

## **Polska adaptacja krótkiej skali do oceny doświadczeń psychotycznych wśród pacjentów psychiatrycznych i osób zdrowych PQ–B(PL)**

### **Polish adaptation of the Prodromal Questionnaire–Brief version PQ–B(PL) in psychiatric patients and healthy persons**

Anna Starkowska<sup>1</sup>, Jolanta Kucharska-Mazur<sup>2</sup>, Monika Mak<sup>1</sup>,  
Jerzy Samochowiec<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Psychiatrii,  
Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej

<sup>2</sup> Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Psychiatrii

#### **Summary**

**Aim.** Cognitive and affective experiences considered typical of psychotic disorders may also occur in the general population, though in a less severe form. The ability to differentiate them from prodromal states, preceding the onset of full-blown psychosis, is an important element of prevention and early detection of high risk of a sudden deterioration of mental state. In response to the current lack of questionnaire tools enabling assessment of psychotic-like experiences (PLEs), an attempt was made to adapt the PQ–B questionnaire for use in the Polish population.

**Method.** In the pilot study, a sample of 652 persons (66% women), aged 18–78 years, approximately 10% of whom were psychiatric patients, completed the Polish version of the PQ–B, and the O–LIFE, HCL–33, SWLS and TCT–DP measures.

**Results.** Results yielded a one-factor structure, satisfactory reliability ( $\alpha > 0.85$ ) and construct validity of the 21-item self-report questionnaire assessing the incidence of PLEs in the past month and severity of accompanying distress. Furthermore, there were significant correlations between PQ–B scores and symptoms of schizotypy (especially unusual perceptual experiences and cognitive disorganization), emotional lability ( $p < 0.05$ ) and depressed mood ( $p > 0.001$ ) typical of hypomania, as well as unconventional thinking ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions.** The PQ–B(PL) can be a useful tool in both Polish clinical practice and scientific research, filling the existing gap among screening tests for traits on the border of health and psychopathology.

**Słowa kluczowe:** PQ–B, doświadczenia parapsychotyczne, stany prodromalne psychozy

**Key words:** PQ–B, psychotic-like experiences, prodromal states of psychosis

## Wstęp

Doświadczenia psychotyczne są podstawową patologiczną formą poznania dla pacjentów cierpiących na zaburzenia z kręgu psychoz, chociaż mogą też pojawiać się w przebiegu zaburzeń nastroju i lękowych, a w lżejszym nasileniu także w populacji osób zdrowych, przyjmując formę doświadczeń parapsychotycznych (*psychotic-like experiences*, PLE). Jak wiele innych cech rozciągają się na kontinuum zdrowia i choroby, co oznacza, że ich przejawy mogą przyjmować postać niezagrażających zdrowiu różnic indywidualnych, jak i objawów świadczących o procesie chorobowym i osłabieniu kontaktu z rzeczywistością [1, 2]. Klinicznie istotne doświadczenia psychotyczne mogą występować także w formie atenuowanej, utrudniając ich wczesne wykrycie i podjęcie bardziej efektywnego leczenia niż w przypadku pełnoobjawowej psychozy. Wobec niezmnijeszającej się częstości zaburzeń z kręgu psychoz, znacznych kosztów i niedostatecznej skuteczności ich leczenia szczególnie istotne stało się rozpoznawanie tzw. stanów prodromalnych psychozy czy ultrawysokiego ryzyka rozwoju psychozy (*ultra-high risk*, UHR), czyli takiego nasilenia PLE, które wykracza poza przyjęty zakres zdrowia psychicznego i choć jeszcze nie pozwala na zdiagnozowanie zaburzenia psychicznego, to zwiastuje jego nadejście [3].

Jednym z czynników odróżniających klinicznie istotne PLE od niebudzących niepokoju różnic indywidualnych może być nasilenie dystresu towarzyszącego występującym doświadczeniom. Okazuje się, że w populacji ludzi zdrowych występowanie PLE może być relatywnie częste, jednak z reguły objawy te nie budzą niepokoju, dyskomfortu czy problemów w życiu codziennym. Doświadczenie nasilonego stresu związanego z parapsychotycznymi przeżyciami może być istotnym predyktorem faktycznego pogorszenia stanu zdrowia. W badaniu na grupie ponad 1000 studentów wykazano [4], że aż 93% z nich raportowało wystąpienie przynajmniej jednego objawu prodromalnego w miesiącu poprzedzającym test, ale tylko 35% deklaroowało towarzyszący temu objawowi dystres. W tym samym badaniu zauważono, że prawdopodobieństwo rozwinięcia pełnoobjawowej psychozy było 4–5 razy większe u osób deklaruujących przeżywanie dystresu w konsekwencji doświadczanych PLE. Z kolei w badaniu włoskim [5] zaobserwowano, że u 1 na 10 osób poszukujących pomocy psychiatrycznej, które wyjściowo nie spełniały kryteriów diagnostycznych UHR, ale cechowały się podwyższonym stresem wynikającym z PLE, pełnoobjawowa psychoza rozwinęła się w ciągu kolejnych 12 miesięcy. Dlatego przy próbie kwestionariuszowych badań doświadczeń parapsychotycznych tak ważne jest dokonywanie pomiaru nie tylko częstości ich występowania, ale i związanego z nimi dystresu.

Jak dotąd do warunków polskiej populacji zaadaptowanych zostało kilka narzędzi psychologicznych umożliwiających pomiar nasilenia cech z pogranicza zdrowia i psychopatologii, takich jak osobowościowy psychotyzm (np. EPQ-R) [6], schizotypia (np. O-LIFE) [7] czy hipomania (np. HCL) [8], nie tylko wśród pacjentów psychiatrycznych, ale i w ogólnej populacji. Ponieważ z wielu narzędzi służących pomiarowi doświadczeń parapsychotycznych [9, 10] żadne nie zostało jeszcze dostosowane do warunków polskiej populacji, przedmiotem niniejszej pracy jest polska adaptacja skróconej wersji jednego z najpopularniejszych kwestionariuszy mierzących PLE –

Prodromal Questionnaire (PQ-B) [11]. Skala ta wykorzystywana jest jako narzędzie przesiewowe do wykrywania stanów wysokiego ryzyka rozwoju psychozy, ale ze względu na znaczny odsetek fałszywie pozytywnych detekcji stanów prodromalnych bardziej odpowiednie wydaje się jej wykorzystanie jako skali do oceny liniowego nasilenia PLE w całej populacji, bez względu na stan zdrowia psychicznego.

