 87 kobiet), z czego 64 osoby były w wieku 18-25 (56.6%), 44 w wieku 26-45 (38.9%), 5 osób miało powyżej 45 lat (4.4%). Jedna osoba nie wypełniła kwestionariusza CISS, a cztery kwestionariusza WBSI. Z racji podłużnego charakteru procedury test-retest

oraz wyłączenia z udziału uczestników korzystających z pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej, 70 osób z Próby 2 wypełniło ponownie AAQ-II dwa tygodnie później.

### Procedura

Dane zebrano za pomocą ogłoszenia w internecie. Udział w badaniu był dobrowolny i nie przewidziano zań wynagrodzenia. Wszyscy uczestnicy zostali poinformowani o możliwości rezygnacji z badania w dowolnym momencie. U osób badanych nie sprawdzano obecności zaburzeń psychicznych. W Próbie 1 uczestnicy zostali poinformowani o anonimowości badań. W Próbie 2 dane zebrał bezpośrednio pierwszy autor, a jako że anonimowość nie była możliwa, badanie przeprowadzono po otrzymaniu pisemnej zgody uczestnika.

### Tłumaczenie

Wstępna polskojęzyczna wersja skali została przetłumaczona przez czterech profesjonalistów, którzy przeszli trening w zakresie ACT i RFT. Kwestionariusz był tłumaczony niezależnie przez każdego z ekspertów. Pogrupowano tłumaczenia każdego ze stwierdzeń, które eksperci oceniali następnie na 4-stopniowej skali Likerta. Pozycje, który uzyskały najwyższe oceny, wybrane zostały do wstępnej wersji AAQ-II. Następnie skala została ponownie przetłumaczona na język angielski przez

niezależnego tłumacza. Po przedyskutowaniu rozbieżności między wersjami, eksperci zdecydowali się na takie brzmienie pozycji, które jak najbardziej odpowiada oryginalnej angielskiej wersji kwestionariusza. Ostateczną wersję itemów można zobaczyć w Tabeli 1.

### Narzędzia pomiarowe

*Kwestionariusz Akceptacji i Działania (AAQ-II, Acceptance and Action Questionnaire-II, Bond i in., 2011)* składa się z 7 stwierdzeń mierzących elastyczność psychologiczną. Osoby badane oceniały każde stwierdzenie na 7-punktowej skali w przedziale od 1 = „nigdy nie prawdziwe” do 7 = „zawsze prawdziwe”. Wyższe wyniki wskazały na niższą elastyczność psychologiczną.

*Skala Satysfakcji z Życia (SWLS, The Satisfaction With Life Scale, Diener i in., 1985)*. Aby określić ogólną satysfakcję z życia wykorzystaliśmy 5-itemową skalę SWLS. Osoby badane były proszone, aby ocenić każde ze stwierdzeń (np. „Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, prawie niczego bym nie zmienił”) na 7-punktowej skali, gdzie 7 = „całkowicie się zgadzam” a 1 = „całkowicie się nie zgadzam”. Wyższe wyniki oznaczały wyższą satysfakcję z życia. SWLS ma korzystne właściwości psychometryczne, w tym wysoką spójność wewnętrzną i rzetelność test-retest (Pavot i Diener, 2008).

**Tabela 1.** Itemy skali AAQ-II

- 
1. Bolesne doświadczenia i wspomnienia sprawiają, że trudno mi żyć w sposób, który uznałbym za wartościowy.
  2. Boję się swoich uczuć.
  3. Martwię się, że nie będę w stanie kontrolować swoich zmartwień i uczuć.
  4. Bolesne wspomnienia stoją na przeszkodzie temu, żebym wiódł satysfakcjonujące życie.
  5. Emocje są przyczyną problemów w moim życiu.
  6. Wydaje mi się, że większość ludzi radzi sobie ze swoim życiem lepiej niż ja.
  7. Zamartwianie się przeszkadza mi w odniesieniu sukcesu.
-

*Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (CISS, The Coping Inventory for Stressful Situations, Endler i Parker, 1990a).* CISS składa się z 48 itemów oceniających ogólny styl radzenia sobie jednostki ze stresującymi sytuacjami w trzech skalach mierzących styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), skoncentrowany na emocjach (SSE), skoncentrowany na unikaniu (SSU). Ten ostatni styl dzieli się na dwie podskale: angażowania się w czynności zastępcze (ACZ) i poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Osoby badane odpowiadały na 5-punktowej skali, wyniki były sumowane dla każdej skali i mogły wahać się w przedziale od 16 do 80 punktów. CISS ma zadowalającą rzetelność i trafność czynnikową, diagnostyczną i teoretyczną (Cosway i in., 2000; Endler i Parker, 1990b; Strelau i in., 2005).

*Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28, The General Health Questionnaire-28, Goldberg and Hillier, 1979).* GHQ-28 składa się z czterech 7-itemowych skal: objawy somatyczne (GHQ-A), lęk i bezsenność (GHQ-B), dysfunkcja społeczna (GHQ-C), objawy depresyjne (GHQ-D). Umożliwia on ocenę zdrowia psychicznego w czterech wymiarach odpowiadających tym czterem skalom. Charakteryzuje się zadowalającą spójnością wewnętrzną i trafnością kryterialną (Goldberg i in., 1997; Makowskai Merecz, 2001).

*Inwentarz Osobowości NEO FFI (NEO FFI, The Neo Five-Factor Inventory, Costa i McCrae, 1985).* Inwentarz Osobowości NEO FFI został zaprojektowany do pomiaru pięciu głównych czynników osobowości: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenie, ugodowości i sumienności. Złożony jest z 60 stwierdzeń z odpowiedziami na 5-punktowej skali (od 1 = „zdecydowanie się nie zgadzam” do 5 = „zdecydowanie się zgadzam”). NEO-FFI ma zadowalającą rzetelność i trafność (McCrae i Costa, 1987; Zawadzki i in., 1998).

