



Narzędzia oceny stosowane w Polsce w badaniach naukowych w psychiatrii (część 2)

*Assessment instruments used in Poland in scientific research
in psychiatry (part 2)*

ADRIAN SIERADZKI, ANDRZEJ KIEJNA, JOANNA RYMASZEWSKA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRESZCZENIE. *Cel* – Praca stanowi przegląd psychiatrycznych narzędzi badawczych stosowanych w naszym kraju, zarówno zagranicznych, jak i oryginalnych. *Poglądy* – W ostatnich latach obserwuje się wzrost znaczenia badań epidemiologicznych oraz wielośrodkowych badań klinicznych z losowym doбором próby. Wykorzystywane dla tych celów narzędzia to już nie tylko pojedyncze kwestionariusze, ale również wywiady diagnostyczne oraz zestawy testów. Wielokierunkowy rozwój psychiatrii narzuca m.in. konieczność adaptacji narzędzi badawczych. Procedura adaptacyjna, poza prawidłowym tłumaczeniem, powinna uwzględniać analizę rzetelności, trafności oraz praktyczności narzędzia. W pracy przedstawiono instrumenty do ogólnej oceny stanu psychicznego oraz specyficznych zaburzeń psychicznych, w tym schizofrenii i zaburzeń nastroju oraz do oceny wyników psychofarmakoterapii. *Wnioski* – Autorzy postulują szersze wykorzystanie dostępnych już narzędzi, popularyzację i dalszą ocenę oryginalnych narzędzi skonstruowanych w Polsce oraz poprawną adaptację standardowych narzędzi obcojęzycznych.

SUMMARY. *Aim* – This article is a review of both original and adapted instruments used in psychiatric research in our country. *Review* – The importance of epidemiological studies and of multi-center, randomized clinical trials has been growing over recent years. Instruments used for these purposes are not only separate questionnaires, but also diagnostic interviews and test batteries. The dynamic and multi-directional progress in psychiatry implicates a strong demand for adaptation of new scientific tools. The adaptation process besides an accurate two-way translation includes also an evaluation of the adapted instrument reliability, validity and practical applicability. The paper presents instruments for the assessment of general mental status and of specific mental conditions including schizophrenia and mood disorders. Moreover, tools are also presented for the evaluation of psychopharmacotherapy outcome. *Conclusions* – The authors suggest that the already available instruments should be used more widely, while these developed in Poland should be popularized. Evaluation of the latter should be continued, and standard foreign-language instruments should be adapted correctly.

Słowa kluczowe: psychiatria / narzędzia pomiarowe

Key words: psychiatry / psychometric assessment tools

Przystąpienie do Unii Europejskiej otwiera przed Polską, a z drugiej strony przed Europą, olbrzymi „rynek” badań naukowych. Do realizacji międzynarodowych, wielośrodkowych badań epidemiologicznych oraz klinicznych w psychiatrii niezbędne są rzetelne, standaryzowane narzędzia badawcze. W ostatnich

latach obserwuje się pewien postęp na tym polu, ale nadal wiele ważnych i powszechnie używanych narzędzi nie zostało poddanych ocenie ich wartości psychometrycznej.

Procedura adaptacyjna danego narzędzia polega nie tylko na właściwym jego przetłumaczeniu, ale i dostosowaniu do specyfiki

danego kraju, z uwzględnieniem różnic kulturowych, czynników socjoekonomicznych i demograficznych. Właściwe tłumaczenie narzędzia można wykonać na dwa sposoby, porównując kilka niezależnie wykonanych tłumaczeń lub wykonując kontrolne tłumaczenie wstecz (ang. *back translation*). Drugim etapem adaptacji jest kontrola psychometryczna, której głównymi wskaźnikami są rzetelność (ang. *reliability*), trafność (ang. *validity*) oraz praktyczność (ang. *feasibility*) narzędzia.