Wśród osób zdrowych PLE pojawiają się najczęściej w okresie adolescencji, co ma związek ze zmianami rozwojowymi i naturalnym dla tego etapu rozwoju testowaniem rzeczywistości, które może prowadzić do jej niewłaściwych interpretacji. Mittel i wsp. [12] wykazali powiązanie pomiędzy młodzieńczymi PLE a uzależnieniem od internetu, co tłumaczą dążeniem do doświadczania innej, alternatywnej rzeczywistości. Ten sam zespół w innym badaniu [13] wykazał korelacje pomiędzy PLE a depresyjnością i nierównościami socjodemograficznymi u młodych dorosłych. Z kolei Honing i wsp. [14] na drodze metaanalizy wykazali, że osoby doświadczające PLE cechowały się o 3,2 raza większym ryzykiem podejmowania zachowań samookaleczających niż osoby bez takich doświadczeń. Młodzież doświadczająca PLE deklaruwała także większy poziom poczucia osamotnienia [15] i częstsze myśli samobójcze [16]. Liczne badania [17, 18], w tym prowadzone z udziałem bliźniąt, wykazały, że znaczącym czynnikiem ryzyka rozwoju PLE w młodości jest fakt doświadczania przemocy, bycie ofiarą znęcania się, które poza zwiększaniem prawdopodobieństwa rozwoju zaburzeń psychotycznych, zwiększa również ryzyko depresji. Wśród amerykańskich studentów wykazano umiarkowaną dodatnią korelację pomiędzy PLE a zaburzeniami snu, zwłaszcza doświadczaniem nocnych wrażeń zmysłowych i tendencją do zażywania środków psychoaktywnych ( $p = 0,086$ ) [19].

Mierzone za pomocą PQ-B zachowania pozostają w zależności z innymi przejawami zaburzeń z kręgu psychoz. Wśród uczniów w wieku 13–19 lat wykazano umiarkowane korelacje pomiędzy PLE a takimi cechami schizotypii, jak: doświadczanie niezwykłych doznań zmysłowych, dziwaczne myśli i mowa, skłonność do paranoicznych idealizacji, myślenie magiczne i ksobne, oraz słabe korelacje z przejawami dziwacznych zachowań, brakiem bliskich przyjaciół, nadmiernym lękiem społecznym i słabszym ogólnym stanem zdrowia psychofizycznego [20]. Kline i wsp. [21] wykazali ciekawą zależność pomiędzy PLE a przejawami schizotypii wśród zdrowych studentów. Okazuje się, że osoby cechujące się większym nasileniem schizotypii osiągały istotnie więcej punktów w wyniku ogólnym PQ-B (PLE pojawiały się z większą częstotliwością), ale nie więcej punktów na skali dystresu (doświadczane PLE nie budziły znacznego niepokoju). Poza związkiem z objawami depresji stwierdzono także zależności pomiędzy UHR a objawami maniakalnymi [21] oraz występowaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych [22].

Na doświadczenia psychotyczne składają się przejawy zaburzeń percepcyjnych (jak problemy w odróżnieniu rzeczywistości od wyobrażeń, złudzenia czy nadwrażliwość zmysłowa) oraz pozostałych zaburzeń poznawczych, w tym zwiększonej dystrakcji i osłabionej podzielności uwagi, natłoku, zablokowania lub zakłócania myśli, czy zaburzeń w obszarze abstrakcyjności myślenia [23]. W badaniach longitudinalnych [22] na populacji kenijskiej wykazano, że osoby z UHR w porównaniu ze zdrowymi wykazywały słabszą sprawność uwagi przy jednocześnie większej abstrakcyjności myślenia,

jednak żadna z tych cech nie różnicowała badanych, którzy rozwinęli pełną psychozę w ciągu kolejnych 7 miesięcy, od osób utrzymujących adaptacyjne nasilenie PLE.

### Charakterystyka narzędzia

PQ-B to 21-itemowy kwestionariusz, który został wyodrębniony z jego pełnej 92-itemowej wersji [11]. W trakcie sesji trwającej 3–5 minut osoba badana najpierw udziela odpowiedzi na skali częstości (*total score*), zaznaczając odpowiedź TAK, jeśli dany objaw wystąpił choć raz w ciągu minionego miesiąca, oraz NIE, jeśli objaw nie wystąpił. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej badany przechodzi do oceny na skali dystresu (*distress score*), gdzie, posługując się pięciopunktową skalą Likerta (od 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam” do 5 – „zdecydowanie się zgadzam”), określa, na ile występujące zachowania wywołują u niego niepokój lub inne problemy. PQ-B pozwala na obliczenie dwóch niezależnych wyników – od 0 do 21 punktów w skali częstości oraz od 0 do 105 punktów w skali dystresu. Nie pozwala natomiast na określenie czasu trwania czy intensywności ocenianych doświadczeń, nie różnicuje również PLE występujących wcześniej niż w ciągu ostatniego miesiąca.

PQ-B wykorzystywany jest także jako narzędzie przesiewowe do różnicowania osób doświadczających takiego nasilenia PLE, które może stanowić oznakę stanów prodromalnych zwiastujących rozwój pełnoobjawowej psychozy. Ich całościowa diagnoza wymaga weryfikacji kryteriów diagnostycznych podczas ustrukturyzowanego wywiadu z lekarzem psychiatrą. Pierwotnie autorzy narzędzia ustalili wynik 3 lub więcej punktów w skali częstości i 6 lub więcej w skali dystresu jako wartości progowe świadczące o klinicznie istotnym ryzyku nagłego pogorszenia stanu zdrowia i przejściu z akceptowalnych w ogólnej populacji ekspresji PLE w objawy np. schizofrenii. Wskazane w oryginalnym badaniu Loewy i wsp. [24] punkty odcięcia (*cut-off points*) pozwalały na detekcję osób z UHR z wysoką czułością (88–89%) oraz umiarkowaną swoistością (58–68%) dla obu skal. Późniejsze badania innych autorów [25–28] potwierdziły wysoką czułością przy zdecydowanie niższej swoistości – od 4,5% w populacji chińskiej do 42% w amerykańskiej, co przekładało się na znaczny odsetek fałszywie pozytywnych detekcji PQ-B. W 2018 roku Loewy i wsp. [30] zaproponowali podniesienie punktów odcięcia dla obu skal. Poza wątpliwościami prognostycznymi narzędzie spójnie wykazuje bardzo zadowalającą rzetelność, mierzoną za pomocą wskaźnika *alfa* Cronbacha, w tym 0,85 w badaniu oryginalnym oraz od 0,87 do 0,95 w innych badaniach populacyjnych [25–27].