*Inwentarz Lęku jako Cechy (STAI X-2, The State-Trait Anxiety Inventory; Spielberger i in.,*

1970). W niniejszym badaniu ocenialiśmy jedynie poziom lęku jako cechy, więc kwestionariusz składał się z 20 itemów ocenianych na 4-stopniowej skali (od „Prawie nigdy” do „Prawie zawsze”). Wyższe wyniki wskazywały wyższy lęk. STAI charakteryzuje się zadowalającą trafnością i spójnością wewnętrzną (Spielberger, 1983; Spielberger i in., 1987).

*Inwentarz Supresji Biały Niedźwiedź (WBSI, The White Bear Suppression Inventory, Wegner i Zanakos, 1994).* Inwentarz Supresji Biały Niedźwiedź, złożony z 15 stwierdzeń, został skonstruowany do pomiaru skłonności do tłumienia myśli. Każdy z itemów oceniany jest na 5-punktowej skali. Wyższe wyniki oznaczają większą tendencję do tłumienia myśli. Inwentarz ma akceptowalną spójność wewnętrzną, wysoką rzetelność test-retest, trafność diagnostyczną w odniesieniu do miar depresji, lęku i obsesji (Muris i in., 1996).

### **Analizy statystyczne**

Jednoczynnikowa struktura AAQ-II została sprawdzona za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej przy użyciu programu Amos 22.0. Model został oszacowany metodą Maksymalnej Wiarygodności, dla której wszystkie założenia były spełnione. W celu oceny stopnia dopasowania modelu oparto się na następujących wskaźnikach: NFI (ang. *Normed Fit Index*; Bentler i Bonnet, 1980), CFI (ang. *Comparative Fit Index*; Bentler, 1990), i RMSEA (ang. *Root Mean Square Error*; Browne i Cudeck, 1993). Opierając się na wskazówkach literaturowych założyliśmy, że wartości CFI i NFI powyżej .90, natomiast w przypadku RMSEA wartości poniżej progu .05, wskazują na dobre dopasowanie. Dodatkowo wartości RMSEA poniżej .08 interpretujemy jako akceptowalne dopasowanie modelu (Browne i Cudeck, 1992; Hu i Bentler, 1999). Raportujemy także statystykę dobroci dopasowania  $\chi^2$ , w przypadku której jej istotność poniżej założonego progu 5% wskazuje na brak dopasowania modelu. W celu

sprawdzenia równoważności pomiaru (ang. *measurement invariance*), zastosowaliśmy się do wytycznych Byrne (2010), przyjmując dwa kryteria równoważności pomiaru i równoważności strukturalnej, tj. nieistotną statystycznie zmianę statystyki  $\chi^2$ , a także przyjmując dalej za rekomendacją Cheung i Rensvold (2002), aby wskaźnik  $\Delta CFI$  nie przekraczał progu 0.01.

W kolejnym etapie policzyliśmy wskaźnik alfa Cronbacha, aby sprawdzić spójność wewnętrzną narzędzia. Rzetelność test-retest była obliczona tylko dla Próby 2. Trafność teoretyczną tj. trafność zbieżna i różnicowa była analizowana poprzez interpretację macierzy współczynników korelacji. Trafność przyrostowa (ang. *incremental validity*) została oszacowana przy wykorzystaniu wielokrotnej, liniowej regresji hierarchicznej (patrz: Haynes i Lench, 2003).

## WYNIKI

### Właściwości Psychometryczne

*Struktura czynnikowa.* Test  $\chi^2$  wskazał na brak dopasowania danych do modelu teoretycznego ( $\chi^2_{14} = 174.69$ ,  $p < 0.001$ ). Pomimo, że dwa

kolejne indeksy sugerują dobre dopasowanie (NFI = 0.918; CFI = 0.923), wskaźnik RMSEA wynoszący 0.144 jest zgodny ze wskazaniem testu  $\chi^2$  sugerując brak dopasowania modelu. Względnie wysoka wartość RMSEA może być wynikiem niewielkiej liczby stopni swobody testowanego modelu (patrz: Kenny i in., 2015). Tabela 2, sekcja A prezentuje standaryzowane i niestandaryzowane wartości oszacowań ścieżek rozwiązania CFA. Ładunki czynnikowe ( $\lambda$ ) są umiarkowane i wysokie.

Podobnie jak we wcześniejszych badaniach (Bond i in., 2011; Ruiz i in., 2016) wykorzystaliśmy indeksy modyfikacji (ang. *modification indices*, MI) i skorelowaliśmy następujące wartości błędów pozycji dla pytań: 1 i 4 (MI = 60.793), 2 i 3 (MI = 43.679) a także 6 i 7 (MI = 26.385). Zabiegu tego dokonaliśmy analizując równoważność pod względem znaczenia pozycji 1 i 4 oraz 2 i 3. Pierwsza para pytań odnosi się do przymiotnika *bolesny* i związku pomiędzy wspomnieniami a jakością życia. W drugiej parze pojawia się słowo *uczucia* isądzimy, że sposób odpowiadania na te pytania może być związany ze zjawiskiem negatywnie nacechowanej antycypacji. Relacja pomiędzy pozycjami 6 i 7 wydaje się mniej wyrazista. Pod

**Tabela 2.** Niestandaryzowane i standaryzowane współczynniki otrzymane w wyniku CFA skali AAQ-II dla A) modelu bez skorelowanych błędów pomiaru; B) modelu ze skorelowanymi błędami pomiaru

A. Model bez skorelowanych błędów pomiaru							
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Współczynniki niestandaryzowane	1.02	0.91	1.15	1.30	1.17	1.24	1.30
Współczynniki standaryzowane	.71	.63	.75	.83	.77	.74	.77
B. Model ze skorelowanymi błędami pomiaru							
Współczynniki niestandaryzowane	0.89	0.94	1.23	1.36	1.29	1.29	1.37
Współczynniki standaryzowane	.66	.60	.75	.81	.80	.72	.76



**Tabela 3.** Statystyki opisowe skali AAQ-II (N = 558).

Statystyka	Średnia	SD	Skośność	Kurtoza	Min.	Max.
Wartość	23.95	8.608	.155	-.607	7	47

względem użytych słów, pytania te mogą wydawać się różne, ale funkcjonalnie reprezentują ten sam problem radzenia sobie z trudnościami i osiągnięcia pożądaných konsekwencji w sferze życia. Skorelowanie wariacji związanej z błędem w tych pozycjach poprawiło dopasowanie modelu ( $\chi^2_{11} = 22.661$ ,  $p = 0.020$ ). Choć test  $\chi^2$  nadal wskazuje na niedostateczne dopasowanie modelu do danych, to pozostałe wskaźniki wskazują na dobre lub bardzo dobre dopasowanie (NFI = .989; CFI = .994; RMSEA = 0.044). W Tabeli 3 zaprezentowane są statystyki opisowe próby użytej do confirmacji struktury czynnikowej. Można zauważyć, że wyniki są symetrycznie rozłożone wokół średniej, na co wskazuje skośność.