Rzetelność jest właściwością, która pozwala na uzyskanie wiarygodnych wyników w kolejnych badaniach. W zależności od typu narzędzia oraz charakteru badań, do jakiego jest wykorzystywane, stosuje się metodę powtórnego testowania (*test-retest reliability*), form równoległych, połówkową, porównywalności (*inter-rater reliability*), bądź zgodności wewnętrznej (*internal consistency*). Dla ustalenia poprawnej rzetelności wystarcza często jedno wnikliwe badanie. Większy problem stanowi ocena trafności, która świadczy o dokładności, z jaką dane narzędzie mierzy określone parametry. Metoda wykorzystująca kryteria zewnętrzne w danym czasie nazywana jest trafnością diagnostyczną, natomiast po upływie pewnego czasu – trafnością prognostyczną. Najczęściej takim kryterium zewnętrznym bywa inne, uznane narzędzie pomiarowe. Kontrola treściowa narzędzia polega na sprawdzeniu trafności, z jaką poszczególne pozycje zostały wybrane do narzędzia, np. opierając się na standardach ustalonych przez gremia eksperckie, jak w przypadku systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Ocena tzw. trafności teoretycznej wymaga wielu intensywnych badań, które dopiero zebrane razem umożliwiają pełną analizę. Również w tym przypadku można posłużyć się kilkoma metodami psychometrycznymi, które pozwolą na porównanie badanego narzędzia z konstruktem teoretycznym podmiotu poddanego ocenie.

Niewątpliwie o wartości narzędzia pomiarowego i jego popularności decydują także jego walory praktyczne, prostota i przejrzystość konstrukcji, dostosowanie do grupy jego użytkowników i adresatów.

NARZĘDZIA EPIDEMIOLOGICZNE

Rozwój epidemiologii psychiatrycznej doprowadził do punktu, w którym niezbędnym elementem pracy badacza i klinicysty stały się strukturalizowane kwestionariusze diagnostyczne. Ich rozwój był ściśle związany z doskonaleniem kolejnych systemów diagnostycznych. Aby takie narzędzia dostosować do realiów polskich konieczna stała się ocena przydatności narzędzi, polegająca na określeniu ich wartości psychometrycznej. Kiejna i wsp. [12] przetłumaczyli i rozpoczęli badania rzetelności oraz trafności *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), obszernego wywiadu przeznaczonego do opisu całości stanu psychicznego wg kryteriów ICD-10 i DSM-IV. Jest to nowoczesne, w pełni strukturalizowane narzędzie przygotowane przez Światową Organizację Zdrowia, przeznaczone do badań rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Prace nad adaptacją CIDI są obecnie realizowane w ramach projektu finansowanego przez Komitet Badań Naukowych. Jako narzędzie referencyjne wg kryteriów ICD-10 wykorzystano *Research Criteria Checklist* oraz *Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) i *General Health Questionnaire* (GHQ-28).

Inwentarz samooceny samopoczucia i objawów Goldberga (*General Health Questionnaire*, GHQ), stanowi istotny z psychiatrycznego punktu widzenia instrument, służący do badań przesiewowych. Tłumaczenie wersji pełnej (GHQ-28) przeprowadziło czterech niezależnych tłumaczy, natomiast skróconej (GHQ-12) trzy osoby. Określono zgodność wewnętrzną (dla GHQ-28 wysoka, dla GHQ-12 dobra) oraz powtarzalność (zadowalająca). Trafność kryterialną analizowano w oparciu o wersję monachijską CIDI (tzw. M.-CIDI) oraz porównując pacjentów przychodni ogólnolekarskiej, poradni psychiatrycznej i oddziału psychiatrycznego, uzyskując wyniki w zakresie wartości dobrych [17].

