

## Kwestionariusz wglądu w schizofrenię – „Moje myśli i odczucia”

### A questionnaire of insight into schizophrenia – „My thoughts and feelings”

Andrzej Kokoszka<sup>1</sup>, Anna Telichowska-Leśna<sup>1</sup>, Rafał Radzio<sup>2</sup>

<sup>1</sup> II Klinika Psychiatryczna WUM w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

<sup>2</sup> Centrum Psychoterapii, Samodzielny Wojewódzki Zespól

Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie

Kierownik: lek. med. L. Bryła

#### Summary

**Aim.** Construction of a brief, self-rating questionnaire of insight into schizophrenia, that can be useful in everyday practice.

**Method.** The questionnaire is based on reports of patients with good remissions, confronted with the group interviews with severely psychotic patients without insight. They led to the formulation of 16 questions with three possible answers reflecting lack of insight, full insight and partial insight. 6 items that have the most discriminating power of patients with and without insight were selected in the study of 367 patients assessed by psychiatrists acting as the competent judges. The reliability of this questionnaire is good - alfa Cronbach = 0,8. In the next study with 128 patients, a similar reliability was found - alfa Cronbach = 0,77. The validity measured as the correlation with PANSS item “Lack of Judgment and Insight” was acceptable  $r = -0,55$ .

**Results.** The 6-items questionnaire of insight into schizophrenia - “My thoughts and feelings” has good reliability and acceptable validity. The discussion of results with the patient, based on rules of cognitive behavioural therapy aiming at the shaping of insight was described as well as the preliminary sten norms were described.

**Conclusions.** The questionnaire may be useful in the screening of patients with low insight into schizophrenia as well for a psychoeducative discussion of its results.

*Słowa klucze:* schizofrenia, wgląd w chorobę, skala samooceny

*Key words:* schizophrenia, insight, self-rating scale

#### Wstęp

W diagnozie i terapii większości zaburzeń psychicznych istotną rolę odgrywają skale samooceny stanu psychicznego wypełniane przez chorych. Zakłada się, że

---

Badanie nie było sponsorowane

udzielają oni szczerych odpowiedzi. Schizofrenia należy do nielicznych jednostek chorobowych, w których nie ma takich skal, które byłyby stosowane w rutynowym postępowaniu. W praktyce klinicznej i badaniach naukowych najczęściej stosuje się wśród osób cierpiących na tę chorobę jedynie skale obserwacyjne, pozwalające w ustrukturuwany i wystandaryzowany sposób oceniać nasilenie objawów. Do najczęściej stosowanych narzędzi dostępnych w języku polskim należą: Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), Skala Krótkiej Oceny Psychiatrycznej – BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), Skala Ogólnego Wrażenia Klinicznego CGI (Clinical Global Impressions Scale), Skala Ogólnej Oceny Funkcjonowania GAF (Global Assessment of Functioning). Stan ten może wynikać z tendencji do podzielenia przyjmowanych w przeszłości przekonań o tym, że osoby chore na schizofrenię nie są zdolne do partnerskiej współpracy z terapeutą. Doświadczenie kliniczne i wyniki badań, potwierdzające skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej, wykazują, że pacjent może być aktywnym uczestnikiem procesu diagnostycznego i terapeutycznego [por. 1]. Terapia poznawczo-behawioralna schizofrenii, w której szeroko stosuje się kontakt z pacjentem oparty na zasadach tzw. sokratejskiego dialogu, okazuje się skuteczną metodą oddziaływania na objawy wytwórcze (pozytywne) [2, 3, 4, 5, 6].

Wgląd – to pojęcie mające wyjątkowo istotne znaczenie w diagnozie i postępowaniu terapeutycznym w schizofrenii i innych psychozach z kręgu schizofrenii. Wynika to z faktu, iż jednym z charakterystycznych objawów tych chorób jest jego brak lub jedynie częściowy wgląd. Wg oxfordzkiego słownika psychiatrycznego termin ten oznacza „wiedzę pacjenta o tym, że objawy jego choroby są nienormalnymi lub chorobowymi zjawiskami” [7, s. 367]. Zdaniem autorów „Encyklopedycznego słownika psychiatrii” [8] wgląd to synonim krytycyzmu, czyli „cecha myślenia wyrażająca się w zdolności do właściwej oceny własnych przeżyć i postaw oraz zjawisk zachodzących w otoczeniu. Myślenie krytyczne cechuje dążenie do poznawania nowych faktów, konfrontowania ich z własnymi doświadczeniami i poglądami, zdolność do korygowania poglądów i postaw” (s. 234–235). Istnieje wiele prób innego zdefiniowania wglądu. Zdaniem Greenfielda i wsp. [9] wgląd obejmuje: stosunek pacjenta do objawów, poczucie choroby, wyjaśnienie przyczyn choroby, świadomość ryzyka nawrotów i stosunek do zasadności leczenia. Natomiast zdaniem Becka [10] taka definicja dotyczy tzw. wglądu klinicznego, od którego odróżnia on wgląd poznawczy, rozumiany jako „zdolność pacjenta do korekcji błędnych interpretacji i zniekształconych przekonań” [10 s. 321]. Wgląd poznawczy opiera się na wyższym poziomie procesów poznawczych zwanych procesami metapoznawczymi (które rozumie się jako zdolność człowieka do monitorowania i kontroli własnych procesów intelektualnych), takich jak „umiejętność zdystansowania się do własnego błędnego rozumowania i ponowne ocenienie ich” oraz otwartość na informacje zwrotne [10]. W podejściu psychodynamicznym i w psychoanalizie pojęcie wglądu jest pojmowane „jako rozumienie dynamicznych czynników decydujących o takim lub innym rozwiązaniu konfliktu wewnętrznego. [...] Warunkiem takiego zrozumienia jest pewien poziom swobodnych skojarzeń, samoobserwacji, refleksji i zdolności do rozpoznawania warunków prowadzących