*Spójność wewnętrzna.* Spójność wewnętrzna AAQ-II, której wskaźnikiem jest alfa Cronbacha dla pierwszego i drugiego pomiaru wynosi odpowiednio .938 [CI (.912; .958)] i .910 [CI (.874; .939)]. Współczynnik korelacji wewnątrzklasowej (ang. *single measure interclass correlation*) wynosił .731 [CI (.600; .824)], który można interpretować jako umiarkowanie wysokie.

*Rzetelność test-retest.* Stabilność pomiaru w dwutygodniowym odstępie wynosiła  $r(68) = .733$  [CI (.602; .825)], co wskazuje na akceptowalną rzetelność dla testów przeznaczonych do badań grupowych. Przeprowadziliśmy także dodatkową analizę potwierdzającą stabilność pomiaru, sprawdzając, czy różnica w średnich wynikach zmieniała się istotnie czy też nie. Okazało się, że pomiędzy pierwszym ( $M = 20.61$ ;  $SD = 8.87$ ) a drugim ( $M = 21.43$ ;  $SD = 9.52$ ) pomiarem nie ma statystycznie istotnych różnic w średnim wyniku AAQ-II ( $t(69) = 0.762$ ;  $p = .449$ ;  $d = 0.091$ ).

*Różnice demograficzne.* W celu dokonania pogłębionej analizy różnic demograficznych w składzie badanej grupy, skupiliśmy się na różnicach międzypłciowych, ponieważ wydają się one najistotniejsze ze względu na omawianą tematykę. Ponieważ grupa była nierównoliczna pod względem frekwencji kobiet i mężczyzn ( $\chi^2(1, N = 558) = 55.513$ ;  $p < .001$ ), w celu dokonania porównań parametrycznych przeważaliśmy badaną grupę. Po nadaniu wagi analitycznej 1.46 dla mężczyzn i 0.76 dla kobiet, uzyskaliśmy taką samą proporcję kobiet i mężczyzn, przy zachowaniu tej samej liczebności próby. Ta operacja nie wpłynęła na wnioski z analizy. Okazało się, że kobiety ( $M = 25.35$ ;  $SD = 8.28$ ) miały statystycznie istotnie ( $t(556) = 5.782$ ;  $p < .001$ ;  $d = 0.490$ ) wyższe wyniki niż mężczyźni ( $M = 21.26$ ;  $SD = 8.45$ ). Ta różnica wskazuje na umiarkowany związek płci z wynikami AAQ-II. Pozostałe różnice demograficzne były nieistotne statystycznie.

Różnice międzypłciowe mogą sugerować odmienną strukturę badanego konstruktów u kobiet i u mężczyzn. W celu zweryfikowania tego przypuszczenia zbadaliśmy równoważność modelu w grupie kobiet i mężczyzn. Innymi słowy sprawdziliśmy czy znaczenie pozycji testowych AAQ-II jest takie samo w zależności od płci (Cheung i Rensvold, 2002). Testowaliśmy równoważność w modelach bez i ze skorelowanymi błędami. Testując równoważność pomiaru, porównaliśmy model bazowy (ang. *baseline model*) z modelem z wprowadzonymi ograniczeniami odnośnie struktury czynnikowej między grupami (ang. *constrained model*). Wartość różnicy w teście dopasowania  $\chi^2$  posłużyła jako główne kryterium decyzyjne (Tabela 4). Zarówno w modelu nieuwzględniającym

**Tabela 4.** Równoważność pomiaru pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn bez i ze skorelowanymi błędami pomiaru.

Model	$X^2$	$df$	$NFI$	$CFI$	$RMSEA$
Równoważność pomiaru pomiędzy grupami					
Model wyjściowy	186.1	28	.905	.921	.101
Model z ograniczeniami	193.2	35	.90	.921	.900
Równoważność pomiaru pomiędzy grupami ze skorelowanymi błędami pomiaru					
Model wyjściowy	30,203	22	.985	.996	.026
Model z ograniczeniami	35,979	28	.982	.996	.023

skorelowane błędy pomiaru ( $\Delta\chi^2(7) = 7.1$ ;  $p = .419$ ) jak i w modelu ze skorelowanymi błędami pomiaru ( $\Delta\chi^2(6) = 5,776$ ;  $p = .449$ ) wskazuje na równoważność czynnikową teoretycznego modelu w grupie kobiet i mężczyzn. Ponadto wskaźnik  $\Delta CFI$  był mniejszy niż 0.01 w obu przypadkach (różnicę tę można policzyć odejmując wartości  $CFI$  z modelu bez i z ograniczeniami z Tabeli 4). Podsumowując, analizy wykazały równoważność pomiaru w grupach o różnej płci.

