



Właściwości dyskryminacyjne „Kwestionariusza ogólnego zdrowia” GHQ-30

*Discriminatory power
of the General Health Questionnaire (GHQ-30)*

KRZYSZTOF MAŁYSZCZAK

Z Klinik Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRESZCZENIE. *Cel* – „Ogólny kwestionariusz zdrowia” (GHQ-30) jest instrumentem samooceny stosowanym do wstępnej selekcji osób z niepsychozytycznymi zaburzeniami psychicznymi oraz jako narzędzie do pomiaru nieswoistego cierpienia psychicznego. Praca przedstawia wyliczenia parametrów dyskryminacyjnych polskiej wersji kwestionariusza GHQ-30. *Badane osoby* – badanie przeprowadzono w grupie 104 pacjentów (65 kobiet, 39 mężczyzn w średnim wieku 41,4 lat) poradni zdrowia psychicznego i poradni ogólnej, zgłaszających się z objawami lękowymi i depresyjnymi. *Metoda* – Rozpoznanie postawiono za pomocą kwestionariusza diagnostycznego, opartego na Schemacie oceny klinicznej w neuropsychiatrii (SCAN 2.0). Liczbę punktów GHQ wyliczono stosując metodę [0, 0, 1, 1] (GHQ score). Optymalne wartości parametrów dyskryminacyjnych ustalono na podstawie krzywej ROC (receiver operating curve). *Wyniki* – Wyznaczono optymalny punkt odcięcia na poziomie 12/13 punktów, dla którego czułość wyniosła 82%, a swoistość 80%. Wartości współczynników pozytywnej i negatywnej wartości przewidywanej wyniosły dla rzeczywistego rozpowszechnienia = 64% odpowiednio 82% i 0,88%, natomiast dla rozpowszechnienia = 10% wyliczono wartości 31% i 98%. *Wnioski* – Uzyskane parametry dyskryminacyjne pozwalają stosować kwestionariusz GHQ-30 do wyodrębnienia z populacji ogólnej subpopulacji o zwiększonym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych (w celu identyfikacji osób z problemami psychicznymi) oraz do pomiaru nieswoistego cierpienia psychicznego.

SUMMARY. *Objective* – The General Health Questionnaire is a self-rating scale, firstly, for screening non-psychotic psychiatric disorders, and secondly, to measure general psychological distress. The paper presents discriminatory parameters of the Polish version of the GHQ-30 questionnaire. *Subjects* – The study was carried out on a group of 104 patients (39 males and 65 females, mean age 41,4 years) attending either psychiatric outpatient clinics or primary health care outpatient facilities due to anxiety and depression symptoms. *Method* – They were diagnosed using a diagnostic questionnaire based on the Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.0). GHQ scores were calculated using the [0,0,1,1] method. The receiver operating curve (ROC) was used to determine the optimal values of discriminatory parameters. *Results* – The best cut-off point was found to be the score 12/13, with sensitivity 82%, and specificity 80%. The positive and negative predictive values were 82% and 88%, respectively, for the real prevalence of 64%. Adjusting the results so as to truly reflect the lower case-prevalence rate in the general population (prevalence rate = 10%), the predictive values of 31% and 98% were obtained. *Conclusions* – Such discriminatory parameters are quite satisfactory, allowing to use the GHQ-30 as a screening tool to identify people with psychological problems in the general population. Moreover, the GHQ-30 can be a useful measure of general psychological distress.

Słowa kluczowe: lęk / depresja / samopoczucie / funkcjonowanie

Key words: anxiety / depression / distress / functioning

„Ogólny kwestionariusz zdrowia” (GHQ) jest instrumentem przesiewowym pozwalającym dokonywać wstępnego wyboru osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi w różnych populacjach – Goldberg [1972]. Kwestionariusz zawiera pytania, które pacjent samodzielnie odnosi do swojej sytuacji i stanu psychicznego, po czym ocenia w skali czterostopniowej. Istnieje kilka wersji tego kwestionariusza, zawierających 60, 30, 28, 20 i 12 pytań. W badaniu zastosowano wersję z 30 pytaniami (GHQ-30) ze względu na optymalną proporcję jakości psychometrycznej do wysiłku wymaganego przy jej stosowaniu.