do obiektywizmu” [11, s. 380]. Tego typu podejście psychoterapeutyczne może być korzystne dla osób ze schizofrenią, które charakteryzuje:

- „wgląd co do związków między ich problemami a objawami” od samego początku choroby;
- brak zachowań typu „acting out”;
- ostry początek psychozy;
- współwystępowanie objawów nerwicowych [12].

Psychoanalitycznie rozumiany wgląd wymaga oczywiście od pacjenta poczucia choroby i krytycyzmu wobec objawów. Brak jest narzędzi psychometrycznych służących do jego pomiaru.

Do niedawna w literaturze anglojęzycznej dostępne były jedynie narzędzia do oceny wglądu wypełniane przez lekarza, jak np: Kwestionariusz wglądu i postawy do leczenia (Insight and Treatment Attitudes Questionnaire – ITAQ) [13]; Schemat oceny wglądu (Schedule for Assessment of Insight – SAI) [14]; Skala oceny nieświadomości zaburzeń psychicznych (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) [15]; Skala wglądu Birchwooda (Birchwood Insight Scale, BIS [16]. Dopiero kilka lat temu zaczęto konstruować skale badające wgląd, wypełniane przez pacjenta. Skala wglądu (Insight Scale) [17] zawiera 32 zdania twierdzące, do których pacjent ustosunkowuje się, zakreślając jedną z odpowiedzi: tak, nie, nie wiem. Skala wglądu poznawczego Becka (The Beck Cognitive Insight Scale – BCIS) [10] składa się z 15 pozycji podzielonych na dwie podskale: autorefleksji-samooceny (oceniająca otwartość na informacje zwrotne, uwzględnianie ewentualnej własnej mylnej interpretacji zdarzenia mimo silnego przekonania o swojej racji) i poczucia pewności samego siebie (oceniająca u pacjenta poziom wyciągania pochopnych wniosków, dogmatyczne poczucie racji i oporność na informacje zwrotne od innych). Do tej pory nie dokonano polskiej adaptacji żadnego z omawianych powyżej narzędzi do oceny i samooceny wglądu. W języku polskim dostępna jest Skala wglądu w chorobę (SWC) [18], składająca się z 6 pytań skierowanych do lekarza/terapeuty znającego samopoczucie i reakcje pacjenta. Do oceny wglądu można w pewnym stopniu wykorzystać dwie skale Jarosza i wsp. [19, 20] „Poczucie własnej choroby” i „Poczucie zdrowia”. Jednak ich stosowanie jest czasochłonne, ponieważ każda z nich ma 30 stwierdzeń, które zgodnie z zaleceniami twórców skali powinny być wykonywane przez pacjenta pod kontrolą terapeuty. Nie znalazły one powszechnego zastosowania w rutynowej praktyce psychiatrycznej, prawdopodobnie dlatego, że wymagają one poświęcenia przez psychiatrę dość dużo czasu. W tej sytuacji istnieje potrzeba stworzenia krótkiego kwestionariusza, wypełnianego przez pacjenta, służącego do wstępnej oceny jego wglądu w schizofrenię.

### Cel pracy

Celem jest prezentacja krótkiego kwestionariusza służącego do szybkiej, przesiewowej oceny wglądu w schizofrenię oraz procesu jego konstruowania.

## Material i metoda

Proces konstruowania kwestionariusza miał 3 stadia:

- 1 – opracowanie szerokiej wersji kwestionariusza
- 2 – wyłonienie ostatecznej wersji kwestionariusza
- 3 – ocena rzetelności i trafności kwestionariusza.

Z tego względu opis materiału i metod zostanie podzielony na odpowiednie części.