### Testowanie trafności teoretycznej i trafności przyrostowej

*Trafność teoretyczna.* Wyniki analiz (Tabela 5) w dużej mierze potwierdziły nasze hipotezy, wskazując na satysfakcjonującą trafność teoretyczną. Osoba z niską elastycznością będzie doświadczała więcej stresu, lęku i symptomów depresyjnych, na co dodatkowo wskazuje neurotyczność jako cecha osobowości. Osoba mało elastyczna, pozostając pod presją (np. w sytuacji stresującej), zamiast koncentrować się na zewnętrznych zdarzeniach, będzie skupiać się na kontroli emocji bardziej niż na zadaniach do wykonania lub podejmowaniu kroków, które mogłyby w perspektywie długoterminowej poprawić jej jakość życia. Korelacje z takimi cechami osobowości jak ugodowość i otwartość na doświadczenia okazały

się istotne i ujemne. Dostyc niespodziewanie związku z podskalami GHQ-28 były różnej wielkości, z przeciętną siłą dla lęku i bezsenności ( $r(111) = .400$ ,  $p < .001$ ) i skali objawów depresyjnych ( $r(111) = .433$ ,  $p < .001$ ), ale o małej sile ze skalą objawów somatycznych ( $r(111) = .237$ ,  $p < .011$ ) i dysfunkcji społecznej ( $r(111) = .217$ ,  $p = .021$ ). Nie potwierdziła się nasza hipoteza o związku pomiędzy AAQ-II i skalą CISS stylu skoncentrowanego na unikaniu jego dwóch podskal: angażowania się w czynności zastępcze i poszukiwania kontaktów towarzyskich ( $r(110) = .009$ ,  $p = .922$ ).

*Trafność przyrostowa.* Aby oszacować trafność przyrostową, przeprowadziliśmy serię wielokrotnych, hierarchicznych regresji liniowych dla siedmiu zmiennych zależnych, dodając w kroku drugim AAQ-II jako zmienną. Wyniki zaprezentowane w Tabeli 6 pokazują, że elastyczność psychologiczna mierzona przez AAQ-II wyjaśnia część wariancji swoistej powyżej tej wyjaśnianej (zgodnie z naszymi hipotezami) dla: satysfakcji z życia (SWLS) i tej wyjaśnianej dla Inwentarza Supresji Białej Niedźwiedz (WBSI). Przeciwnie do naszej hipotezy AAQ-II istotnie wyjaśniał wariancję wyników objaśnianą przez lęk jako cechę (STAI X-2). Zgodnie z naszymi przewidywaniami nie uzyskaliśmy istotnego przyrostu wyjaśnianej wariancji przez EP w odniesieniu do skali GHQ-28,

**Tabela 5.** Współczynniki korelacji Pearsona dla wszystkich zmiennych

	AAQ-II	SWLS	CISS-SSZ	CISS-SSE	CISS-SSU	CISS-ACZ	CISS-PKT	GHQ-A	GHQ-B	GHQ-C	GHQ-D	GHQ-28	NEO-FFI N	NEO-FFI E	NEO-FFI O	NEO-FFI U	NEO-FFI S	STAI X-2	WBSI	
SWLS	-.64**	1																		
CISS SSZ	-.31**	.34**	1																	
CISS SSE	.67**	-.50**	-.42**	1																
CISS SSU	.01	.06	.06	.07	1															
CISS ACZ	.18	-.15	-.13	.20*	.79**	1														
CISS PKT	-.18	.24**	.23*	-.10	.78**	.23*	1													
GHQ A	.24*	-.24*	-.16	.36**	.06	.14	-.06	1												
GHQ B	.40**	-.39**	-.15	.41**	.13	.25**	-.05	.48**	1											
GHQ C	.22*	-.17	-.13	.09	.02	.02	.01	.37**	.15	1										
GHQ D	.43**	-.47**	-.32**	.33**	-.12	.03	-.22*	.33**	.52**	.30**	1									
GHQ-28	.45**	-.44**	-.26**	.41**	.03	.16	-.11	.74**	.76**	.63**	.75**	1								
NEO-FFI N	.73**	-.58**	-.49**	.82**	-.04	.14	-.21*	.42**	.49**	.16	.51**	.55**	1							
NEO-FFI E	-.36**	.45**	.36**	-.36**	.32**	.01	.49**	-.19*	-.22*	-.07	-.30**	-.27**	-.48**	1						
NEO-FFI O	-.20*	.16	.11	-.13	.11	.03	.15	-.22*	-.11	-.07	-.00	-.14	-.15	.16	1					
NEO-FFI S	-.28**	.21*	.05	-.25**	-.02	-.07	.04	-.29**	-.28**	-.18	-.25**	-.35**	-.28**	.31**	.17	1				
NEO-FFI U	-.26**	.33**	.42**	-.30**	.03	-.16	.22*	-.13	-.20*	-.15	-.33**	-.28**	-.34**	.36**	-.13	.19*	1			
STAI X2	.78**	-.70**	-.42**	.76**	-.00	.18	-.19*	.33**	.55**	.19*	.56**	.58**	.84**	-.52**	-.09	-.36**	-.36**	1		
WBSI	.67**	-.45**	-.31**	.61**	.07	.16	-.05	.22*	.36**	.09	.35**	.35**	.64**	-.24*	-.10	-.32**	-.16	.68**	1	

Nota: AAQ-II: Kwestionariusz Akceptacji i Działania II (N = 113); SWLS = Skala Satysfakcji z Życia (N = 113); CISS SSZ = CISS skala: styl skoncentrowany na zadaniu (N = 113); CISS ACZ = CISS skala: zaangażowanie się w czynności zastępcze (N = 113); CISS SSU = CISS skala styl skoncentrowany na unikaniu (N = 113); CISS SSE = CISS skala: styl skoncentrowany na emocjach (N = 113); CISS PKT = CISS skala: poszukiwanie kontaktów towarzyskich (N = 113); GHQ A = GHQ skala: objawy somatyczne (N = 113), GHQ b = GHQ skala: lęk i bezsenność (N = 113), GHQ C = GHQ skala: dysfunkcja społeczna (N = 113), GHQ D = GHQ skala: objawy depresyjne (N = 113), GHQ-28 = Kwestionariusz Ogólnej Oceny Stanu Zdrowia z 28 pytaniami (N = 113); NEO-FFI N = NEO-FFI skala: neurotyczność (N = 113), NEO-FFI E = NEO-FFI skala: ekstrawersja (N = 113), NEO-FFI O = NEO-FFI skala: otwartość (N = 113); NEO-FFI U = NEO-FFI skala: ugodowość (N = 113), NEO-FFI S = NEO-FFI skala: sumienność (N = 113), STAI X-2 = Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI skala: lęk jako cecha (N = 113), WBSI = Kwestionariusz Supresji Biały Niedźwiedź (N = 104).