Wiele pracy poświęcono określeniu trafności kwestionariusza GHQ. Goldberg [1972] zaproponował, aby sumę punktów uzyskaną w wyniku zastosowania kwestionariusza traktować jako ilościową miarę nasilenia niepsychotycznego zaburzenia funkcji psychicznych, odwołując się do teoretycznej koncepcji osi biegnącej od bieguna pełnego zdrowia psychicznego do bieguna ciężkich zaburzeń psychicznych. Uzasadniał także traktowanie wartości GHQ jako estymatora prawdopodobieństwa występowania zaburzenia psychicznego. Większej liczbie punktów GHQ odpowiada większe prawdopodobieństwo, że u osoby badanej występuje zaburzenie psychiczne. Dla zastosowań przesiewowych Goldberg wyznaczył punkt odcięcia, który zapewnia wystarczającą czułość i swoistość oszacowania występowania zaburzenia psychicznego.

Badania trafności kwestionariusza koncentrowały się głównie na jego trafności wewnętrznej i spójności. Korzystając z metody analizy czynnikowej wyodrębniano najczęściej następujące czynniki: lęk, depresję, objawy somatyzacyjne oraz zaburzone funkcjonowanie. Wyniki analizy czynnikowej w różnych populacjach opisali: Shek [1993], Cheng i wsp. [1990], Ohta i wsp. [1995] oraz Huppert i wsp. [1989]. Warto podkreślić, że GHQ jest skalą samooceny, a więc zarówno ocena nasilenia lęku i depresji, jak i ocena funkcjonowania są subiektywne. Na sumę

punktów GHQ w znacznym stopniu wpływa sposób przeżywania oraz osobnicza wrażliwość. Osoby z większym poczuciem choroby osiągają większą sumę punktów. GHQ mierzy poczucie zaburzenia psychicznego i jego konsekwencji, czyli wielkość, którą Dohrenwend [1980] określa jako niespecyficzne cierpienie psychiczne (*nonspecific psychological distress*).

CEL

Celem pracy jest przedstawienie parametrów dyskryminacyjnych polskiej wersji kwestionariusza GHQ-30, w szczególności czułości, swoistości, pozytywnej i negatywnej wartości przewidywanej, oraz wartości punktu odcięcia.

BADANI PACJENCI

Podstawą badania była grupa 104 pacjentów (65 kobiet, 39 mężczyzn w średnim wieku 41,4 lat) poradni zdrowia psychicznego i poradni ogólnej. Osoby te nie były leczone lekami psychotropowymi w czasie 6 miesięcy przed badaniem. Nie były także poważnie chore somatycznie, psychicznie, ani uzależnione od substancji psychoaktywnych.

METODY

Tłumaczenie kwestionariusza GHQ wykonało za zgodą jego autora dwóch psychiatrów, wspólnie ustalając ostateczną wersję kwestionariusza. Następnie przeprowadzono badanie praktycznego zastosowania kwestionariusza (*feasibility study*), wprowadzono poprawki zwiększające zrozumiałość pytań, a także dokładnie przeanalizowano treść każdego z nich, odnosząc ją do kulturowych cech języka polskiego. Opracowano oddzielne wersje kwestionariusza dla kobiet i mężczyzn.

Rozpoznanie postawiono za pomocą kwestionariusza diagnostycznego, opartego na definicjach zawartych w „Schemacie oceny kli-

nicznej w neuropsychiatrii” (*Schedule for Assessment in Neuropsychiatry – SCAN*, wersja 2.0, WHO 1992). Liczbę punktów GHQ wyliczono stosując metodę {0, 0, 1, 1} zaproponowaną przez Goldberga [1972] pod nazwą *GHQ score*. Optymalne wartości parametrów dyskryminacyjnych ustalono na podstawie krzywej ROC (*receiver operating curve*).