Jednym ze wspomnianych celów procesu adaptacyjnego są badania międzykulturowe,

które prowadzone są zarówno w Polsce, jak i za granicą. Przykładem może być *European Health and Behaviour Survey* przeprowadzony wśród 6463 studentów z Austrii, Belgii, Niemiec, Holandii, Szwajcarii, Węgier i Polski. Oceniano m.in. stan zdrowia psychicznego przy użyciu skali depresji Becka, percepcję kontroli oraz samopoczucie psychiczne [28]. Problematykę badań międzykulturowych z udziałem populacji polskiej podejmowali również Aroian i wsp. [1], którzy badali polskich imigrantów przy użyciu m.in. *Brief Symptom Inventory* (BSI) oraz *Symptom Checklist-90* (SCL-90). BSI oceniono pod względem zgodności wewnętrznej (zadowalająca) oraz trafności teoretycznej i kryterialnej (niewystarczająca dla podskali psychotyczności).

NARZĘDZIA OCENY CAŁOŚCI STANU PSYCHICZNEGO

Do oceny całości stanu klinicznego stworzono wiele narzędzi, różniących się od siebie objętością i wartością diagnostyczną. Wśród nich należy wymienić prosty, wykorzystywany najczęściej w badaniach farmakologicznych instrument – skala „Ogólnego wrażenia klinicznego” (*Clinical Global Impression*, CGI). Do puli instrumentów badawczych należących do klasyfikacji DSM-IV wchodzi *Global Assessment of Functioning* (GAF), *Schedule for Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I), *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI i jego pochodne *MINI-Screen*, *MINI-Plus* oraz *MINI-KID*), oparty na obu klasyfikacjach (DSM-IV oraz ICD-10), został przetłumaczony w ośrodku lubelskim (Masiak i Jasiak 1997). Przygotowania polskiej adaptacji MINI-KID trwają w zespole wrocławskim (Mazurek i wsp.).

W systemie klasyfikacji ICD-10 funkcjonują wspomniany już wcześniej *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) oraz *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN). SCAN, wersja 2.1 (WHO, 1999), jest zestawem instrumentów

do oceny obrazu psychopatologicznego i zaburzeń zachowania u dorosłych w oparciu o system ICD-10. Przygotowanie jego polskiej wersji rozpoczęto w Katedrze i Klinice Psychiatrii AM we Wrocławiu w 2000 r. podczas realizacji międzynarodowego projektu badawczego w ramach 5 Programu Ramowego Unii Europejskiej.

Inne znane narzędzia to m.in. popularny w świecie *General Health Questionnaire* (GHQ) Goldberga, niemiecki *AMDP-System*, skandynawska *Comprehensive Psychiatric Rating Scale* (CPRS) czy amerykański *Symptom Checklist-90* (SCL-90). Spośród nich większość przetłumaczono na język polski. Dla SCL-90, CIDI i SCAN oprócz tłumaczenia standardowego opracowano wersje komputerowe. Niewiele spośród wymienionych narzędzi zostało poddanych badaniom ich wartości psychometrycznej. Rzetelność i trafność skali GAF potwierdzili Wciórka i wsp. [32], próba oceny rzetelności systemu AMDP w porównaniu między ekspertami została podjęta przez Rzewuską i wsp. (wartość zadowalająca) [24].

OCENA POSZCZEGÓLNYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Do najczęściej używanych narzędzi do oceny obrazu psychopatologicznego w schizofrenii należą „Skala objawów pozytywnych i negatywnych” (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS) i jej odmiany: „Skala oceny objawów negatywnych” (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*, SANS) i „Skala Objawów Pozytywnych” (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*, SAPS), jak również *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Użyteczność skali PANSS pod względem rzetelności (typu *inter-rater*) oraz trafności, głównie teoretycznej, przeprowadziła Rzewuska [25]. Przydatność wersji polskiej skali BPRS (zgodność wewnętrzna, trafności treściowa i dyskryminacyjna) potwierdzili Linka i Rybakowski [14]. SANS i SAPS zostały przetłumaczone