\*  $p < .01$ ; \*\*  $p < .001$

neurotyczności (NEO-FFI N), skali CISS SSZ mierzącej styl skoncentrowany na zadaniu i skali stylu skoncentrowanego na emocjach (CISS SSE). Model zbudowany na bazie skali CISS SSU, czyli skali stylu skoncentrowanego na uni-

kaniu okazał się nieistotny statystycznie. W takim przypadku badanie trafności przyrostowej wydaje się nieuprawnione, dając dalsze dowody na brak związku pomiędzy tymi niezależnymi, ale podobnie nazwanymi konstruktami.

**Tabela 6.** Wyniki wielokrotnej, hierarchicznej regresji dla siedmiu zmiennych wyjaśnianych. W pierwszym kroku przewidywaliśmy wyniki zmiennej zależnej (ZZ) na podstawie wymienionych predyktorów, natomiast w drugim kroku analizy dodaliśmy do modelu regresji wyniki AAQ-II w celu sprawdzenia trafności przyrostowej. Istotność zmiany w przyroście wariancji wyjaśnianej wskazuje wartość istotności  $p$  (oznaczone w tabeli jako  $p \Delta R^2$ )

Zmienne zależne i predyktory	Krok 1			Krok 2			$p \Delta R^2$
	$\beta$	B (SE)	$R^2$	B	B (SE)	$R^2$	
<b>ZZ: SWLS</b>			.486			.511	.018
STAI X-2	-.697	-.377(.037)		-.499	-.270 (.057)		
AAQ-II				-.254	0.165		
<b>ZZ: GHQ-28</b>			.369			.370	.796
NEO-FFI N	.230	0.264 (.162)		.238	.273 (.176)		
NEO-FFI U	-.164	-0.274 (.136)		-.165	-.274 (.137)		
STAI X-2	.324	0.369 (.166)		.342	.390 (.185)		
AAQ-II				-.032	-.044 (.169)		
<b>ZZ: NEO-FFI N</b>			.801			.805	.184
CISS SSE	.432	.394 (.060)		.415	.378 (.061)		
STAI X-2	.455	.451 (.073)		.398	.394 (.084)		
GHQ-28	.109	.094 (.046)		.108	.093 (.045)		
AAQ-II				.092	.109 (.082)		
<b>ZZ: WBSI</b>			.027			.453	< .001
NEO-FFI S	-.164	-.245 (.145)		-.016	-.023 (.112)		
AAQ-II				.670	.887(.100)		
<b>ZZ: STAI-X2</b>			.816			.825	.027
SWLS	-.259	-.488 (.105)		-.208	-.393 (.112)		
CISS SSE	.133	.125 (.071)		.113	.106 (.070)		
NEO-FFI N	.402	.412(.088)		.355	.363(.088)		
NEO-FFI E	-.122	-.183 (.078)		-.128	-.192 (.076)		
WBSI	.196	.177 (.053)		.150	.135 (.055)		
AAQ-II				.165	.196 (.087)		
<b>ZZ: CISS SSZ</b>			.317			.323	.335
NEO-FFI N	-.397	-.351 (.074)		-.477	.422 (.105)		
NEO-FFI S	.288	.328 (.096)		.287	.330 (.096)		
AAQ-II				.112	.117 (.121)		
<b>ZZ: CISS SSE</b>			.692			.695	.285
NEO- FFI N	.635	.697(.110)		.612	.672(.112)		
STAI X-2	.222	.241(.109)		.170	.184(.121)		
AAQ-II				.093	.120(.112)		

Nota: Wyniki ANOVA dla wszystkich zmiennych zależnych dla kroku 1 i 2:

SWLS: Krok 1  $F(1;111) = 104.759$ ;  $p < .001$ ; Krok 2  $F(2,110) = 57.552$ ;  $p < .001$   
 GHQ-28: Krok 1  $F(3;109) = 21.257$ ;  $p < .001$ ; Krok 2  $F(4,108) = 15.823$ ;  $p < .001$   
 NEO-FFI N: Krok 1  $F(3;108) = 145.207$ ;  $p < .001$ ; Krok 2  $F(4,107) = 110.143$ ;  $p < .001$   
 WBSI: Krok 1  $F(1;102) = 1.834$ ;  $p = .095$ ; Krok 2  $F(2,101) = 41.844$ ;  $p < .001$   
 STAI – X2: Krok 1  $F(5;97) = 86.146$ ;  $p < .001$ ; Krok 2  $F(6;96) = 75.600$ ;  $p < .001$   
 CISS SSZ: Krok 1  $F(2;111) = 25.280$ ;  $p < .001$ ; Krok 2  $F(3;111) = 17.156$ ;  $p < .001$   
 CISS SSE: Krok 1  $F(2;111) = 122.199$ ;  $p < .001$ ; Krok 2  $F(3;111) = 81.967$ ;  $p < .001$

## DYSKUSJA

AAQ-II wykazał stabilną strukturę, silną rzetelność oraz trafność zbieżną, różnicową i przyrostową, co wskazuje na to, że może on być używany jako miara elastyczności psychologicznej w Polsce. Ponadto, użycie AAQ-II jest bezpłatne, co ułatwia jego wykorzystanie w praktyce, zarówno terapeutycznej, jak i naukowej.

Mimo że większość uzyskanych wyników dobrze wpisuje się w rezultaty badań prowadzonych w innych krajach świata, zaobserwowano kilka różnic. Największą różnicą wobec angielskich (Bond i in., 2011) i niemieckich badań (Gloster i in., 2011) były średnie u osób różnych płci – w polskiej próbie mężczyźni uzyskali wynik o średnio 3,5 punktu niższy niż kobiety. Nie istnieje proste uzasadnienie dla takiej różnicy. Być może odzwierciedla to realną rozbieżność w EP między mężczyznami i kobietami w Polsce lub może oznaczać, że istnieje związana z płcią tendencja do ukrywania (u mężczyzn) i nadmiernego podkreślania (u kobiet) ich bieżących trudności.