### Opracowanie szerokiej wersji kwestionariusza

Pracę nad metodą rozpoczęto od grupowych wywiadów z dziesięcioma pacjentami, pozostającymi od kilku lat w comiesięcznej terapii grupowej (sesja 90 min.), o klinicznie ocenianym dużym wglądzie w chorobę. Zwrócono się do nich z prośbą o pomoc w sformułowaniu pytań do kwestionariusza mającego na celu pomoc w stwierdzeniu, że badana nim osoba chorująca na schizofrenię znajduje się na granicy utraty poczucia rzeczywistości i uwierzenia w świat psychotycznych doznań lub już tę granicę przekroczyła. W tym celu poproszono ich o opisanie sytuacji i doznań, których doświadczali w przeszłości, kiedy byli na granicy utraty poczucia realności i nawrotu psychozy. Na podstawie propozycji grupy omawianych pacjentów skonstruowano 16 pytań z trzema możliwymi do wyboru odpowiedziami, charakterystycznymi dla osób bez wglądu, z pełnym oraz z częściowym wglądem. Przedstawiono je następnie siedmiu osobom w psychozie, bez wglądu, i omówiono z nimi wszystkie możliwe odpowiedzi na te pytania. Wnioski wynikające z tej dyskusji wykorzystano do ostatecznego zredagowania 16 pytań.

### Wyłonienie ostatecznej wersji kwestionariusza

W badaniu wzięło udział 191 kobiet (52%) i 168 mężczyzn (45,8%) (w 8 przypadkach nie podano płci pacjenta), w wieku od 19 do 86 lat, śr. = 39,14 lat (SD = 11), chorych na schizofrenię. U 291 osób (79,3%) rozpoznano schizofrenię paranoidalną, u 19 (5,2%) schizofrenię prostą, u 10 (2,7%) rezydualną, u 2 (0,5%) przewlekłą, u 5 (1,4%) niezróżnicowaną, u 6 (1,7%) hebefreniczną, i 4 (1,1%) katatoniczną, u 2 (0,5%), depresję postschizofreniczną, u 2 (0,5%) zaburzenia schizoafektywne. W przypadku 26 osób (7,1%) nie sprecyzowano postaci schizofrenii. 87 (23,7%) osób posiadało wykształcenie podstawowe lub zawodowe, 205 (55,9%) średnie, 26 (7,1%) wyższe (w 49 przypadkach nie uzyskano informacji o wykształceniu). W chwili badania 26 osób kontynuowało naukę, 29 pracowało w swoim zawodzie, 21 pracowało w warunkach chronionych, 206 było na rencie, 3 osoby pozostawały na utrzymaniu rodziny, o 44 osobach nie uzyskano informacji dotyczących zatrudnienia.

W badaniu wzięli udział chorzy zakwalifikowani przez lekarzy prowadzących do grupy z wysokim poziomem wglądu lub do grupy bez wglądu, na podstawie następujących kryteriów:

1. Chorzy z pełnym wglądem (z poczuciem choroby) [189 (40,5 %) osób] mają świadomość choroby, dużo wiedzą o swojej chorobie, mają dystans do swoich objawów i traktują je jako chorobowe, znają prawdopodobne przyczyny swojej choroby, akceptują leczenie i uważają je za potrzebne (współpracują z lekarzem), są świadomi możliwości wystąpienia nawrotów i aktywnie starają się im zapobiegać.

2. Chorzy z całkowitym brakiem wglądu (brakiem poczucia choroby) – [163 (34,9%)] uważają się za osoby zdrowe, wyjątkowe, nie potrafią oddzielić objawów od rzeczywistości, przyczyny choroby tłumaczą urojeniowo, odmawiają leczenia, nie mają świadomości ryzyka nawrotów.

Analiza statystyczna polegała w pierwszej kolejności na ocenie wariancji wszystkich pytań, w celu wykluczenia pozycji, które nie różnicują osób badanych. Następnie dokonano nieliniowej analizy regresji (metoda enter), w celu wyłonienia pozycji testowych najlepiej pozwalających przewidzieć ocenę kliniczną poczucia wglądu określoną przez lekarzy. W wyniku tej analizy wytypowano 6 pozycji testowych (wyniki w tabeli 1 w aneksie). Tak stworzony model pozwalał właściwie przyporządkować 82,1% przypadków ( $-2 \log \text{likelihood} = 255,33$ ; Nagelkerke  $r^2 = 0,59$ ). Stanowią one Kwestionariusz wglądu w schizofrenię – „Moje myśli i odczucia”. Za jego wynik przyjęto sumę wszystkich pozycji testowych, które oceniano zgodnie ze schematem, przypisującym poszczególnym odpowiedziom następujące wartości liczbowe:

- 2 – oznacza pełny wgląd
- 1 – częściowy wgląd
- 0 – brak wglądu

Histogram rozkładu wyników tak utworzonej skali pokazuje na rozkład zbliżony do kapeluszowego, co wskazuje na dobre zróżnicowanie nasilenia poczucia wpływu na przebieg choroby u osób badanych.