i zaadaptowane [34]. Wykazano wysokie korelacje czterostopniowych skal Jaroszyńskiego, opisujących różne aspekty obrazu zespołu schizofrenicznego, z sumarycznym wynikiem skali PANSS – Kay i wsp. [9]. Grzywa i wsp. [7] wykazali bardzo dobre własności psychometryczne autorskiej „Skali wglądu w chorobę”. Wciórka i wsp. [30] skonstruowali i przeprowadzili analizę psychometryczną skali „Klinicznej oceny syndromów schizofrenicznych” (KOSS). Jej analizę trafności teoretycznej (analizę czynnikową oraz porównanie między KOSS i PANSS) wykonał Łoza [15]. Skalę analizującą formalne zaburzenia myślenia (*Thought Language and Communication Scale*, TLC) Andreasen i wsp., zaadaptował Czernikiewicz [5, 6].

Kwestią przyszłości pozostaje adaptacja następujących narzędzi: „Skali objawów zwiastunowych” (*Early Signs Scale*), „Skali przystosowania psychospołecznego do choroby” (*Psychosocial Adjustment to Illness Scale*), „Skali oceny objawów podstawowych” (*Scale for Assessment of Basic Symptoms*), „Skali pomiaru spłylenia afektu” (*The Rating Scale Emotional Blunting*) oraz „Skali lęku psychotycznego” (*Psychotic Anxiety Scale*).

Z oryginalnych narzędzi służących do pomiaru określonych zespołów psychopatologicznych w schizofrenii należy wymienić m.in. skalę zespołu paranoidalnego [10] i skalę zaburzeń snu [23].

Przykładem badania zawierającego elementy kontroli psychometrycznej, którego przedmiot stanowi konstrukt teoretyczny, jest analiza struktury czynnikowej cech urojeń w grupie chorych na schizofrenię paranoidalną wg kryteriów DSM-III [8].

Wśród skal samooceny pochodzenia zagranicznego, na uwagę zasługuje m.in. „Frankfurcka skala samopoczucia” (*Frankfurter Befindlichkeits-Skala*) Süllwold, służąca do badania tzw. objawów podstawowych w schizofrenii. Wyniki wskazały na wystarczającą rzetelność, tj. jednorodność wewnętrzną i powtarzalność, oraz trafność (treściową, diagnostyczną, akceptowalną strukturę czynnikową) [33]. Schaeffer [26] analizowała znaczenie

kliniczne skal samooceny u chorych na schizofrenię. Do tego celu przeprowadziła adaptację „Skali nastawień i nastroju” (*Paranoid-Depressivitäts-Skala*, PDS) von Zerssen, autorskiej skali „Wizualnej analogii samopoczucia” (WAS) oraz „Wizualnej analogii poczucia choroby” (WAC), uzyskując zadowalającą powtarzalność, zgodność wewnętrzną, trafność diagnostyczną i teoretyczną ocenianą za pomocą analizy czynnikowej.

Jedno z pierwszych badań w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi oraz schizofrenią zostało przeprowadzone przez Krzyżowskiego i wsp. [13], którzy analizowali wybrane skale kliniczne pod kątem trafności diagnostycznej (m.in. inwentarz depresji Becka, skala depresji Hamiltona). Do narzędzi o stosunkowo wysokim stopniu wiarygodności psychometrycznej należy obecnie m.in. skala depresji Becka, która po przetłumaczeniu oraz dokonaniu korekty semantycznej, została oceniona pod względem rzetelności (powtarzalność, zgodność wewnętrzną), trafności kryterialnej (dane literaturowe) oraz treściowej i diagnostycznej w porównaniach międzygrupowych [21]. Dopiero w latach dziewięćdziesiątych podjęto problem weryfikacji psychometrycznej na szerszą skalę. W przypadku depresji były to „Skala melancholii Becha-Rafaelsena” (*Bech-Rafaelsen Melancholy Scale*), „Skala depresji Montgomery-Asberg” (*Montgomery-Asberg Depression Scale*) oraz „Skala depresji Hamiltona” (*Hamilton Depression Rating Scale*, HDRS). Bogdanowicz i Kalinowski [3] przeprowadzili krytyczną analizę przydatności HDRS w aspekcie trafności diagnostycznej. Mazurek i wsp. [19, 20] zbadali i pozytywnie ocenili rzetelność (pomiędzy dwoma diagnostami oraz spójność wewnętrzną) oraz trafność teoretyczną (w porównaniu ze skalą „Ogólnego wrażenia klinicznego” – *Clinical Global Impression*, CGI) i treściową trzech wymienionych skal. Określono strukturę czynnikową skali HDRS [18].