PQ-B stanowi zatem użyteczne narzędzie do autooceny PLE oraz różnicowania ich z mogącymi mieć znaczenie kliniczne doświadczeniami psychotycznymi. Jako kwestionariusz samoopisowy, w ciągu kilku minut pozwala na ilościową ocenę częstości występowania PLE i nasilenia powodowanego przez nie stresu, a także wstępny *screening* w kierunku stanów prodromalnych psychozy i wyrażenie wyniku w formie jakościowej. Wobec braku narzędzi psychologicznych umożliwiających szybką ocenę objawów psychotycznych w ogólnej populacji Polaków celem tej pracy jest adaptacja kwestionariusza PQ-B do warunków polskich oraz weryfikacja związków pomiędzy

nasileniem PLE a przejawami schizotypii, hipomanii, sposobem myślenia oraz jakością życia wśród osób zdrowych i chorych psychicznie.

## Material i metoda

### Grupa badana

W badaniu pilotażowym polskiego tłumaczenia PQ-B udział wzięły 652 osoby (w tym 66% kobiet) w wieku od 18 do 78 lat. Dane zbierane były na dwa sposoby – podczas tradycyjnych badań kwestionariuszowych z wykorzystaniem drukowanych arkuszy ( $n = 266$ ) oraz za pośrednictwem formularza *on-line* umieszczonego na stronie internetowej [www.schi-found.pl](http://www.schi-found.pl) ( $n = 386$ ). 89,4% próby stanowiły osoby zdrowe (niezgłaszające faktu korzystania z pomocy psychologicznej i psychiatrycznej), głównie uczniowie szczecińskich liceów i studenci takich kierunków jak pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, fizjoterapia, psychologia, dietetyka i kosmetologia, w tym 65,5% kobiet w wieku od 18 do 66 lat. Pozostałą 1/10 próby stanowili pacjenci oddziałów dziennych Kliniki i Katedry Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz osoby, które w trakcie badań kwestionariuszowych i *on-line* zadeklarowały, że obecnie korzystają z pomocy psychiatrycznej, i podały zdiagnozowaną przez lekarza jednostkę chorobową (w tym 60,5% kobiet w wieku od 19 do 78 lat), z czego 29,8% z diagnozą F20–F29 według ICD–10, 38,8% z F30–F39 i 31,4% z F40–F49. Pełną charakterystykę socjodemograficzną grupy przedstawiono w tabeli 1.

Na podgrupie 59 studentów (72,4% kobiet w wieku 19–32 lat,  $M = 21,74$ ;  $SD = 2,13$ ) przeprowadzono pomiar cech schizotypowych, hipomaniakalnych oraz jakości życia, zaś w badaniu sposobu myślenia dodatkowo udział wzięło 13 pacjentów (łącznie 72 osoby, w tym 69,4% kobiet w wieku 19–63 lat,  $M = 24,34$ ;  $SD = 7,87$ ). Badania kwestionariuszowe prowadzone były przez psychologa podczas sesji indywidualnych i w małych grupach (do 15 osób) od stycznia do kwietnia 2018 roku na terenie Szczecina. Badanie internetowe, prowadzone w tym samym czasie, miało zasięg ogólnopolski i wzięły w nim udział osoby ze wszystkich 16 województw, choć zdecydowana większość (80,2%) z województwa zachodniopomorskiego. Projekt uzyskał pozytywną opinię komisji bioetycznej PUM (nr zgody KB-0012/123/17), żadne dane osobowe pozwalające na identyfikację uczestników badania nie były pobierane.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych grup, N(%) albo M(SD)

Zmienne	Cała grupa N = 652	Osoby zdrowe N = 583	Pacjenci psychiatryczni N = 69	$\chi^2 / Z$	df	p
Płeć						
Kobieta	430 (66,0)	382 (65,5)	48 (69,6)	0,449	1	0,591
Mężczyzna	222 (34,0)	201 (34,5)	21 (30,4)			
Wiek	25,14 (9,81)	23,77 (7,93)	36,84 (15,25)	-11,371	649	< 0,001

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wykształcenie						
Podstawowe	99 (15,2)	96 (16,5)	3 (4,3)	17,672	4	0,005
Zawodowe	110 (16,9)	99 (17,0)	11 (15,9)			
Średnie	298 (45,7)	263 (44,9)	35 (50,7)			
Wyższe	145 (22,2)	125 (21,4)	20 (29,0)			
Miejsce zamieszkania						
Wieś	110 (16,9)	99 (17,0)	11 (15,9)	7,004	4	0,136
Małe miasto	118 (18,1)	107 (18,4)	11 (15,9)			
Średnie miasto	85 (13,0)	77 (13,2)	8 (11,6)			
Duże miasto	339 (51,4)	300 (52,4)	39 (56,5)			
Status na rynku pracy						
Uczeń/student	494 (75,8)	472 (81,0)	20 (29,0)	132,221	3	< 0,001
Pracujący	110 (16,9)	86 (14,8)	24 (34,8)			
Bezrobotny	22 (3,4)	17 (2,9)	5 (7,2)			
Emeryt/rencista	26 (4,0)	8 (1,4)	18 (26,1)			
Aktualne leczenie psychiatryczne	100 (15,3)	33 (5,7)	69 (100)	411,305	1	< 0,001
Przeszłe leczenie psychiatryczne	160 (24,5)	140 (24,0)	20 (29,0)	0,824	1	0,376

Źródło: badanie własne.