## Wyniki

### KWESTIONARIUSZ WGLĄDU W SCHIZOFRENIE – „MOJE MYŚLI i ODCZUCIA”

.....  
imię i nazwisko

.....  
data

Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź, która najlepiej opisuje Pana (i) przeżycia

1. Gdy inne osoby starają się pokazać mi, które z moich doznań (odczuć) są prawdziwe, a które nie:
  - a) Ich zdanie pomaga mi w dostrzeżeniu granicy między zdrowiem a chorobą.

- b) Chociaż ich zdanie nie przekonuje mnie do końca, czuję się bezpiecznie, kiedy mówią, że moje doznania są częścią choroby.
  - c) Uważam, że moi bliscy nie potrafią pomóc mi w rozdzieleniu rzeczywistości od doznań chorobowych – to mnie tylko denerwuje.
2. Kiedy odnoszę wrażenie, że ktoś mnie śledzi lub obserwuje:
    - a) Poważnie myślę, że to objawy nawrotu choroby.
    - b) Staram się to sprawdzić (pytam bliskich).
    - c) Zaczynam się zastanawiać, jak uniknąć prześladowców.
  3. Gdy lekarz mówi do mnie, że choruję na schizofrenię, to:
    - a) Jest to dla mnie oczywiste, bo pogodziłem/am się z tym, że jestem chory/a.
    - b) Złości mnie to, bo uważam, że nie ma pojęcia o tym, co czuję.
    - c) Ogarniają mnie wątpliwości i nie chcę na ten temat rozmawiać.
  4. Kiedy moi bliscy zaczynają niepokoić się moim wyglądem mówiąc, że nie dbam o siebie:
    - a) Uważam, że mój wygląd to moja sprawa i nie zwracam na to uwagi.
    - b) Zaczyna mnie niepokoić to, że ktoś zwraca mi uwagę.
    - c) Odczuwam lęk, że może mają rację i naprawdę dzieje się ze mną coś złego.
  5. Choroba, na którą cierpię, schizofrenia:
    - a) Jest chorobą przewlekłą i wiem, że może powrócić.
    - b) Mam nadzieję, że nigdy więcej nie zachoruję.
    - c) Myślę, że nie jestem chory/a i mnie to nie dotyczy.
  6. Kiedy zastanawiam się, dlaczego zachorowałem/am, to:
    - a) Wiem, że mogło wpłynąć na to wiele czynników (np. stres, skłonności rodzinne, bolesne wydarzenia).
    - b) Mam na ten temat inne zdanie niż mój lekarz i myślę, że znam prawdziwą przyczynę choroby.
    - c) Uważam, że nic mi nie dolega i że problem schizofrenii mnie nie dotyczy.

Klucz do kwestionariusza „Moje myśli i odczucia”

1. a – 2; b – 1; c – 0
2. a – 2; b – 1; c – 0
3. a – 2; b – 0; c – 1
4. a – 0; b – 1; c – 2
5. a – 2; b – 1; c – 0
6. a – 2; b – 1; c – 0

#### Ocena rzetelności i trafności kwestionariusza

Analiza rzetelności wykazała bardzo wysokie korelacje wszystkich pozycji testowych z wynikiem ogólnym kwestionariusza (od 0,43 do 0,73). Współczynnik

alfa Cronbacha dla całego kwestionariusza wyniósł 0,8, co wskazuje na jego bardzo wysoką rzetelność.

Ocenę trafności kwestionariusza rozpoczęto od sprawdzenia za pomocą testu t Studenta, czy uzyskane wyniki różnicują osoby wyróżnione przez lekarzy ze względu na niski lub wysoki wgląd w chorobę. Uzyskano bardzo istotną statystycznie różnicę w średnich nasileniach poczucia wglądu (z wglądem  $\bar{x} = 8,9$ ;  $SD = 2,76$ ; bez wglądu  $\bar{x} = 4,08$ ;  $SD = 2,55$ ) między tak wyróżnionymi grupami, co potwierdza zasadność takiego wyboru pozycji testowych (wartość t Studenta = 16,5;  $p < 0,0001$ ). Następnie kolejnym badaniem objęto 128 osób ze schizofrenią (55 kobiet i 73 mężczyzn) w wieku od 19 do 68 lat ( $\bar{x} = 41,94$ ;  $SD = 13,09$ ). Trafność kwestionariusza oceniano w tym przypadku na podstawie korelacji jego wyników z wynikami podskali „brak krytycyzmu i wglądu” w PANSS. Stwierdzono umiarkowaną ujemną korelację ( $r = -0,55$ ), która potwierdza trafność omawianego kwestionariusza. Wartość ujemna współczynnika korelacji wynika z faktu, że w przypadku „Kwestionariusza wglądu w schizofrenię” wyższy wynik oznacza większy wgląd, a w przypadku podskali PANSS wyższy wynik oznacza mniejszy wgląd i krytycyzm. Umiarkowana korelacja wskazuje, że porównywane narzędzia mierzą odmienne aspekty wglądu. W omawianym badaniu potwierdzono wysoką rzetelność narzędzia (alfa Cronbacha = 0,77).