WYNIKI

Rys. 1 przedstawia rozkład wartości GHQ-30 w trzech grupach: z rozpoznaniem zaburzenia lękowego lub zaburzenia nastroju, z podprogowymi objawami lękowymi lub depresyjnymi i bez objawów.

Przeciętne wartości GHQ (mediany) wyniosły: w grupie bez objawów – 2 punkty, w grupie z objawami podprogowymi – 12 punktów, w grupie z zaburzeniami – 20 punktów.

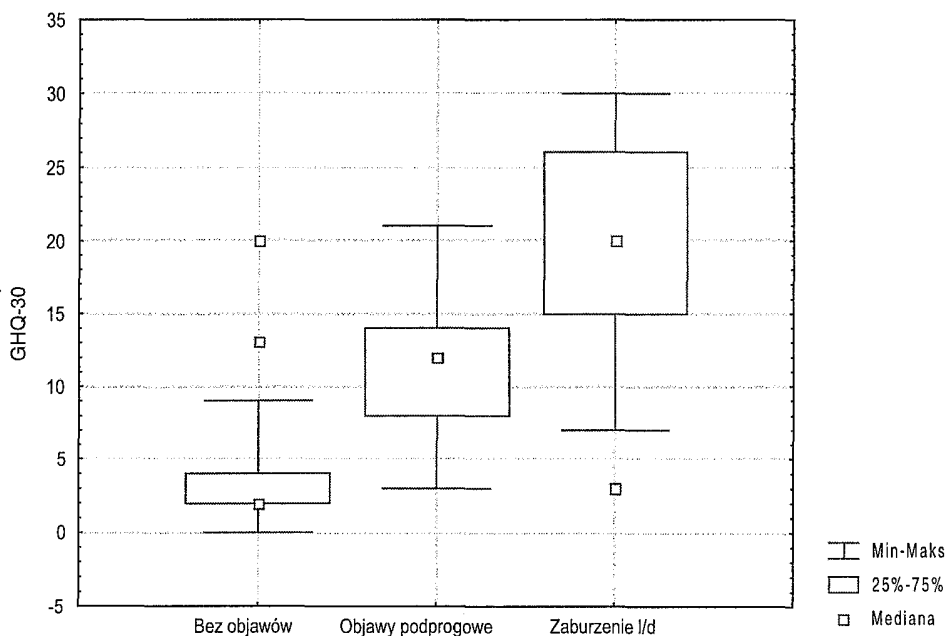
Rys. 2 przedstawia zależność pomiędzy czułością a swoistością kwestionariusza GHQ

dla różnych punktów odcięcia (krzywa ROC). Optymalny punkt odcięcia ma wartość 12/13 punktów, dla którego czułość wynosi 82%, a swoistość 80%. Przyjmując te wartości można wyliczyć współczynniki pozytywnej i negatywnej wartości przewidywanej. Wynoszą one dla badanej grupy (rozpowszechnienie = 0,64) odpowiednio 0,82 i 0,88.