N – liczebność, M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe,  $\chi^2$  – wartość testu chi-kwadrat Pearsona, Z – wartość testu U Manna-Whitneya, df – stopnie swobody, p – istotność.

## Narzędzia

Aby stworzyć polską wersję kwestionariusza PQ–B, w maju 2017 roku drogą poczty elektronicznej nawiązano kontakt z autorami oryginalnej wersji, uzyskując zgodę na rozpoczęcie procedury adaptacyjnej narzędzia i niezbędne materiały. W pierwszej kolejności anglojęzyczna wersja narzędzia została przetłumaczona na język polski przez dyplomowanego anglistę z tytułem magistra psychologii, następnie polskie tłumaczenie zostało przełożone ponownie na język angielski przez drugiego anglistę, pracującego niezależnie. Tak uzyskane anglojęzyczne tłumaczenie zwrotne zostało przekazane autorom PQ–B w celu weryfikacji zgodności treściowej obu wersji w czerwcu 2017 roku. Po naniesieniu zaleconych korekt polskie tłumaczenie PQ–B zostało ostatecznie zaakceptowane i skierowane do badania pilotażowego (Załącznik 1).

Ponadto, w celu weryfikacji trafności skali, wykorzystano polskie wersje kwestionariuszy:

- 1) Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O–LIFE) – inwentarz cech schizotypowych składający się ze 104 pytań umożliwiających ocenę poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych komponentów schizotypii [7].
- 2) Hipomania Checklist (HCL–33) – złożony z listy zachowań wskazujących na występowanie okresowego wzmoczenia aktywności i afektu oraz dodatkowych pytań o różne aspekty subiektywnej oceny własnego nastroju [8].
- 3) Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) – 5-itemowa skala oceniająca ogólny poziom zadowolenia z własnego życia [30].
- 4) Rysunkowy Test Twórczego Myślenia TCT–DP – polega na dokończeniu rysunku z wykorzystaniem wydrukowanych na arkuszu elementów i pozwala na obliczenie wyniku ogólnego i 14 składowych kryteriów kreatywności wytworu [31].
- 5) Ankieta towarzysząca, zbierająca podstawowe dane socjodemograficzne, informacje o stanie zdrowia psychicznego i stosowanych używkach.

Analiza statystyczna została przeprowadzona w pakiecie IBM SPSS Statistics v. 25., z wykorzystaniem takich metod jak analiza czynnikowa głównych składowych, skalowanie rzetelności metodą *alfy* Cronbacha, porównywanie dwóch grup testem U Manna–Whitneya i korelacji parami ze współczynnikiem *rho* Spearmana. Za wskaźnik istotności statystycznej przyjęto wartość  $p < 0,05$ , zaś wartość  $p < 0,1$  uznano za wskaźnik nie w pełni istotnej tendencji statystycznej.

## Wyniki

Analiza czynnikowa głównych składowych (*principal components factor analysis*) potwierdziła jednoczynnikową budowę PQ–B. Pomiar dopasowania testem Kaisera–Maiera–Olkina (KMO) świadczył o dobrym dopasowaniu konstruktowi zarówno dla skali częstości (KMO = 0,887;  $X^2(210) = 2968,095$ ;  $p < 0,001$ ), jak i skali dystresu (KMO = 0,889;  $X^2(210) = 3548,915$ ;  $p < 0,001$ ). Obie skale cechowały się bardzo zadowalającą rzetelnością ( $\alpha > 0,85$ ). W tabeli 2 zawarto szczegółowe informacje o rzetelności skal, zmianie rzetelności po usunięciu poszczególnych itemów oraz ładunków czynnikowych poszczególnych itemów dla rozwiązania jednoczynnikowego.

Tabela 2. Rzetelność i struktura czynnikowa obu skal PQ–B(PL)

	Skala częstości $\alpha = 0,857$		Skala dystresu $\alpha = 0,873$	
	Alfa po usunięciu itemu	Ładunek czynnikowy	Alfa po usunięciu itemu	Ładunek czynnikowy
Czy znajome otoczenie czasami wydaje się Panu/i dziwne, niezrozumiałe, groźne lub nierealne?	0,849	0,556	0,865	0,597
Czy zdarzyło się Panu/i słyszeć nietypowe dźwięki, jak piski, trzaski, szумы, klaskanie lub dzwonienie w uszach?	0,850	0,546	0,867	0,542

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Czy przedmioty, które Pan/i widzi, wydają się inne niż zazwyczaj – jaśniejsze lub ciemniejsze, większe (...)?	0,856	0,334	0,873	0,338
Czy miał/a Pan/i doświadczenia związane z telepatią, działaniem innych sił psychicznych lub przepowiadaniem (...)?	0,852	0,473	0,869	0,485
Czy zdarzyło się Panu/i mieć poczucie utraty kontroli nad własnymi myślami?	0,849	0,569	0,866	0,582
Czy miewa Pan/i trudności z porozumiewaniem się, bo podczas rozmowy zdarza się Panu/i mówić chaotycznie (...)?	0,850	0,536	0,865	0,605
Czy ma Pan/i przekonanie, że posiada Pan/i jakieś niezwykle umiejętności czy talenty?	0,855	0,380	0,871	0,406
Czy czuje Pan/i, że inni ludzie obserwują lub rozmawiają o Panu/i?	0,847	0,593	0,864	0,631
Czy czasami miewa Pan/i dziwne doznania na skórze lub też pod nią, np. pelzających robaków?	0,855	0,386	0,870	0,455
Czy czasami zdarza się, że rozpraszają Pana/ią dźwięki z oddali, na które zazwyczaj nie zwraca Pan/i uwagi?	0,849	0,564	0,867	0,554
Czy miewa Pan/i poczucie obecności jakiejś osoby lub siły, chociaż dookoła nie było nikogo widać?	0,848	0,596	0,867	0,565
Czy zdarza się Panu/i martwić, że coś może być nie tak z Pana/i umysłem?	0,848	0,589	0,865	0,608
Czy miał Pan/i poczucie, że nie istnieje, świat nie istnieje albo że jest Pan/i martwy/a?	0,853	0,469	0,870	0,487
Czy czuł/a się Pan/i zdezorientowany/a, czy coś, czego Pan/i doświadczył/a jest prawdziwe czy urojone?	0,848	0,611	0,864	0,627
Czy posiada Pan/i przekonania, które inni ludzie uznają za niezwykle lub dziwaczne?	0,849	0,556	0,867	0,564
Czy ma Pan/i poczucie, że części Pana/i ciała w jakiś sposób zmieniły się lub inaczej pracują?	0,856	0,340	0,871	0,423
Czy Pana/i myśli są czasami tak silne, że prawie można je usłyszeć?	0,852	0,484	0,868	0,548
Czy czuje się Pan/i nieufny/a i podejrzliwy/a wobec innych ludzi?	0,849	0,571	0,865	0,603
Czy zdarzyło się Panu/i widzieć nietypowe rzeczy, jak błyski, płomienie, oślepiające światło lub figury (...)?	0,854	0,426	0,871	0,424