Na podstawie wyników uzyskanych w ostatnim z omawianych badań (128 osób) opracowano prowizoryczną metodę przekształcania wyników surowych w wyniki wystandaryzowane (tabela 2, w aneksie) oraz prowizoryczne normy stenowe dla kwestionariusza wglądu w schizofrenię (tabela 3, w aneksie). Zgodnie z nimi badani uzyskujący wyniki w górnym zakresie skali (10–12 punktów) to pacjenci charakteryzujący się wysokim poziomem wglądu w chorobę, mający świadomość choroby i wiedzę o niej, zachowujący krytycyzm i dystans do swoich objawów, które traktują jako stany chorobowe, akceptują leczenie i uważają je za potrzebne (współpracują z lekarzem), są świadomi możliwości wystąpienia nawrotów i aktywnie starają się im zapobiegać.

Pacjenci uzyskujący wyniki w przedziale 0–5 punktów to chorzy z całkowitym brakiem wglądu (brakiem poczucia choroby – uważają się za osoby zdrowe, wyjątkowe, nie potrafią oddzielić objawów od rzeczywistości, przyczyny choroby) tłumaczą urojeniuowo, odmawiają leczenia, nie mają świadomości choroby. Pacjenci uzyskujący wyniki w przedziale 6-9 punktów to osoby ze średnim poczuciem wglądu.

### Omówienie wyników

Nazwa narzędzia stosowana na formularzach wypełnianych przez pacjenta – „Moje myśli i odczucia” – jest bardziej ogólna od jego profesjonalnej nazwy „Kwestionariusz wglądu w schizofrenię”. Takie rozwiązanie przyjęto, aby zmniejszyć ryzyko negatywnego stosunku do jego wypełniania przez osoby bez wglądu w schizofrenię, w tym i takie, które są bardzo wrażliwe na jakiegokolwiek sugestie, że są dotknięte tą chorobą, i reagują na nie w negatywny sposób.

Na uwagę zasługuje fakt, że kwestionariusz nie jest oparty na żadnej z góry przyjętej teorii. Został skonstruowany na podstawie obserwacji pacjentów w stanie dobrej i trwałej remisji, co można traktować jako dodatkowy argument wskazujący na dość dobrą jego trafność.

Kwestionariusz jest krótki, ponieważ wypełnianie dłuższych narzędzi diagnostycznych może sprawiać trudności chorym z deficytami funkcji poznawczych. Przeznaczony jest do samodzielnego wypełniania przez pacjenta. Jego konstrukcja związana jest z przekonaniem o potrzebie monitorowania stosunku pacjentów do przewlekłych chorób, na które cierpią. Istotnym elementem takiego procesu są okresowe, np. coroczne, podsumowania. Kwestionariusz wglądu w schizofrenię może być pomocny w tego rodzaju ocenie. Pacjent może go wypełniać przed wizytą psychiatryczną, np. w gabinecie pielęgniarskim. Obliczenie wyników jest proste i szybkie. Może być dokonane przez pielęgniarkę i dostarczone lekarzowi przed rozpoczęciem przez niego badania kontrolnego. Wyniki wskazujące na słaby wgląd stanowią wskazówkę, która wymaga klinicznego zweryfikowania. Można w tym celu zanalizować z pacjentem udzielone przez niego odpowiedzi na poszczególne pytania, wykorzystując, stosowaną w podejściu poznawczo-behawioralnym, metodę sokratejskiego dialogu. Polega ona na zadawaniu pacjentowi pytań dotyczących odpowiedzi, których on nie udzielił. Na przykład, kiedy pacjent wybrał odpowiedź „b”, zadajemy pytania w rodzaju – z jakich powodów nie wybrał odpowiedzi „a”, w jakich okolicznościach udzieliłby odpowiedzi „c”? W ten sposób pomagamy mu uzasadnić jego stosunek do opisanej w pytaniu sytuacji, a także umożliwiamy skorygowanie odpowiedzi. Zasady tego rodzaju postępowania zostały szerzej opisane w poradniku „Schizofrenia: wzmacnianie zdolności samostanowienia” [23]. Z doświadczeń praktycznych ze stosowania tego narzędzia w dalszych badaniach wynika, że istotne znaczenie ma zaufanie pacjenta do lekarza. Zaobserwowano, że osoby z częściowym wglądem, obawiające się hospitalizacji w trudnych warunkach, miały tendencję do dysymulacji swoich problemów z wglądem i udzielania odpowiedzi, jakich ich zdaniem oczekiwał badający, aby uniknąć skierowania do szpitala.