W przypadku trafności teoretycznej, największym zaskoczeniem była nieistotna, bliska zeru, korelacja między AAQ-II i skalą CISS stylu skoncentrowanego na unikaniu, i dalej brak statystycznej istotności w związku między EP a skalą CISS SSU pod względem trafności przyrostowej. Mogłoby się wydawać, że skoro podstawowym aspektem definicji braku EP jest unikanie, wyniki powinny być wysoko skorelowane. Autorzy sugerują, że może to być wyjaśnione przez rozróżnienie między topograficznym, objawowym unikaniem w CISS i funkcjonalnym unikaniem mierzonym przez AAQ-II. Rozróżnienie to było i jest poddawane badaniom naukowym, których wyniki za każdym razem wskazują na ograniczony związek między obecnością objawów a następującym upośledzeniem funkcjonowania i podkreślają, jak ważne jest dodawanie oceny funkcjonal-

nej do diagnozy (McKnight i Kashdan, 2009; McKnight i in., 2015).

Wewnętrzne doświadczenia – takie jak zamartwianie się, tłumienie, trudne myśli, emocji czy postawy wobec własnych stanów somatycznych – są zawsze rozważane w modelu EP w odniesieniu do zgodnego z wartościami, udanego życia. Dlatego w AAQ-II emocje zawsze powiązane są z efektywnością w życiu jednostki – „emocje są przyczyną problemów w moim życiu”. W ten sposób EP skupia się na funkcjonalności, nie tylko na topografii. Samo określenie, że osoba się martwi lub dzwoni do przyjaciół, gdy odczuwa stres, nie oddaje tego, jaka jest funkcja jej osobistych doświadczeń. Te działania muszą być określone w odniesieniu do tego, na ile pozwalają wieść życie zgodne z wartościami, i to właśnie jest przedmiotem zainteresowania AAQ-II. Jest to istotna uwaga dla praktyki klinicznej gdzie rozróżnienie to jest często pomijane. Brak istotnych korelacji między skalą stylu skoncentrowanego na unikaniu CISS a pozostałymi miarami o znaczeniu klinicznym w niniejszym badaniu dodatkowo potwierdza uzyskane wnioski, wskazując na to, że AAQ-II jest lepszym narzędziem do wykorzystywania w warunkach zarówno klinicznych, jak i związanych z wykonywaniem pracy zawodowej.

Zaobserwowaliśmy również rozbieżności między podskalami GHQ-28 a AAQ-II – podskale objawy somatyczne (GHQ-A) i dysfunkcja społeczna (GHQ-C) były słabo skorelowane z EP. W obu przypadkach można to wyjaśnić tym, że badane konstrukty teoretyczne są podobne tylko w ograniczonym zakresie. Można bowiem mieć wysoki poziom elastyczności i jednocześnie doświadczać problemów ze zdrowiem lub też zachowywać się nieelastycznie a jednak nie mieć dolegliwości somatycznych. Ponadto niektóre pozycje podskali dysfunkcji społecznej związane są z oceną lub oczekiwaniem stanów emocjonalnych

powiązanych z poziomem wydajności jednostki, kwestii niezwiązanej z EP.

Biorąc pod uwagę cechy osobowości takie jak ugodowość czy otwartość na doświadczenie, uzyskane wyniki częściowo stoją w sprzeczności z wynikami uzyskanymi we wspomnianych wcześniej badaniach (Gloster i in., 2011; Masuda i Latzman, 2012). Obie uzyskane korelacje były istotnie negatywne, choć siła efektu była w obu przypadkach mała. Możliwe, że te konstrukty nie są w dużej mierze przydatne dla teorii EP i w związku z tym istotne i nieistotne korelacje są przypadkowe.

Choć trafność przyrostowa w przypadku satysfakcji z życia i tłumienia myśli została udowodniona, uzyskana relacja z lękiem jako cechą była niezgodna z naszą hipotezą. Przyglądając się poszczególnym twierdzeniom w STAI-X2, możemy zauważyć, że lęk jako cecha jest nie tylko definiowana nie tylko przez samo istnienie lęku i pokrewnych mu osobistych doświadczeń, ale też przez tendencję do reagowania na zdarzenia życiowe i osobiste doświadczenia wewnętrzne w długoterminowo niepomocny sposób, co bliskie jest konstruktwi mierzonemu przez AAQ-II. Biorąc pod uwagę to, że obecne badania trafności przyrostowej AAQ-II dają niejednoznaczne wyniki, jedną z dróg interpretacji już istniejących i przyszłych badań jest sprawdzanie na ile brany pod uwagę kwestionariusz mierzy konstrukt topograficznie (objawowo) a na ile funkcjonalnie.

Badania przeprowadzono na próbie nieklinicznej, co uniemożliwiło porównanie średnich wyników między zdrowymi dorosłymi, a osobami będącymi w trakcie psychoterapii czy leczenia psychiatrycznego. Zgodnie z teorią powinniśmy spodziewać się uzyskania wyższych średnich w próbach klinicznych, co potwierdzono licznymi badaniami prowadzonymi w innych krajach (np. Bond i in., 2011; Ruiz i in., 2016). Na podstawie dotychczasowych wyników badań można postawić dwie interesujące hipotezy, które mogłyby się stać

przedmiotem dalszej eksploracji. Po pierwsze, warto zreplikować badanie Glostera i współpracowników (2011), którego wyniki wskazują na to, że AAQ-II różnicuje próby zdrową i kliniczną, ale nie dwie próby kliniczne o innych diagnozach DSM-IV-TR, takich jak na przykład zaburzenie depresyjne i lęk społeczny. Po drugie, warto ocenić, czy istotna jest różnica między Osią I (zaburzenia nastroju itd.), a Osią II (zaburzenia osobowości). Dlatego kolejne badania nad trafnością AAQ-II powinny obejmować nie tylko jedną próbę kliniczną, ale przynajmniej dwie próby kliniczne złożone z osób posiadających różne podstawowe diagnozy.

Dalsze badania powinny uwzględnić modelowanie strukturalne i międzygrupowe analizy CFA, aby pogłębić rozumienie konstruktyw i pełne zrozumienie przyczyn skorelowania błędów pomiaru. Z uwagi na wielkość próby i różną liczebności w analizach, zdecydowaliśmy się na wykorzystanie tradycyjnego podejścia wielokrotnej, hierarchicznej analizy regresji.