W 2000 r. dokonano adaptacji językowej i psychometrycznej oraz modyfikacji skali *Hospital Anxiety and Depression Scale*

(HADS) Zigmond i Snaitha, służącej m.in. określaniu emocji negatywnych (depresji, lęku i agresji) u chorych somatycznie, szczególnie u pacjentów onkologicznych [16].

W jednej z polskich prac dotyczących oceny i samooceny depresji Ślósarska i Beręsewicz [29] badały elementy trafności diagnostycznej dla autorskiej skali analogowej, porównując ją z bardziej złożonym narzędziem Hamiltona (HDRS). Wyniki wskazują na największą użyteczność skali analogii wzrokowej przy ocenie poprawy u chorych z depresją o niewielkim lub średnim nasileniu choroby.

Opracowana w latach siedemdziesiątych „Skala depresji WHO” (*WHO-Schedule for Assessment of Depressive Disorder*, WHO-SADD), narzędzie użyteczne w badaniach transkulturowych, wymaga adaptacji.

Jednak nie wszystkie narzędzia są wystarczająco wiarygodne i tych nie należy adaptować. Przykładem jest Skala Depresji Newcastle Carney, różnicująca depresję endogenną od reaktywnej, która w zagranicznych badaniach psychometrycznych charakteryzuje się jedynie dopuszczalną zgodnością w zakresie trafności diagnostycznej w oparciu o system ICD-10.

Istnieją narzędzia dotychczas nieprzetłumaczone, które mogłyby okazać się przydatne w badaniach osób z depresją, jak np. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders: Patient Health Questionnaire* Robert i wsp., badająca występowanie zaburzeń psychicznych i upośledzenie funkcjonowania z uwzględnieniem ostatnio działających psychospołecznych stresorów.

Problem zbieżności oceny i samooceny w odniesieniu do postaw pacjentów w stosunku do przeżywanej choroby psychicznej (schizofrenii) podjęli Wciórka i wsp. Na podstawie materiałów empirycznych powstały dwa analogiczne narzędzia do oceny i samooceny postaw wobec doświadczenia choroby psychicznej (schizofrenii). Pierwsze z nich (DC, „Doświadczenie choroby”) odzwierciedla ocenę klinicysty dokonaną na podstawie odpowiednio ukierunkowanego badania

klinicznego, drugie (MDC, „Moje doświadczenie choroby”) – samoocenę pacjentów przy wykorzystaniu techniki zadań niedokończonych w skojarzeniu ze skalami porządkowymi o charakterze analogii wizualnej [31, 35]. Oceniono rzetelność (powtarzalność, zbieżność między badającymi, zgodność wewnętrzną), trafność (zewnętrzną, wewnętrzną, czynnikową) i stosowalność, otrzymując wyniki dobre. Natomiast zbieżność tak ujętej oceny i samooceny doświadczenia choroby okazała się umiarkowana, tak w odniesieniu do poszczególnych wymiarów, jak i całej postawy [2].