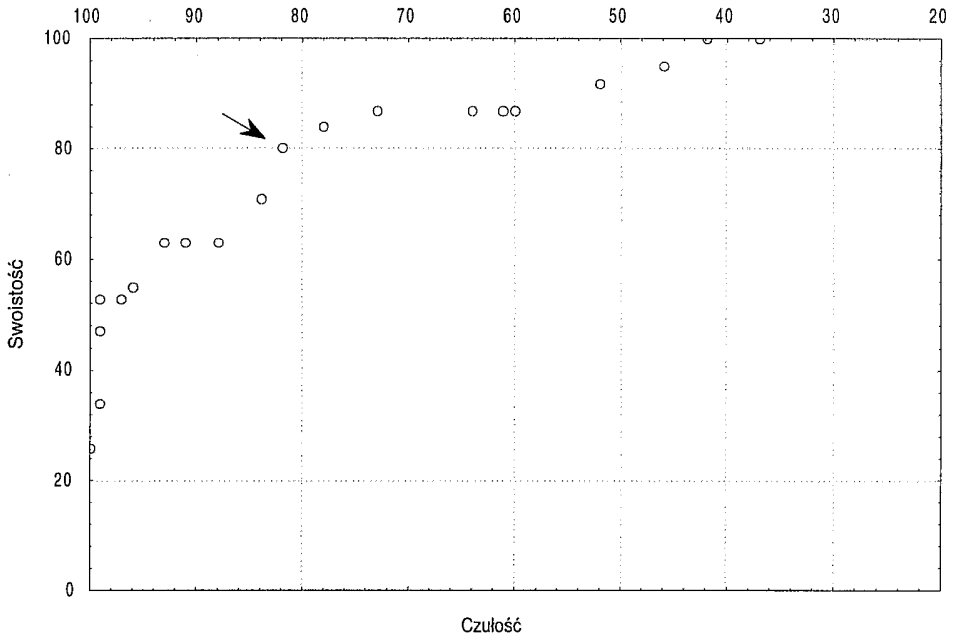
Tabl. 1 przedstawia wartości współczynników wartości przewidywanej dla innych wartości rozpowszechnienia: 10% (podobnie jak w populacji ogólnej) i 25% (podobnie jak w populacji lekarzy pierwszego kontaktu).

Tablica 1. Wartości współczynników wartości przewidywanej dla rozpowszechnienia 10% i 25%

Rozpowszechnienie	Pozytywna wartość przewidywana	Negatywna wartość przewidywana
25%	0,36	0,93
10%	0,31	0,98



Rysunek 1. Rozkład wartości GHQ w trzech grupach: bez objawów, z objawami podprogowymi, oraz z zaburzeniami lękowymi lub zaburzeniami nastroju



Rysunek 2. Zależność czułości i swoistości dla różnych punktów odcięcia kwestionariusza GHQ-30. Strzałka wskazuje optymalny punkt odcięcia 12/13 punktów, dla którego czułość wynosi 82%, a swoistość 80%

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyliczone wartości czułości i swoistości kwestionariusza GHQ-30 (82% i 80%) są zbliżone do uzyskanych przez innych autorów w populacji pacjentów ambulatoryjnych (przeważnie poradni ogólnych). Goldberg [1972] uzyskał wartości: czułości 85% i swoistości 79,5%, Febbo i wsp. [1995] odpowiednio 81,2% i 79,7%, Chong i wsp. [1989] 76% i 77%, Oduwole i wsp. [1989] 65% i 73%. Uzyskane wartości można określić jako średnie.

Zastanawiając się nad zastosowaniami kwestionariusza warto zwrócić uwagę na wartości przewidywane. Pozytywna wartość przewidywana oznacza odsetek poprawnych klasyfikacji w grupie osób uznanych przez GHQ za przypadki, natomiast negatywna wartość przewidywana oznacza odsetek poprawnych klasyfikacji w grupie osób uznanych za zdrowe (bez zaburzenia). Na przykład, jeżeli pozytywna wartość przewidywana wynosi 0,82, to w grupie 100 osób uznanych

za przypadki, 82 osoby będą miały zaburzenie, natomiast 18 nie. W badanej grupie, o dużym rozpowszechnieniu zaburzeń wynoszącym 0,64, wartości przewidywane mieszczą się w granicach 0,8–0,9. Po przeliczeniu wartości przewidywanych dla rozpowszechnienia 25% (podobnego jak w grupie pacjentów ambulatoryjnych lekarzy rodzinnych) uzyskano wartości 36% i 93%. W innych badaniach Chong i wsp. [1989] uzyskali pozytywną wartość przewidywaną 66,7% i negatywną wartość przewidywaną 89,5%, natomiast Oduwole i wsp. [1989] uzyskali pozytywną wartość przewidywaną 53,3%. Różnice pozytywnych wartości przewidywanych wynikają przede wszystkim z różnych wartości rozpowszechnienia zaburzeń.