W niniejszym badaniu sprawdzano jedynie czy uczestnik był w trakcie leczenia podczas wykonywania badania, ale nie pytano o historię leczenia osób badanych. Zważywszy na to, że próba polska uzyskała ogólny wynik w zakresie elastyczności psychologicznej o kilka punktów wyższy niż w krajach Europy Zachodniej, można przypuszczać, że zawyżenie średniej związane jest z udziałem w badaniu osób, które powinny pozostawać pod opieką specjalisty, ale nigdy nie rozpoczęły takiego leczenia lub przerwały terapię z powodu ograniczeń finansowych i kulturowych założeń dotyczących leczenia w zakresie zdrowia psychicznego. W kolejnych badaniach powinno się uwzględnić również te czynniki.

EP powinna wzrastać w przebiegu udanej terapii lub treningu psychologicznego. Jako że nie jest ona ściśle powiązana jedynie z terapią akceptacji i zaangażowania, a raczej

odzwierciedla funkcjonalnie zdefiniowany styl radzenia sobie, można się spodziewać, że EP będzie wzrastać w przebiegu udanych interwencji, nawet jeśli nie będzie bezpośrednio przedmiotem terapii lub treningu. Przyszłe badania efektywności psychoterapii powinny więc brać pod uwagę AAQ-II jako jedną z miar procesu, dostarczając dalszych dowodów jej trafności.

## PODZIĘKOWANIA

Niniejsze badanie oraz przygotowanie manuskryptu zostały dofinansowane ze środków Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS. Dziękujemy Stanisławowi Malickiemu za pomoc w tłumaczeniu AAQ-II.

## LITERATURA CYTOWANA

- Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., Wheaton, M. G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 160-166.
- Arch, J. J., Craske, M. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Different Treatments, Similar Mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 263-279. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x>
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., Craske, M. G. (2012a). Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Mixed Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765. <http://doi.org/10.1037/a0028310>
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., Craske, M. G. (2012b). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 469-478. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.007>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., Emmelkamp, P. M. G. (2014). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <http://doi.org/10.1159/000365764>
- Ayers, C. R., Castriotta, N., Dozier, M. E., Espejo, E. P., Porter, B. (2014). Behavioral and experiential avoidance in patients with hoarding disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 45(3), 408-414. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.04.005>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238.
- Bentler, P. M., Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588.
- Bernaerts, I., De Groot, F., Kleen, M. (2012). De AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire-II), een maat voor experiëntiële vermijding: Normering bij jongeren. = The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 45(4), 389-399.
- Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M. A., Fledderus, M. (2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 101-106. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.014>
- Bond, F. W., Flaxman, P. E. (2006). The Ability of Psychological Flexibility and Job Control to Predict Learning, Job Performance, and Mental Health. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 113-130. [http://doi.org/10.1300/J075v26n01\\_05](http://doi.org/10.1300/J075v26n01_05)
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Browne, M.W., Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research*, 21(2), 230-258.
- Browne, M. W., Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen &

- J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136- 162). Newbury Park, CA: Sage
- Butler, J., Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16(4), 607–615. <http://doi.org/10.1007/s11136-006-9149-1>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (Second Edition). New York: Routledge
- Cao, J., Ji, Y., & Zhu, Z.-H. (2013). Reliability and validity of the Chinese version of the Acceptance and Action Questionnaire-Second Edition (AAQ-II) in college students. *Chinese Mental Health Journal*, 27(11), 873–877.
- Chawla, N., Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871–890. <http://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Cheung, G. W., Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9, 233–255.
- Costa, P. T. Jr., McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Cosway, R., Endler, N. S., Sadler, A. J., Deary, I. J. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial Structure and Associations With Personality Traits and Psychological Health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5(2), 121–143.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71.
- Endler, N. S., Parker, J. D. (1990a). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc
- Endler, N. S., Parker, J. D. (1990b). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Smit, F., Westerhof, G., J. (2010). Mental Health Promotion as a New Goal in Public Mental Health Care: A Randomized Controlled Trial of an Intervention Enhancing Psychological Flexibility. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2372. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2010.196196>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., Schreurs, K. M. G. (2012a). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(03), 485–495. <http://doi.org/10.1017/S0033291711001206>
- Fledderus, M., Oude Voshaar, M. A., ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T. (2012b). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological Assessment*, 24(4), 925.
- Gardner, F. L., Moore, Z. E. (2012). Mindfulness and acceptance models in sport psychology: A decade of basic and applied scientific advancements. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53(4), 309–318. <http://doi.org/10.1037/a0030220>
- Gaudiano, B. A. (2012). Evaluating Acceptance and Commitment Therapy: An Analysis of a Recent Critique. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy*, 7(2/3), 54–65.
- Glick, D. M., Millstein, D. J., Orsillo, S. M. (2014). A preliminary investigation of the role of psychological inflexibility in academic procrastination. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 81–88. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.002>
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V., Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs? *Psychological Assessment*, 23(4), 970–982. <http://doi.org/10.1037/a0024135>
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Gerlach, A. L., Hamm, A., Ströhle, A., Gauggel, S., ... Wittchen, H.-U. (2014). Timing matters: change depends on the stage of treatment in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 141–153. <http://doi.org/10.1037/a0034555>
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(01), 191–197.
- Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(01), 139–145.
- Gow, K., Celinski, M. J. (2011). *Continuity Versus Creative Response to Challenge : The Primacy of*