Rzetelność kwestionariusza (alfa Cronbacha 0,8) jest stosunkowo wysoka, jak na tak bardzo krótkie narzędzie, w porównaniu z innymi stosowanymi kwestionariuszami [por 21]. Trafność oceniana na podstawie korelacji wyniku Kwestionariusza wglądu w schizofrenię z wynikiem podskali „brak krytycyzmu i wglądu” w skali PANSS wynosi – 0,55, co oznacza umiarkowany związek pomiędzy wynikami uzyskiwanymi za pomocą tych narzędzi. Taki wynik można ocenić jako pozytywny, ponieważ trafność polskiej wersji podskali „braku wglądu i krytycyzmu” nie jest znana. Rzetelność poszczególnych skal anglojęzycznej wersji PANSS mieści się w zakresie od 0,73 do 0,83. Brak jest danych dotyczących trafności pozycji PANSS. Podawana przez autorów narzędzia trafność całej skali ogólnej psychopatologii w PANSS, do której zaliczany jest „brak wglądu i krytycyzmu”, oceniana na podstawie korelacji jej wyników z wynikami NIMH Clinical Global Impression Scale, jest umiarkowana ( $r = 0,52$ ) [22]. Uwzględniając omawianą na wstępie złożoność zjawiska wglądu i związaną z nim odmienną zakresu zjawisk włączanych do wglądu w omawianej metodzie i podskali PANSS, a także odmienną sposobu konstruowania porównywanych narzędzi, można uznać, że trafność kwestionariusza jest zadowalająca. Tego rzędu trafność jest spotykana w szeroko stosowanych kwestionariuszach [por. 21]. Umiarkowana trafność może wynikać nie tylko z wątpliwej trafności przyjętego kryterium walidacyjnego – jednej pozycji w skali PANSS, ale również z niewielkiej liczby pozycji kwestionariusza i być swego rodzaju ceną za krótkość narzędzia. Można uznać, że opracowywana skala



wglądu mierzy taką część wariancji wglądu, którą pomija PANSS, dlatego, że oba narzędzia mierzą umiarkowanie odmienne zakresy badanego zjawiska. Z tego względu prezentowany kwestionariusz może też być uzupełnieniem wyniku skali „brak wglądu i krytycyzmu” PANSS.

Umiarkowana trafność kwestionariusza ma w praktyce mniejsze znaczenie, ponieważ ma on przede wszystkim służyć do badań przesiewowych i wspomagać diagnozę kliniczną. Atutem tak skonstruowanego narzędzia jest możliwość wykorzystania go do psychoedukacji i omówienia z pacjentem, lub jeszcze lepiej – z grupą pacjentów, znaczenia i różnic zawartych w kwestionariuszu odpowiedzi. Istotnie statystycznie i praktycznie różnice w średnich wynikach kwestionariusza w grupach pacjentów z pełnym wglądem i z całkowitym brakiem wglądu wskazują, że omawiany kwestionariusz można również stosować w badaniach naukowych, szczególnie takich, w których warunki nie pozwalają na stosowanie dłuższych metod, lub gdy mają one charakter pilotażowy.

### Wnioski

Kwestionariusz wglądu w schizofrenię – „Moje myśli i odczucia” ma dobrą rzetelność i dość dobrą trafność i może być wykorzystywany do przesiewowych badań mających na celu zidentyfikowanie pacjentów z bardzo niskim poczuciem wglądu w schizofrenię. Może też być użyteczny w pomiarach zmiany tego poczucia oraz w jakościowej ocenie wglądu poprzez dyskusję nad udzielonymi przez pacjenta odpowiedziami, a także do oddziaływań psychoedukacyjnych mających na celu rozwijanie wglądu w schizofrenię. Zachowując ostrożność w interpretacji uzyskanych wyników, można kwestionariusz stosować w badaniach naukowych.

### Глоссарий взгляда в шизофрению – „Мои мысли и чувства”

#### Содержание

**Задание.** Разработка краткого глоссария, оценивающего способ проникновения, пригодного в практике терапевта для самостоятельного использования пациентом.