Zastanawiając się nad zastosowaniem kwestionariusza można zauważyć, że jest mało przydatny jako narzędzie przesiewowe do badań epidemiologicznych populacji pacjentów ambulatoryjnych. Jego zastosowanie dałoby niewielki wzrost koncentracji

zaburzeń przy znaczącym odsetku fałszywie ujemnych klasyfikacji.

W przypadku populacji ogólnej możliwe byłoby trzykrotne zagęszczenie rozpowszechnienia zaburzeń, do wartości ok. 30%. Utrata 2% przypadków (negatywna wartość przewidywana = 0,98) dyskwalifikuje kwestionariusz jako narzędzie przesiewowe w dokładnych badaniach rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Warto rozważenia byłoby jednak zastosowanie kwestionariusza GHQ do wyodrębnienia z populacji ogólnej subpopulacji o zwiększonym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych i identyfikacji osób z problemami psychicznymi. Na przykład lekarz rodzinny mógłby wyszukiwać spośród zapisujących się do jego praktyki osoby o podwyższonym ryzyku zaburzenia psychicznego. Innym zastosowaniem mogłoby być wyszukiwanie w różnych populacjach, np. studentów lub uczniów, osób wymagających pomocy psychologicznej, tak jak przeprowadza się przesiewowe badania ortopedyczne, czy laboratoryjne. Takie użycie kwestionariusza jest bliskie traktowaniu go jako miary nieswoistego cierpienia psychicznego.

Uzyskany w badaniu optymalny punkt odcięcia wynoszący 12/13 punktów jest znacznie wyższy niż w innych badaniach. W grupie dorosłych osób zgłaszających się do lekarzy ogólnych w Filadelfii (USA) Goldberg [1972] uzyskał wartość odcięcia wynoszącą 3/4 punkty. W badaniu analogicznej grupy osób z okolic Tesalonik (Grecja) Garyfallos i wsp. [1991] uzyskali wartość odcięcia 5/6 punktów. Fontanesi i wsp. [1985] w grupie pacjentów zgłaszających się regularnie do lekarza pierwszego kontaktu w północnych Włoszech uzyskali wartość 4/5 punktów. Kitamura i wsp. [1989] w populacji ciężarnych japońskich kobiet uzyskali próg odcięcia 7/8 punktów.

Jeżeli jednak odnieść się do populacji innych krajów, różnice w punkcie odcięcia stają się mniejsze. al-Haddad i wsp. [1999] w populacji pacjentów lekarzy rodzinnych w Bahrajnie proponują punkt odcięcia 8/9 punktów. Humphreys i wsp. [1996] pro-

ponują dla populacji młodych matek w Chile punkt odcięcia 10/11, natomiast de Jong i wsp. [2000] przyjęli punkt odcięcia 13/14 dla populacji uchodźców z Rwandy i Burundi, żyjących w obozach w Tanzanii. Być może populacja ubogich pacjentów lekarzy rodzinnych w Polsce charakteryzuje się rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych, funkcjonowaniem i poziomem cierpienia psychicznego podobnym do analogicznych populacji krajów rozwijających się, a nie już rozwiniętych. Trudne warunki życia mogą nasilać w większym stopniu cierpienie psychiczne, niż rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, stąd wzrost wartości punktu odcięcia.

van Hemert i wsp. [1995] przeprowadzili szczegółową dyskusję przyczyn różnic punktu odcięcia kwestionariusza GHQ. Stwierdzili, że jest on (w odróżnieniu od zdolności dyskryminacyjnej) bardzo wrażliwy na cechy populacji, oraz nasilenie i próg (kryteria) rozpoznawania zaburzeń psychicznych. Dlatego warto powtórzyć oznaczenia punktu odcięcia GHQ dla różnych populacji w Polsce.

WNIOSKI

Kwestionariusz GHQ-30 może być stosowany jako narzędzie przesiewowe do zastosowań medycznych, szczególnie w populacji ogólnej. Nie powinien być jednak stosowany jako narzędzie przesiewowe w badaniach rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych.

Punkt odcięcia 12/13 punktów jest znacznie wyższy niż w populacjach innych krajów europejskich, zbliżony jest natomiast do wartości uzyskanych w krajach rozwijających się.