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*



Czy zdarzyło się Panu/i widzieć rzeczy, których inne osoby nie widzą lub zdają się nie widzieć?	0,852	0,520	0,868	0,544
Czy innym ludziom czasami trudno zrozumieć, co Pan/i mówi?	0,850	0,527	0,866	0,575

Źródło: badanie własne.

Żaden z itemów nie obniżał znacząco wyjściowego poziomu rzetelności skal, co pozwoliło zachować oryginalny skład PQ-B i uznać narzędzie za zadowalająco dokładne ( $\alpha > 0,8$ ).

Uczestnicy badania wykazywali od 0 do 20 objawów na 21 możliwych ( $M = 4,34$ ;  $SD = 4,18$ ), osiągając przy tym od 0 do 85 punktów w skali dystresu ( $M = 12,56$ ;  $SD = 14,23$ ). Chociaż maksymalne wyniki były wyższe w podgrupie osób zdrowych, to badani pacjenci osiągnęli wyższe wyniki średnie, wykazując większą częstość doświadczanych PLE (średnio 6,17 punktu wobec 4,13 punktu wśród osób zdrowych) oraz większe nasilenie towarzyszącego im dyskomfortu (średnio 22,26 punktu wobec 11,42 punktu wśród osób zdrowych).

W tabeli 3 zawarto informacje o związkach zaobserwowanych pomiędzy PLE a pozostałymi doświadczeniami z pogranicza zdrowia i psychopatologii, sposobem myślenia i jakością życia.

Tabela 3. Korelacje pomiędzy PLE a pozostałymi cechami psychologicznymi

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. PQ-B częstotliwość	-							
2. PQ-B poziom dystresu	0,905***	-						
3. O-LIFE: Niecodzienne doświadczenia	0,746***	0,704***	-					
4. O-LIFE: Poznawcza dezorganizacja	0,640***	0,708***	0,565***	-				
5. O-LIFE: Anhedonia, introwersja	0,224	0,296*	-0,048	0,192	-			
6. O-LIFE: Impulsywny nonkonformizm	0,307*	0,231	0,419***	0,068	0,045	-		
7. HCL – Hipomania	-0,035	-0,012	0,014	-0,059	0,060	0,319*	-	
8. SWLS – Jakość życia	-0,101	-0,159	0,054	-0,181	-0,343**	-0,102	-0,286*	-
9. TCT-DP – Twórcze myślenie	0,040	0,060	0,131	-0,118	-0,370**	0,147	0,048	0,048

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$ .

Źródło: badanie własne.

PLE były silnie związane zwłaszcza z dwoma podczynnikiemami schizotypii – doświadczaniem niecodziennych wrażeń oraz poznawczą dezorganizacją. Anhedonia i introwersja powiązane były w niewielkim stopniu z wynikiem skali dystresu, a przy

tym pozostawały w nieistotnej statystycznie tendencji również ze skalą częstości ( $\rho = 0,224$ ;  $p = 0,094$ ). Z kolei impulsywny nonkonformizm był słabo związany z częstotliwością PLE oraz pozostawał w słabej tendencji z nasileniem wywoływanego przez nie dyskomfortu ( $\rho = 0,231$ ;  $p = 0,081$ ). Chociaż PQ–B nie było powiązane z głównym wynikiem HCL, to dostrzeżono kilka zależności z dodatkowymi pytaniami, zawartymi w kwestionariuszu HCL, w tym subiektywną stabilnością nastroju – studenci oceniający siebie jako osoby, które doświadczają częstych wahań nastroju, osiągnęli istotnie wyższe wyniki w obu skalach PQ–B ( $Z = 2,138$ ;  $p = 0,033$ ). Częstość PLE współwystępowała także z gorszą oceną własnego nastroju na tle innych osób ( $\rho = -0,604$ ;  $p < 0,001$ ).

W odniesieniu do sposobu myślenia nie zaobserwowano związku pomiędzy wynikami PQ–B a ogólnym wynikiem pomiaru kreatywności, natomiast wykazano słabą relację łączącą częstość występowania PLE z kryterium niestereotypowości ( $\rho = 0,256$ ;  $p = 0,030$ ). Oznacza to, że osoby doświadczające większej ilości PLE wykazywały się większą oryginalnością myślenia.

Przejawy PLE były częstsze u kobiet, które wykazywały średnio o 1 objaw więcej ( $Z = 2,148$ ;  $p = 0,032$ ) i aż o ponad 6 punktów więcej na skali dystresu ( $Z = 3,791$ ;  $p < 0,001$ ). Częstość doświadczania PLE słabo zmniejszała się z wiekiem ( $\rho = -0,220$ ;  $p = 0,002$ ), a poziom dystresu nieznacznie wzrastał wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia ( $\rho = 0,150$ ;  $p = 0,015$ ). Nie zaobserwowano żadnych powiązań pomiędzy obiema skalami PQ–B a skłonnością do zażywania nikotyny, alkoholu i narkotyków.