**Метод.** Глоссарий составлен на основе индивидуальных и групповых распросов с лицами, которые по мнению врачей, болели шизофренией с положительным течением процесса и хорошо оценивали эту болезнь. Другую группу составляли больные без взгляда на свое состояние и с не положительным течением этого заболевания. Эти распросы позволили на формулировку 16 вопросов с тремя возможными для выбора ответами, характерными для лиц без взгляда проникновения в болезнь, с полным или частичным взглядом. Далее, в исследованиях с участием компетентных судей, проведенных среди 367 пациентов, установлено 6 вопросов наиболее отличающих лица с низким и высоким взглядом на свою болезнь. Полученный метод оказался эффективным – коэффициент альфа Кронбаха = 0,8. Достоверность метода оценивалась в очередных исследованиях с участием 128 больных шизофренией, исследуя корреляции результата шкалы с результатами на подшкалах критицизма в шкале позитивных и негативных симптомов шизофрении. Эти исследования показали умеренную корреляцию ( $p = 0,55$ ), указывающую на относительно хорошую достоверность шкалы. Подтверждена высокая эффективность глоссария альфа Кронбаха = 0,77.

**Результаты.** Составлен 6-пунктовый глоссарий, заполняемый больным „служащий для оценки его взгляда на шизофрению”.

**Выводы.** Глоссарий взгляда в шизофрению, „Краткий метод оценки взгляда в болезнь – мои мысли и чувства” имеет относительно хорошую достоверность и эффективность и может

быть использован для скрининговых исследований, ставящих задание разделения пациентов с очень низким чувством взгляда в шизофрению.

### Fragebogen der Einsicht in die Schizophrenie - "Meine Gedanken und Empfindungen"

#### Zusammenfassung

**Ziel.** Die Bildung eines kurzen Fragebogens, der in der therapeutischen Praktik brauchbar ist, zum selbständigen Ausfüllen durch den Patienten und zur Bewertung der Einsicht.

**Methode.** Der Fragebogen wurde aufgrund der individuellen Anamnesen und Gruppenanamnesen mit den Personen gebildet, die nach der Meinung ihrer Ärzte an Schizophrenie mit einem günstigen Verlauf gelitten hatten und die eine große Einsicht in die Krankheit hatten. In Betracht wurden auch die Anamnesen der Personen ohne Einsicht und mit ungünstigem Verlauf dieser Krankheit genommen. Diese Anamnesen liessen 16 Fragen mit 3 möglichen Antworten zur Wahl formulieren, die charakteristisch für folgende Personen waren: ohne Einsicht, mit voller Einsicht oder Teileinsicht. Dann sonderte man während der Untersuchungen von 367 Patienten mit Fachärzten 6 Fragen aus, die am besten die Personen mit hoher und niedriger Einsicht differenzieren. Die aus diesen Fragen zusammengesetzte Methode hat eine gute Reliabilität - Alfa Cronbach = 0,8. Die Validität beurteilte man in den folgenden Studien an 128 Schizophreniekranken, indem man die Korrelation des Skalaergebnisses mit dem PANSS - Ergebnis auf der Unterskala vom Kritizismus untersuchte. Sie zeigten eine mäßige Korrelation ( $r=0,55$ ), die auf eine relativ gute Reliabilität der Skala zeigt. Eine hohe Validität des Fragebogens - Alfa Cronbach = 0,77 - wurde bestätigt.

**Ergebnisse.** Es wurde ein 6 - Items Fragebogen gebildet, der durch den Patienten auszufüllen ist und der zur Bewertung seiner Einsicht in die Schizophrenie dient.

**Schlussfolgerungen.** Der Fragebogen der Einsicht in die Schizophrenie - "Meine Gedanken und Empfindungen" hat eine relativ gute Reliabilität und Validität und kann zu Studien benutzt werden, die zum Ziel haben, die Patienten mit sehr niedrigem Gefühl der Einsicht in die Schizophrenie zu identifizieren.

### Le questionnaire du phénomène d'insight dans la schizophrénie – „Mes pensées et mes sentiments”

#### Résumé

**Objectif.** Construire le court questionnaire estimant le phénomène d'insight, utile dans la pratique thérapeutique, destiné à remplir par le patient soi-même.

**Méthode.** Ce questionnaire base sur les interviews individuels et en groupes avec des patients qui, d'après leurs médecins, ont eu le phénomène d'insight plain et sans ce phénomène. Ces interviews rendent possible la formulation de 16 questions avec trois possibilités de réponses caractéristiques pour les patients : avec l'insight, sans l'insight et avec l'insight partiel. Ensuite on examine 367 patients et on fixe 6 questions qui différencient le mieux les patients avec le niveau très bas d'insight et très élevé. Cette méthode est fiable, son coefficient alpha de Cronbach = 0,8. Sa validité est analysée dans les examens de 128 schizophrènes – son coefficient alpha de Cronbach = 0,77. On y examine la corrélation de l'échelle avec la sous-échelle de PANSS – la corrélation est moyenne ( $r = -0,55$ ).

**Résultats.** Le questionnaire de 6 questions à remplir par le patient soi-même est donc valable et fiable.

**Conclusion.** Ce bref questionnaire peut être utilisé pour le screening des patients avec le niveau peu élevé d'insight.