- Resilience and Resourcefulness in Life and Therapy*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Hacker, T., Stone, P., MacBeth, A. (2015). Acceptance and Commitment Therapy—Do we know enough? Cumulative and Sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., Wilson, K. G. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), 1–16. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd edition). New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. M. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *Psychological Record*, 54(4), 553–578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Haynes, S. N., Lench, H. C. (2003). Incremental validity of new clinical assessment measures. *Psychological Assessment*, 15(4), 456.
- Heszen, I. i Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1–16. [doi:10.1016/j.cpr.2007.09.003](http://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003)
- Hooper, N., Larsson, A. (2015). *The research journey of acceptance and commitment therapy (ACT)*. London: Palgrave Macmillan.
- Hu, L. T., Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: a Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.
- Kenny, D. A., Kaniskan, B., McCoach, D. B. (2015). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological Methods & Research*, 44(3), 486–507.
- Kollman, D. M., Brown, T. A., Barlow, D. H. (2009). The construct validity of acceptance: A multi-trait-multimethod investigation. *Behavior Therapy*, 40(3), 205–218.
- Kratz, A. L., Davis, M. C., Zautra, A. J. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 291–301. <http://doi.org/10.1007/BF02879911>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163.
- Lillis, J., Kendra, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 1–7. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.005>
- Lundgren, T., Dahl, J., Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 225–235. <http://doi.org/10.1007/s10865-008-9151-x>
- Makowska, Z., Merecz, D. (2001). Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28. W: Dudek B. [red.]. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników Kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 191–264.
- Masuda, A., Lutzman, R. D. (2012). Psychological flexibility and self-concealment as predictors of disordered eating symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), 49–54. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.002>
- Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., Wendell, J. W. (2010). Disordered Eating-Related Cognition and

- Psychological Flexibility as Predictors of Psychological Health among College Students. *Behavior Modification*, 34(1), 3–15.
- McKnight, P. E., Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical psychology review*, 29(3), 243–259.
- McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., Calton, J. M. (2015). Anxiety Symptoms and Functional Impairment: A Systematic Review of the Correlation between the Two Measures. *Clinical Psychology Review*.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1987). Validation of the Five-Factor Model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81–90.
- Merwin, R. M., Rosenthal, M. Z., Coffey, K. A. (2009). Experiential Avoidance Mediates the Relationship Between Sexual Victimization and Psychological Symptoms: Replicating Findings with an Ethnically Diverse Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 537–542. <http://doi.org/10.1007/s10608-008-9225-7>
- Meyer, E. C., Morissette, S. B., Kimbrel, N. A., Kruse, M. I., Gulliver, S. B. (2013). Acceptance and Action Questionnaire—II Scores as a Predictor of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms Among War Veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6). <http://doi.org/10.1037/a0030178>
- Monestès, J. L., Karekla, M., Jacobs, N., Michaelides, M. P., Hooper, N., Kleen, M., ... i Villatte, M. (2016). Experiential avoidance as a common psychological process in European cultures. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). = French translation and validation of the Acceptance & Action Questionnaire (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59(4), 301–308.
- Muris, P., Merckelbach, H., Horselenberg, R. (1996). Individual differences in thought suppression. The White Bear Suppression Inventory: Factor structure, reliability, validity and correlates. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5), 501–513.
- Pavot, W., Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137–152. <http://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Pearson, A. N., Follette, V. M., Hayes, S. C. (2012). A pilot study of Acceptance and Commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181–197.
- Pennato, T., Berrocal, C., Bernini, O., Rivas, T. (2013). Italian version of the acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II): Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 552–563.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., Xavier, A. (2012). Experiential Avoidance in Clinical and Non-Clinical Samples: AAQ-II Portuguese Version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 139–156.
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 10(1), 125–162.
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Midiendo La Evitación Experiential Y La Inflexibilidad Psicológica: Versión Española Del Cuestionario de Aceptación Y Acción - II.*, 25(1), 123–129. <http://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Cárdenas-Sierra, S., Durán, Y., Guerrero, K., Riaño-Hernández, D. (2016). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire—II in Colombia. *The Psychological Record*, 1–9.
- Spielberger C. D. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. rev. ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970). *State-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Strelau, J., Tysarczyk, M. i Wrześniewski, K. (1987). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*

- (ISCL). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*, 45(6), 840-850.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS: Podręcznik do polskiej normalizacji*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Szabó, K. G., Vargha, J. L., Balázs, R., Bartalus, J., Bogdan, V. (2011). Measuring Psychological Flexibility: Preliminary Data on the Psychometric Properties of the Romanian Version of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 11(1), 67-82.
- Wegner, D. M., Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 616-640.
- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T. P., Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice*, 6(1), e21-e30. <http://doi.org/10.1016/j.orcp.2011.04.004>
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., ... Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *European Journal of Pain (London, England)*, 17(4), 599-611. <http://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00224.x>
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998) *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Podręcznik*. [NEO-FFI. Personality Inventory]. Warszawa: PTP.
- Zhang, C. Q., Chung, P. K., Si, G., Liu, J. D. (2014). Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II for Chinese College Students and Elite Chinese Athletes. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(4), 256-270.

Bartosz Kleszcz

(bkleszcz@gmail.com)  
Faculty of Psychology  
SWPS University of Social Sciences  
and Humanities

Joanna E. Dudek

Faculty of Psychology  
SWPS University of Social Sciences  
and Humanities

Wojciech Białaszek

Faculty of Psychology  
SWPS University of Social Sciences  
and Humanities

Paweł Ostaszewski

Faculty of Psychology  
SWPS University of Social Sciences  
and Humanities

Frank W. Bond

Goldsmiths, University of London

## THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE POLISH VERSION OF THE ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE-II (AAQ-II)

### ABSTRACT

This research presents the Polish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). Results collected from two samples ( $N_1 = 602$ ,  $N_2 = 70$ ) show stable structure, strong reliability and convergent, discriminant and incremental validity. Cronbach's alpha for the first sample was .938 [CI (.912; .958)] and for

the second .910 [CI (.874; .939)] with test-retest reliability  $r = .733$  [CI (.602; .825)]. These results suggest that the AAQ-II can be used as a measure of psychological flexibility in Poland. Moreover, the use of AAQ-II is free of charge further facilitating its usage both in therapy and in research. The research also furthers knowledge of the nature of psychological flexibility and effective coping. The results obtained support the discrepancy between the functional assessment of avoidance as measured by the AAQ-II and topographically-categorized examples of avoidance as measured by the Coping Inventory for Stressful Situations, with only the former having a relation to overall functioning. The research shows that avoidant behaviors bear no meaningful relation to the satisfaction with life or the presence of clinical issues, but they become an issue when they disconnect the person from pursuing valued directions in life.

**Keywords:** psychological flexibility, acceptance & commitment therapy, mental health, experiential avoidance, coping.