### Omówienie wyników

Przeprowadzone analizy wykazały, że kwestionariusz PQ–B wykazuje satysfakcjonujące właściwości psychometryczne również w badaniach na populacji polskiej. Umożliwia szybki pomiar częstości i dystresu wynikającego z doświadczanych PLE, różnicując badanych z zadowalającą rzetelnością i trafnością. Mierzone przez kwestionariusz PQ–B(PL) doświadczenia, jak większość cech psychologicznych, rozciągają się na kontinuum zdrowia i choroby, co oznacza, że akceptowane społecznie nasilenie objawów typowych dla zaburzeń psychicznych może występować w ogólnej populacji, nie powodując klinicznie istotnego ryzyka pogorszenia stanu zdrowia.

Psychometryczne właściwości polskiej wersji językowej PQ–B(PL) są bardzo zbliżone do wyników pozostałych adaptacji do innych warunków kulturowych. Analogicznie jak w badaniach amerykańskich, europejskich i azjatyckich PQ–B(PL) utrzymuje spójną jednoczynnikową strukturę, osiąga bardzo satysfakcjonującą rzetelność pomiaru ( $\alpha > 0,8$ ) oraz wykazuje zbieżną trafność teoretyczną, pozostając w korelacji z innymi cechami z pogranicza zdrowia i choroby psychicznej.

Wobec obserwowanej częstości zaburzeń psychicznych kluczowe stało się określenie objawów zwiastujących chorobę oraz opracowanie narzędzi pozwalających na ich zobiektywizowany pomiar. Wprawdzie pełną diagnozę w każdym przypadku postawić może jedynie lekarz psychiatra na drodze osobistej rozmowy/wywiadu z pacjentem, natomiast krótkie samoopisowe narzędzia pełnią funkcję testów przesiewowych, umożliwiając wstępne wykrycie osób mogących znajdować się w grupie ryzyka. Jednym

z czynników utrudniających skuteczne leczenie jest fakt, że pacjenci zgłaszają się do specjalisty zbyt późno, kiedy objawy psychozy rozwiną się do poziomu powodującego istotne pogorszenie funkcjonowania osobistego, zawodowego czy społecznego. Opracowanie sposobów wczesnej detekcji rozwijających się zaburzeń może zwiększyć szansę na obniżenie zapadalności na poważne choroby psychiczne, zwłaszcza schizofrenię.

W lżejszym, niebudzącym niepokoju nasileniu PLE występują w ogólnej populacji jako przejawy nieadaptacyjnych cech osobowości, różnic temperamentalnych czy socjalizacyjnych w zakresie konformizmu, otwartości na doświadczenia, zapotrzebowania na stymulację, poszukiwania nowości itd. Wspólnego biologicznego podłoża tych cech można upatrywać w aktywności dopaminergicznej, związanej z patogenezą zaburzeń z kręgu psychoz [32, 33], nasileniem osobowościowych przejawów psychotyzmu i schizotypii [34, 35], jak i zmianami w zakresie procesów poznawczych, skutkującymi większą wytwórczością i niekonwencjonalnością myślenia [36, 37].

Uzyskane w badaniu wyniki potwierdzają obserwacje innych autorów dotyczące tego, iż pewna częstość PLE może być akceptowalna w ogólnej populacji. Wykazane różnice między osobami zdrowymi i chorującymi psychicznie sugerują, iż pacjenci doznają większego nasilenia PLE, warto jednak zauważyć, że rozbieżność w liczbie przeżywanych PLE była nieduża (pacjenci średnio doświadczali tylko 2 objawów więcej niż osoby zdrowe), ale różnica w ocenie średniego dystresu była aż dwukrotna. Ponadto okazuje się, że niebudzące lęku objawy przypominające psychozę mogą też pojawiać się w przebiegu chorób neurodegeneracyjnych [38] lub w wyniku wrodzonych wad anatomicznych, np. agenezji ciała modzelowatego [39], zaś faktyczny początek pełnoobjawowej psychozy zwykle wiąże się ze wzmożonym lękiem [40]. Wnioski te potwierdzają hipotezę o różnicującym znaczeniu dystresu wywołanego przez PLE w ocenie ich klinicznej istotności oraz podkreślają zasadność łączenia pomiaru częstości występowania objawów wraz z oceną powodowanego przez nie dyskomfortu.

Możliwość szybkiej oceny nasilenia przejawów PLE w ogólnej populacji może być bardzo przydatna w profilaktyce psychiatrycznej. Fakt, iż po 7 latach badań nad PQ–B autorzy zdecydowali się podnieść pierwotnie przyjęte kryteria diagnostyczne, wskazuje, że niezagrażające zdrowiu psychicznemu przejawy PLE występują w ogólnej populacji z częstością większą od zakładanej.

### Wnioski

1. Krótka skala PQ–B(PL) może być wykorzystywana do oceny nasilenia doświadczeń parapsychotycznych występujących w ogólnej populacji oraz jako test przesiewowy do wykrywania stanów prodromalnych psychozy.
2. Na drodze ilościowej analizy statystycznej potwierdzono jednoczynnikową strukturę narzędzia, zadowalającą rzetelność pomiaru oraz trafność teoretyczną konstruktów.
3. Doświadczenia parapsychotyczne pozostają w relacji zwłaszcza z przejawami schizotypii, a w mniejszym stopniu również z pogorszeniem nastroju i niestereotypowością myślenia.

4. Kwestionariusz PQ-B odpowiada na praktyczne zapotrzebowanie na tego typu narzędzia, wypełniając lukę w dotychczasowych możliwościach pomiaru doświadczeń z kontinuum zdrowia i psychopatologii.