Podkreśla się konieczność adaptacji „Zmodyfikowanego kwestionariusza wydarzeń życiowych” opartego na skali Holmesa i Rache (*Modified Questionnaire of Life Events by Thomas Holmes and Richard Rache*) dla potrzeb podstawowego leczenia otwartego, które stanowi pierwszy filtr opieki nad pacjentem z podwyższonym ryzykiem samobójstwa [4].

OCENA PSYCHOFARMAKOTERAPII

W przypadku badań leków psychotropowych w chorobie afektywnej dwubiegunowej, istotna może być ocena w oparciu o „Skalę manii Becha-Rafaelsena” (*Bech-Rafaelsen Mania Rating Scales*, BMRS), jak również „Skala manii” wg Puzyńskiego [22], które jak dotąd nie zostały poddane ocenie parametrów psychometrycznych.

W przypadku zespołu natręctw przetłumaczono na język polski skalę *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) wraz z listą objawów, komentarzem dotyczącym konstrukcji i zasad stosowania [11].

Badanie objawów ubocznych leków przez klinicystę dla celów naukowych odbywa się m.in. na podstawie popularnej „Skali objawów pozapiramidowych” wg Simpsona i Angusa, „Inwentarza późnych dyskinez” wg Simpsona i wsp. oraz „Skali katatonii Busha-Francisa” (*Bush-Francis Rating Catatonia Scale*, BFRCS), które oczekują na adaptację.

Do skal wypełnianych przez pacjenta, badających odpowiedź na leczenie farmakologiczne, należy „Skala dysforii neuroleptycznej” (*Neuroleptic Dysphoria Scale*, NDS) Van Puttena i Maya, „Ocena leczenia przez klienta” (*Client Assessment of Treatment*, CAT) Priebe i Guyters, oraz często stosowany „Inwentarz postawy wobec leku” (*Drug Attitude Inventory*, DAI) Hogana i wsp. Wśród innych skal uwzględniających samoocenę objawów niepożądanych podczas leczenia neuroleptycznego można wymienić skalę z Uniwersytetu w Liverpool (*The Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale*, LUNTERS) Daya, czy „Skalę samopoczucia w czasie leczenia neuroleptycznego” (*Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment*, SWN) Nabera. Wymienione narzędzia weryfikowali pod względem właściwości psychometrycznych badacze zagraniczni.

Wspomnieć należy również o narzędziach wykorzystywanych do analizy skuteczności innych metod leczniczych stosowanych w psychiatrii. „Inwentarz Wyobraźni” (*Imagination Inventory*) Barber i Wilson, służący do oceny podatności na hipnozę, zweryfikował w aspekcie właściwości psychometrycznych Siuta [27].

PODSUMOWANIE

Przegląd polskiego piśmiennictwa za okres 1975–2002, dostarcza bogatego materiału na temat możliwości zastosowania adaptowanych do warunków polskich narzędzi psychometrycznych i diagnostycznych. Są to przede wszystkim powszechnie stosowane na świecie skale pomiarowe nasilenia zaburzeń psychopatologicznych, mających zastosowanie m.in. w schizofrenii (PANSS, SANS, SAPS, BPRS), depresji (HADS, HDRS), zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym (Y-BOCS) lub w ocenie różnych wymiarów psychopatologii (np. skala oceniająca formalne zaburzenia myślenia, skala depresyjności w schizofrenii). Godnym podkreślenia i uznania są także osiągnięcia polskich zespołów, kierowanych

przez Pużyńskiego i Wciórkę. Autorzy wdrożyli oryginalne skale do pomiaru nasilenia manii i zaburzeń snu (Pużyński) oraz skalę „Klinicznej oceny syndromów schizofrenicznych” (Wciórka). Skale te wymagają jednak popularyzacji i dodatkowej oceny po zastosowaniu w wielu nowych badaniach. Innym ważnym osiągnięciem, stwarzającym możliwość prowadzenia wielośrodkowych, międzynarodowych badań klinicznych, jest adaptacja do warunków polskich kwestionariuszy diagnostycznych, takich jak: GHQ, CIDI, MINI i SCAN. Dostępność tych kwestionariuszy powinna zdecydowanie wpłynąć na rozwój „rynku” badań naukowych w psychiatrii w Polsce i zapewne stworzy możliwość publikowania wyników w renomowanych czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym.