#### Piśmiennictwo

1. Telichowska-Leśna A. *Zastosowanie i skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu schizofrenii* Psychiatria 2007; 4: 60–68.
2. Tarrier N, Lewis S, Haddock G, Bentall R, Drake R, Kinderman P, Kingdon D, Siddler R, Everitt J, Leadley K, Benn A, Grazebrook K, Haley C, Akhtar S, Davies L, Palmer S, Dunn G.

- Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial.* Brit. J. Psychiatry 2004; 184: 231–239.
3. Valmaggia LR, van der Gaag M, Tarrier N, Pijnenborg M, Slooff CJ. *Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial.* Brit. J. Psychiatry 2005; 186: 324–330.
  4. Cather C. *Functional cognitive-behavioural therapy: a brief, individual treatment for functional impairments resulting from psychotic symptoms in schizophrenia.* Can. J. Psychiatry 2005; 50: 258–263.
  5. Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. *Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial.* Brit. J. Psychiatry 2004; 184: 312–320.
  6. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J. *Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia.* BMJ. 1998; 317: 303–307.
  7. Campbell RJ. *Psychiatric dictionary. Seventh edition.* Oxford: Oxford University Press; 1996.
  8. Korzeniowski L, Pużyński S, red. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii.* Warszawa: PZWL; 1986, s. 234–235.
  9. Greenfield D, Strauss JS, Bowers MB, i in. *Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis.* Schizophr. Bull. 1989; 15: 245–252.
  10. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. *A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale.* Schizophr. Res. 2004; 68: 319–329.
  11. Morre BE. *Słownik psychoanalizy.* Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1996.
  12. Alanen YO. *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
  13. McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth L. *Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology.* J. Nerv. Ment. Dis. 1989; 177: 43–47.
  14. David AS. *Insight and psychosis.* Brit. J. Psychiatry 1990; 156: 798–808.
  15. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. *Assessment of insight in psychosis.* Am. J. Psychiatry 1993; 150: 873–879.
  16. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. *A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change.* Acta Psychiatr. Scand. 1994; 89: 62–67.
  17. Markova IS, Berrios GE. *The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale.* Acta Psychiatr. Scand. 1992; 86: 159–164.
  18. Grzywa A, Dębowska G, Łoza B. *Ocena rzetelności i trafności skali wglądu w chorobę.* Psychiatr. Pol. 2000; 34: 919–930.
  19. Jarosz M, Pankiewicz Z, Bienkiewicz JW, Buczek I, Cichocki M, Czech-Śniady I, Furgo-Olszewska M, Juszcak E, Pisarski A, Poprawska I, i in.. *Skale do badania kształtowania się podstawowych proporcji w schizofrenii.* Psychiatr. Pol. 1993; 27: 149–164.
  20. Poprawska I, Jarosz M. *Badania nad kształtowaniem się proporcji „poczucie własnej choroby – poczucie zdrowia”.* Psychiatr. Pol. 1993; 27: 363–372.
  21. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
  22. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. *Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS). Rating manual.* San Rafael: 1987.
  23. Kokoszka A. *Schizofrenia: wzmacnianie zdolności samostanowienia.* Gdańsk: Via Media; 2008.

## TABELE

Tabela 1. Wyniki nieliniowej analizy regresji – pozycje w równaniu

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp (B)
P1	0,925	0,222	17,422	1	0,000	0,397
P2	0,462	0,221	4,391	1	0,036	0,630
P3	0,505	0,194	6,764	1	0,009	0,603
P4	0,580	0,263	4,879	1	0,027	0,560
P5	0,348	0,284	1,505	1	0,022	0,706
P6	0,385	0,189	4,169	1	0,041	0,680
Stała	6,456	0,674	91,745	1	0,000	636,234

Tabela 2. Metoda przekształcania wyników surowych w wynik wystandaryzowany – skala stenowa

Wynik	Sten
12	9–10
	8
10	7
9	6
8	6
7	5
6	5
5	4
4	4
3	3
2	3
1	3
0	1–2

Tabela 3. Normy stenowe

Wynik kwestionariusza wglądu	Sten
0	1–2
1–3	3
4–5	4
6–7	5
8–9	6
10	7
11	8
12	9–10

Upraszczając otrzymane wyniki, można powiedzieć, że:

- wyniki od 0 do 5 punktów (1–4 stenów) należy interpretować jako niskie nasilenie wglądu
- wyniki od 6 do 9 punktów (5–6 stenów) należy interpretować jako przeciętne nasilenie wglądu
- wyniki od 10 do 12 punktów (7–10 stenów) należy interpretować jako wysokie nasilenie wglądu

Adres: Andrzej Kokoszka  
II Klinika Psychiatryczna WUM  
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8

Otrzymano: 5.10.2007  
Zrecenzowano: 28.11.2007  
Przyjęto do druku: 10.04.2008