PIŚMIENNICTWO

1. al-Haddad MK, al-Garf A, al-Jowder S, al-Zurba FI. Psychiatric morbidity in primary care. *East Mediterr Health J* 1999; 5: 21–6.
2. Cheng TA, Wu JT, Chong MY, Williams P. Internal consistency and factor structure of the

- Chinese Health Questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 304–8.
3. Chong MY, Wilkinson G. Validation of 30- and 12-item versions of the Chinese Health Questionnaire (CHQ) in patients admitted for general health screening. *Psychol Med* 1989; 19: 495–505.
 4. de Jong JP, Scholte WF, Koeter MW, Hart AA. The prevalence of mental health problems in Rwandan and Burundese refugee camps. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 171–7.
 5. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific Psychological Distress and Other Dimensions of Psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1229–36.
 6. Febbo S, Burvill PW. Validation of an Italian translation of the 30-item General Health Questionnaire for use in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; Jun 29: 266–9.
 7. Fontanesi F, Gobetti C, Zimmermann-Tansella C, Tansella M. Validation of the Italian version of the GHQ in a general practice setting. *Psychol Med* 1985; 15: 411–5.
 8. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, Garyfallos A. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 371–8.
 9. Goldberg DP. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Maudsley Monographs; 1972.
 10. Humphreys D, Araya M, Cruchet S, Espinoza J, Brunser O. Maternal neurotic symptoms and infants' risk of developing persistent diarrhoea. *Rev Saude Publica* 1996; 30: 213–7.
 11. Huppert FA, Walters DE, Day NE, Elliott BJ. The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30). A reliability study on 6317 community residents. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 178–85.
 12. Kitamura T, Sugawara M, Aoki M, Shima S. Validity of the Japanese version of the GHQ among antenatal clinic attendants. *Psychol Med* 1989; 19 (2): 507–11.
 13. Oduwole OO, Ogunyemi AO. Validity of the GHQ-30 in a Nigerian medical outpatient clinic. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 20–3.
 14. Ohta Y, Kawasaki N, Araki K, Mine M, Honda S. The factor structure of the general health questionnaire (GHQ-30) in Japanese middle-aged and elderly residents. *Int J Soc Psychiatry* 1995; 41: 268–75.
 15. Shek DT. Factor structure of the Chinese version of the General Health Questionnaire (GHQ-30): a confirmatory factor analysis. *J Clin Psychol* 1993; 49: 678–84.
 16. van Hemert AM, den Heijer M, Vorstenbosch M, Bolk JH. Detecting psychiatric disorders in medical practice using the General Health Questionnaire. Why do cut-off scores vary? *Psychol Med* 1995; 25: 165–70.

*Adres: Dr Krzysztof Małyszczak, Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,
ul. Pasteura 10, 50–367 Wrocław, e-mail: durlik@pwr.wroc.pl*

Aneks

KWESTIONARIUSZ OGÓLNEGO ZDROWIA (GHQ-30)

wersja polska

Proszę uważnie przeczytać:

Chcielibyśmy poznać, jakie było Pana zdrowie w ciągu ostatnich kilku tygodni oraz dolegliwości medyczne, jeżeli występowały. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, na wszystkich stronach – poprzez zakreślenie odpowiedzi, które, według pańskiej opinii, najlepiej się do Pana odnoszą. Proszę pamiętać, że pragniemy poznać ostatnie i obecne dolegliwości, a nie te, które miał Pan w przeszłości.

Bardzo ważne jest, aby odpowiedział Pan na wszystkie pytania.

Dziękujemy za współpracę.