### Piśmiennictwo

1. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder*. Psychol. Med. 2009; 39(2): 179–195.
2. Armando M, Saba R, Monducci E, Papaleo F, Dario C, Righetti V i wsp. *Subtypes of psychotic-like experiences in a community sample of young adults: socio-demographic correlates and substance use*. Riv. Psichiatr. 2012; 47(5): 424–431.
3. Klosterkotter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A, Ruhrmann S. *Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next?* World Psychiatry 2011; 10(3): 165–174.
4. Loewy RL, Johnson JK, Cannon TD. *Self-report of attenuated psychotic experiences in a college population*. Schizophr. Res. 2007; 93(1–3): 144–151.
5. Pelizza L, Azzali S, Paterlini F, Scazza I, Garlassi S, Chiri LR i wsp. *The Italian Version of the Brief 21-Item Prodromal Questionnaire: Field Test, Psychometric Properties and Age-Sensitive Cut-Offs*. Psychopathology 2018; 51(4): 234–244. doi: 10.1159/000490708.
6. Brzozowski P, Drwal R. *Kwestionariusz Osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQ-R, podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Wydawnictwa Psychologicznego; 2008.
7. Dembińska-Krajewska D, Rybakowski J. *The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE) schizotypy scale in psychiatry*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy 2014; 2: 15–22.
8. Łojko D, Rybakowski J, Dudek D, Pawłowski T, Siwek M, Kiejna A. *Hypomania Check List (HCL-32) – kwestionariusz objawów hipomanii: charakterystyka i zastosowanie*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(1): 39–46.
9. Addington J, Stowkowy J, Weiser M. *Screening tools for clinical high risk for psychosis*. Early Interv Psychiatry 2015; 9(5): 345–356.
10. Daneault JG, Stip E, Refer-O-Scope Group. *Genealogy of instruments for prodrome evaluation of psychosis*. Front. Psychiatry 2013; 4: 25.
11. Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK, Raine A, Cannon TD. *The prodromal questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes*. Schizophr. Res. 2005; 79: 117–25.
12. Mittal VA, Dean DJ, Pelletier A. *Internet addiction, Reality Substitution, and Longitudinal Changes in Psychotic-like Experiences in Young Adults*. Early Interv Psychiatry 2013; 7(3): 261–269.
13. Mittal VA, Dean DJ, Pelletier A. *Dermatoglyphic asymmetries and fronto-striatal dysfunction in young-adults reporting non-clinical psychosis*. Acta Psychiatr. Scand. 2012; 126(4): 290–297.
14. Honinh S, Drukker M, Groen RN, van Os J. *Psychotic experiences and risk of self-injurious behaviour in the general population: a systematic review and meta-analysis*. Psychological Medicine 2015; 46(2): 1–15.

15. Benson TL, Sohee P. *Increased plasticity of bodily self-experience in individuals who may carry latent liability for schizophrenia*. Schizophr. Res. 2018. In press; doi: 10.1016/j.schres.2018.05.004.
16. De Vylder JE, Thompson E, Reeves G, Schiffman J. *Psychotic experiences as indicators of suicidal ideation in a non-clinical college sample*. Psychiat. Res. 2015; 226(2–3): 489–493.
17. Newbury J, Arseneault L, Caspi A, Moffitt TE, Odgers CL, Fisher HL. *Cumulative Effects of Neighborhood Social Adversity and Personal Crime Victimization on Adolescent Psychotic Experiences*. Schizophr. Bull. 2017; 44(2): 348–358.
18. Nam B, Hilimire M, Schiffman J, De Vylder J. *Psychotic experiences in the context of depression: The cumulative role of victimization*. Journal of Psychiatry Research 2016; 82: 136–140.
19. Andorko ND, Mittal V, Thompson E, Denenny D, Epstein G, Demro C i wsp. *The association between sleep dysfunction and psychosis-like experiences among college students*. Psychiat. Res. 2017; 248: 6–12.
20. Fonseca-Pedrero E, Gooding DC, Ortuno-Sierra J, Pfluma M, Paino M, Muniz J. *Classifying risk status of non-clinical adolescents using psychometric indicators for psychosis spectrum disorders*. Psychiat. Res. 2016; 243: 246–254.
21. Kline E, Wilson C, Ereshefsky S, Nugent KL, Pitts S, Reeves G, Schiffman J. *Schizotypy, psychotic-like experiences and distress: An interaction model*. Psychiat. Res. 2012; 200(2–3): 647–651.
22. Mamah A, Musau A, Mutivo VN, Owso A, Abdallah AB, Cottler LB i wsp. *Characterizing psychosis risk traits in Africa: A longitudinal study of Kenyan adolescents*. Schizophr. Res. 2016; 176: 340–348.
23. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR. *Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dotyczące wczesnego wykrywania stanów klinicznie wysokiego ryzyka wystąpienia psychozy*. W: Samochowiec J, Bieńkowski P red. *Diagnoza, leczenie, organizacja: Wybrane wytyczne Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA)*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2016. S. 56–86.
24. Loewy RL, Pearson R, Vinogradov S, Bearden CE, Cannon TD. *Psychosis risk screening with the Prodromal Questionnaire — Brief version (PQ-B)*. Schizophr. Res. 2011; 129(1): 42–46.
25. Kline E, Thompson E, Demro C, Bussell K, Reeves G, Schoffman J. *Longitudinal validation of psychosis risk screening tools*. Schizophr. Res. 2015; 165(2–3): 116–122.
26. Kline E, Wilson C, Ereshefsky S, Denenny D, Thompson E, Pitts SC i wsp. *Psychosis risk screening in youth: a validation study of three self-report measures of attenuated psychosis symptoms*. Schizophr. Res. 2012; 141(1): 72–77.
27. Xu L, Zhang T, Zheng L, Li H, Tang Y, Luo X i wsp. *Psychometric Properties of Prodromal Questionnaire-Brief Version among Chinese Help-Seeking Individuals*. PLoS ONE. 2016; 11(2): e0148935. doi:10.1371/journal.pone.0148935.
28. Thompson E, Kline E, Reeves G, Pitts SC, Schiffman J. *Identifying youth at risk for psychosis using the Behavior Assessment System for Children, Second Edition*. Schizophr. Res. 2013; 151(1–3): 238–244.
29. Savill M, D’Ambrosio J, Cannon TD, Loewy R. *Psychosis risk screening in different population using the Prodromal Questionnaire: A systematic review*. Early Interv. Psychiatry 2018; 12(1): 3–14.
30. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001: 134–139.