PIŚMIENNICTWO

1. Aroian KJ, Patsdaughter CA, Levin A, Gianan ME. Use of the Brief Symptom Inventory to assess psychological distress in three immigrant groups. *Int J Soc Psychiatry* 1995; 41: 31–46.
2. Bembenek A, Schaeffer E, Wciórka J. Ocena i samoocena postaw pacjentów wobec przeżywanych zaburzeń psychotycznych. *Psychiatr Pol* 1997; 31: 249–55.
3. Bogdanowicz E, Kalinowski A. Kryteria oceny skuteczności leków przeciwdepresyjnych w endogennych zespołach depresyjnych (porównanie Skali Depresji Hamiltona i CGI). *Leki Psychotropowe* 1994; 4: 3–16.
4. Chrostek-Maj J, Polewka A, Kroch S, Mikolajszek-Boba M, Rachel W, Datka W. Significance of subjective evaluation of life events as risk factors for predicting future suicide attempts. *Przegl Lek* 2001; 58: 340–3.
5. Czernikiewicz A. Pomiar zaburzeń językowych w grupie osób chorych na schizofrenię paranoidalną. *Psychiatr Pol* 1990; 24: 141–5.
6. Czernikiewicz A. Zaburzenia językowe w schizofrenii paranoidalnej. Praca doktorska. Lublin: Akademia Medyczna; 1989.
7. Grzywa A, Dębowska E, Łoza B. Ocena rzetelności i trafności Skali Wglądu w Chorobę. *Psychiatr Pol* 2000; 34: 919–30.