Czy ostatnio:

1	Jest Pan w stanie skupić się nad tym, co Pan robi?	<i>lepiej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej niż zwykle</i>	<i>dużo mniej niż zwykle</i>
2	Z powodu zmartwień mniej Pan spał?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie mniej niż zwykle</i>	<i>trochę mniej niż zwykle</i>	<i>dużo mniej niż zwykle</i>
3	Czuje Pan, że odgrywa Pan znaczącą i pożyteczną rolę w swoim otoczeniu?	<i>bardziej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej użyteczny</i>
4	Czuł się Pan zdolny do podejmowania różnych decyzji?	<i>bardziej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej zdolny</i>
5	Odczuwa Pan ciągłe obciążenie?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>
6	Czuje Pan, że nie potrafi Pan pokonać trudności?	<i>potrafię lepiej niż zwykle</i>	<i>potrafię tak jak zwykle</i>	<i>potrafię mniej niż zwykle</i>	<i>potrafię znacznie mniej niż zwykle</i>
7	Był Pan w stanie cieszyć się zwyczajnymi, codziennymi sprawami?	<i>bardziej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej niż zwykle</i>
8	Potrafił Pan radzić sobie ze swoimi problemami?	<i>lepiej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej niż zwykle</i>
9	Czuje się Pan nieszczęśliwy i przygnębiony?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>
10	Utracił Pan wiarę w siebie?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>
11	Uważa Pan siebie za osobę bezwartościową?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>
12	Czuje się Pan wystarczająco szczęśliwy, biorąc wszystko pod uwagę?	<i>bardziej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej niż zwykle</i>
13	Potrafi Pan być stale w ruchu i mieć zajęcie?	<i>lepiej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>trochę mniej niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej niż zwykle</i>
14	Wychodził Pan z domu tak często jak zazwyczaj?	<i>częściej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>trochę rzadziej niż zwykle</i>	<i>znacznie rzadziej niż zwykle</i>

15	Uważa Pan, że ogólnie dobrze Pan sobie radzi?	<i>lepiej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>gorzej niż zwykle</i>	<i>znacznie gorzej</i>
16	Jest Pan zadowolony z tego jak wywiązuje się Pan ze swoich obowiązków?	<i>bardzo zadowolony</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej zadowolony niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej zadowolony</i>
17	Bardzo Pan się wszystkim przejmuje?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie więcej niż zwykle</i>	<i>trochę więcej zwykle</i>	<i>niź dużo więcej niż zwykle</i>
18	Uważa Pan, że wszystko Pana przytłacza?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>dużo bardziej niż zwykle</i>
19	Odczuwa Pan obawy i zdenerwowanie przez cały czas?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie więcej niż zwykle</i>	<i>trochę więcej niż zwykle</i>	<i>dużo więcej niż zwykle</i>
20	Czasami nie mógł Pan nic robić z powodu skłonności do obaw?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>
21	Pana sen był niespokojny i zaburzony?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>
22	Radzi Pan sobie tak, jak większość ludzi radziłaby sobie na Pana miejscu?	<i>lepiej niż inni</i>	<i>tak jak inni</i>	<i>gorzej niż inni</i>	<i>znacznie gorzej niż inni</i>
23	Jest Pan zdolny odczuwać serdeczność i miłość do bliskich sobie osób?	<i>bardziej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej niż zwykle</i>
24	Łatwo Pan nawiązuje i utrzymuje przyjacielskie stosunki z innymi ludźmi?	<i>łatwiej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>trudniej niż zwykle</i>	<i>znacznie trudniej niż zwykle</i>
25	Spędza Pan dużo czasu rozmawiając z ludźmi?	<i>więcej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej niż zwykle</i>
26	Widzi Pan życie jako ciągłą walkę?	<i>zupełnie nie</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>
27	Odczuwał Pan strach lub panikę bez wyraźnego powodu?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>
28	Czuł Pan, że życie jest całkowicie beznadziejne?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>
29	Jest Pan spokojny o swoją dobrą przyszłość?	<i>bardziej niż zwykle</i>	<i>tak jak zwykle</i>	<i>mniej niż zwykle</i>	<i>znacznie mniej spokojny</i>
30	Czuje Pan, że nie warto żyć?	<i>zupełnie nie</i>	<i>nie bardziej niż zwykle</i>	<i>trochę bardziej niż zwykle</i>	<i>znacznie bardziej niż zwykle</i>