31. Matczak A, Jaworowska A, Stańczak J. *TCT-DP – Rysunkowy Test Twórczego Myślenia: Podręcznik testowy*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2000.
32. Rybakowski J, Klonowska P, Patrzyła A, Jaracz J. *Psychopatologia a kreatywność*. Psychiatr. Pol. 2006; XL(6): 1033–1049.
33. Thys E, Sabbe B, De Hert M. *Creativity and psychopathology: a systematic review*. Psychopathology 2014; 47(3): 141–147.
34. Deyoung CG. *The neuromodulator of exploration: A unifying theory of the role of dopamine in personality*. Front. Hum. Neurosci. 2013; 14(7): 762–770.
35. Nelson B, Rawlings D. *Relating schizotypy and personality to the phenomenology of creativity*. Schizophr. Bull. 2010; 36(2): 388–399.
36. Chermahini SA, Hommel B. *The (b)link between creativity and dopamine: spontaneous eye blink rates predict and dissociate divergent and convergent thinking*. Cognition 2010; 115(3): 458–465.
37. Flaherty AW. *Frontotemporal and dopaminergic control of idea generation and creative drive*. J. Comp. Neurol. 2005; 493(1): 147–153.
38. Chrobak AA, Dudek A, Wnuk M, Łysiak Z, Siwek M, Adamek D i wsp. *Brain biopsy in the diagnosis of Creutzfeld-Jakob disease with a history of prodromal psychiatric symptoms and catatonic behavior*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy 2016; 2: 48–53.
39. Bondade S, Kumar KK, Hussain D. *Arnold-Chiari malformation and agenesis of the corpus callosum in a case of brief psychotic disorder*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy 2018; 2: 42–45.
40. Rabe-Jabłońska J, Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A. *Clinical picture and duration of prodromal period of schizophrenia in adolescents*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy 2000; 2(4): 31–38.

Adres: Anna Starkowska  
Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej  
Katedra Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie  
71-457 Szczecin, ul. Broniewskiego 26  
e-mail: a.starkowska.pum@gmail.com

Otrzymano: 23.12.2018  
Zrecenzowano: 4.02.2019  
Otrzymano po poprawie: 29.04.2019  
Przyjęto do druku: 26.05.2019

## Załącznik

PQ-B

Loewy R., Cannon T. D.  
University of California 2010PQ-B(PL) Starkowska A., Kucharska-Mazur J., Mak M., Samochowiec J. PUM<sup>1</sup>  
w Szczecinie 2019

Proszę wskazać, czy w ciągu ostatniego miesiąca doświadczył/a Pan/i następujących myśli, uczuć i zdarzeń, zaznaczając „tak” lub „nie” przy każdej pozycji kwestionariusza. **Proszę nie uwzględniać doświadczeń, które mają miejsce tylko wtedy, gdy znajduje się Pan/i pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków, które nie zostały Panu/i przepisane przez lekarza.** Jeśli odpowie Pan/i „tak” na którekolwiek z pytań, proszę wskazać, jak bardzo dokuczliwe było/jest dla Pana/i opisywane doświadczenie.

Płeć:  Kobieta  Mężczyzna

Data urodzenia: ..... Data badania: .....

1. **Czy znajome otoczenie czasami wydaje się Panu/i dziwne, niezrozumiałe, groźne lub nierealne?**

 TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

2. **Czy zdarzyło się Panu/i słyszeć nietypowe dźwięki jak piski, trzaski, szумы, klaskanie lub dzwonięcie w uszach?**

 TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

3. **Czy przedmioty, które Pan/i widzi wydają się inne niż zazwyczaj (jaśniejsze lub ciemniejsze, większe lub mniejsze, albo odmienne w jakiś inny sposób)?**

 TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

4. **Czy miał/a Pan/i doświadczenia związane z telepatią, działaniem innych sił psychicznych lub przepowiadaniem przyszłości?**

 TAK  NIE

<sup>1</sup> Klinika i Katedra Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, ul. Broniewskiego 26  
Kontakt: a.starkowska.pum@gmail.com

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

5. **Czy zdarzyło się Panu/i mieć poczucie utraty kontroli nad własnymi myślami?**  
 TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

6. **Czy miewa Pan/i trudności z porozumiewaniem się, bo podczas rozmowy często zdarza się Panu/i mówić chaotycznie lub zbaczać z tematu?**  
 TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

7. **Czy ma Pan/i silne przekonanie, że posiada Pan/i jakieś niezwykle umiejętności czy talenty?**  
 TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

8. **Czy czuje Pan/i, że inni ludzie obserwują lub rozmawiają o Panu/i?**  
 TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

9. **Czy czasami miewa Pan/i dziwne doznania na skórze lub tuż pod nią, np. pełzających robaków?**  
 TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

10. **Czy czasami zdarza się, że rozpraszają Pana/ią dźwięki z oddali, na które zazwyczaj nie zwraca Pan/i uwagi?**  
 TAK  NIE

**Jeśli TAK:** Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:



- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

11. **Czy miewał/a Pan/i poczucie obecności jakiejś osoby lub siły, chociaż dookoła nie było nikogo widać?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

12. **Czy zdarza się Panu/i martwić, że coś może być nie tak z Pana/i umysłem?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

13. **Czy miał/a Pan/i poczucie, że Pan/i nie istnieje, świat nie istnieje, albo że jest Pan/i martwy/a?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

14. **Czy czuł/a się Pan/i dezorientowany/a, czy coś, czego Pan/i doświadczył/a jest prawdziwe czy urojone?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

15. **Czy posiada Pan/i przekonania, które inni ludzie uznają za niezwykle lub dziwaczne?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

16. **Czy ma Pan/i poczucie, że części Pana/i ciała w jakiś sposób się zmieniły, lub inaczej pracują?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

17. **Czy Pana/i myśli są czasami tak silne, że prawie można je usłyszeć?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

18. **Czy czuje się Pan/i nieufny/a i podejrzliwy/a wobec innych ludzi?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

19. **Czy zdarzyło się Panu/i widzieć nietypowe rzeczy jak błyski, płomienie, oślepiające światło lub figury geometryczne?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

20. **Czy zdarzyło się Panu/i widzieć rzeczy, których inne osoby nie widzą lub zdają się nie widzieć?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam

21. **Czy innym ludziom czasami trudno zrozumieć, co Pan/i mówi?**

- TAK  NIE

*Jeśli TAK:* Kiedy tak się dzieje, czuję się przestraszony/a, zaniepokojony/a, lub powoduje to, że mam problemy:

- Zdecydowanie się nie zgadzam  nie zgadzam się  nie mam zdania  
 zgadzam się  zdecydowanie się zgadzam