8. Grzywa A. Analiza czynnikowa cech urojeń. *Psychiatr Pol* 1989; 23: 176–83.
9. Jarosz M, Pankiewicz Z, Bienkiewicz JW, Buczek I, Cichocki M, Czech-Śniady I, Furgo-Olszewska M, Juszcak E, Pisarski A, Poprawska I, Rojek J, Stasiak J, Świerczyńska J, Więclaw B, Zaborowski A. Skale do badania kształtowania się podstawowych porocji w schizofrenii paranoidalnej. *Psychiatr Pol* 1993; 27: 149–64.
10. Jaroszyński J. Skala oceny zespołu paranoidalnego. *Biuletyn Informacyjny Instytutu Psychoneurologicznego* 1975: 47–49.
11. Kiejna A, Grzesiak M. Skala pomiaru nasilenia obsesji i kompulsji Yale-Brown (Y-BOCS). *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 309–24.
12. Kiejna A, Kantorska M, Małyszczak K, Grzesiak M, Pacan P. Podręcznik Monachijski: Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) (wersja 2.0, 1/95). Tłumaczenie polskie. Wrocław: Wyd Akademii Medycznej; 1999.
13. Krzyżowski J, Lewicka H, Łukaszczyńska B, Łosieczko T, Marcjan K, Pietruszczyńska I, Spasowicz E. Porównanie wyników wybranych skal klinicznych u pacjentów z zespołami depresyjnymi. *Psychiatr Pol* 1981; 15: 49–57.
14. Linka M, Rybakowski J. Przydatność standardowych skal psychometrycznych (BPRS, HDS) w ocenie objawów schizofrenii (doniesienie wstępne). *Psychiatr Pol* 1990; 24: 15–22.
15. Łoza B. Czynnikowa struktura zaburzeń schizofrenicznych. Badania z użyciem skal PANSS i CASS. *Post Psychiatr Neurol* 1999; 8: 193–204.
16. Majkowicz M, Lamparska E. Ból – emocje: metody pomiaru. Ból a depresja. *Dyskusja o Depresji* 2002; 21: 10–15.
17. Makowska Z, Merecz D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Dawida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-28 i GHQ-12. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera; 2001.
18. Małyszczak K, Kiejna A, Grzesiak M. Struktura czynnikowa skali depresji Hamiltona. *Psychiatr Pol* 1998; 32: 771–9.
19. Mazurek J, Kiejna A, Małyszczak K, Stępień A. Badanie rzetelności skali oceny nasilenia depresji w populacji polskiej: skali melancholii Becha-Rafaelsena, skali depresji Hamiltona oraz skali Montgomery-Asberg. *Post Psychiatr Neurol* 1999; 8: 165–72.
20. Mazurek J, Kiejna A, Małyszczak K, Stępień A. Badanie trafności trzech wybranych skal oceny głębokości depresji: skali Hamiltona, Montgomery-Asberg i Becha-Rafaelsena. *Post Psychiatr Neurol* 1999; 8: 173–80.
21. Parnowski T, Jernajczyk W. Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju u osób zdrowych i u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. *Psychiatr Pol* 1977; 11: 417–21.
22. Pużyński S. Skala Oceny Manii. W: Danysz A, red. *Zasady i metody klinicznej oceny leków*. Warszawa: PZWL; 1979.
23. Pużyński S. Skala oceny zaburzeń snu. *Biuletyn Informacyjny Instytutu Psychoneurologicznego* 1975.
24. Rzewuska M, Welbel L, Nurowska K. AMDP. Skala do oceny zaburzeń psychicznych. Wersja polska. *Leki psychotropowe* 1991.
25. Rzewuska M. Validity and reliability of the Polish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Int J Methods Psychiatr Res* 2002; 11: 27–32.
26. Schaeffer E. Znaczenie kliniczne skal samooceny u chorych na schizofrenię. *Rozprawa doktorska*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
27. Siuta J. The Imagination Inventory and its correlates with imagery and hypnotizability. *Am J Clin Hypn* 1996; 39: 115–25.
28. Steptoe A, Wardle J. Health behavior, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Soc Sci Med* 2001; 53: 1621–30.
29. Ślósarska M, Beręsewicz M, Wójcik M. Analogowa skala samooceny nastroju jako narzędzie do oceny zmian stanu klinicznego chorych z endogennym zespołem depresyjnym. Porównanie ze skalą depresji Hamiltona. *Psychiatr Pol* 1992; 26: 197–206.
30. Wciórka J, Anczewska M, Bembenek A, Gołębiowska M, Hochlewicz A, Nurowska K, Schaeffer E, Skowrońska J, Stanikowska I, Tarczyńska K. Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych (KOSS) – założenia, konstrukcja, ocena rzetelności i czułości oraz próba normalizacji nowego narzędzia diagnostycznego. *Psychiatr Pol* 2000; 34: 179–201.
31. Wciórka J, Krzyżanowska J, Bacia-Otto M, Muskat K, Dymecka-Kuhn A, Matałowski P, Paczkowska M. Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby

- schizofrenicznej: 1. Skala „Doświadczenie choroby” (DC). *Psychiatr Pol* 1996; 3: 381–96.
32. Wciórka J, Muskat K, Matałowski P. Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF). *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 253–67.
33. Wciórka J, Schaeffer E, Bacia-Otto M, Hochlewicz A. Ocena przydatności „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS, Frankfurter-Befindlichkeits-Skala) do samooceny nasilenia objawów schizofrenicznych. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 225–35.
34. Wciórka J. Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy. W: Wciórka J, red. *Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: 1998.
35. Wciórka J. Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej: 2. Skala „Moje doświadczenie choroby” (MDC). *Psychiatr Pol* 1996; 3: 397–414.

*Adres: Dr Adrian Sieradzki, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,
ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, e-mail: asieradz@psych.am.wroc.pl*