

Ocena przydatności skali GEOPTE – skali samooceny poznania społecznego dla chorych na schizofrenię*

Usefulness of the GEOPTE scale – self-rating scale of social cognition for persons suffering from schizophrenia

Jacek Wciórka, Katarzyna Krasuska, Ewa Schaeffer, Justyna
Waszkiewicz, Piotr Świtaj, Anna Chrostek, Andrzej Bembenek

I Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. J. Wciórka

Summary

Aim. To analyse psychometric value of the Polish version of the GEOPTE Scale, a self-rating scale measuring social cognition among persons suffering from schizophrenic psychoses.

Method. Fifty patients with diagnosis of schizophrenia according to ICD-10 criteria were assessed by the scale under study. Analysis of its usefulness included: reliability (as internal consistency), validity – as content, construct, and diagnostic validity in relation to selected measures of mental state (CGI scale, PANSS), social (GAF scale, SOFAS), and cognitive functioning (WCST and N-back test), and feasibility of the scale – according to observed patients' coping with the task.

Results. The scale revealed good reliability (Cronbach's $\alpha=0.84$) and observed feasibility. Descriptive characteristics of the scale's items and its principal component structure (two components interpreted as basic cognitive processes and social cognition) resembled findings of the Spanish Authors in the original study. It may be considered as proof of content and, to some extent, construct (factorial) validity of the scale. Criterion validity seems to be less certain. With exception of a weak correlation of the GEOPTE scale with social and occupational functioning (measured by SOFAS), no significant correlation were detected with other diagnostic validators applied in the study.

Conclusions. Polish version of the GEOPTE scale seems to have satisfactory reliability and feasibility. Its validity remains uncertain and open for further study.

Słowa kluczowe: skala GEOPTE, schizofrenia, poznanie społeczne, funkcje poznawcze, skala samooceny

Key words: GEOPTE scale, schizophrenia, social cognition, cognitive functions, self-rating scale

* Praca wykonana i finansowana w ramach działalności statutowej IPiN

Skale samooceny częściej wykorzystuje się w badaniu chorych z zaburzeniami niepsychotycznymi lub afektywnymi niż psychotycznymi. Ich zastosowanie w badaniu chorych na schizofrenię znajduje, jak dotąd, ograniczone zastosowanie i jest uważane za kontrowersyjne ze względu na ograniczenia krytycyzmu związane z tym zaburzeniem [1–3]. Z drugiej jednak strony, subiektywne spojrzenie chorego na przeżywane przez siebie stany psychotyczne jest uważane za jeden z czynników pośredniczących w kształtowaniu rokowania choroby (jej nawrotowości, przewlekłości, utraty przystosowania społecznego). Wiele aspektów klinicznych wymaga wręcz zwrócenia uwagi na subiektywne odczucia i interpretacje chorych, które dopełniają obiektywną (lepiej: obiektywizującą) perspektywę obserwatora klinicysty. Zainteresowanie subiektywnymi aspektami doświadczania zaburzeń schizofrenicznych oraz procesu ich leczenia jest szczególnie pobudzane coraz częstszym wykorzystaniem programów interwencji behawioralno-poznawczych w leczeniu chorych na schizofrenię [4, 5]. Stwarza to zapotrzebowanie na tego rodzaju ocenę i narzędzia do jej zastosowania. Są to na ogół niezbyt obszerne kwestionariusze, czasem narzędzia wykorzystujące do oceny wzrokowe analogie skal [przykłady: 6–11].

Deficyty i dysfunkcje poznawcze mają istotny wpływ na adekwatną ocenę sytuacji stresowej, możliwość szukania konstruktywnych rozwiązań problemów, redukcję silnych emocji, prawidłową adaptację do zmieniających się warunków. Chorych na schizofrenię charakteryzuje różnorodność deficytów funkcji poznawczych w zakresie uwagi, pamięci (głównie operacyjnej), funkcji wzrokowo-przestrzennych, przetwarzania informacji werbalnych, inteligencji ogólnej. Te prostsze deficyty poznawcze rzutują na zaburzenia procesów planowania, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, zaburzeń abstrahowania, utraty giętkości psychicznej, a w konsekwencji – na wynik leczenia oraz ostateczny poziom funkcjonowania społecznego i zawodowego [12–14].

Deficyty poznawcze bada się na ogół za pomocą zobiektywizowanych i standaryzowanych baterii testów. Zachodzi pytanie, czy ocena wykorzystująca prostsze, mniej zobiektywizowane, lecz łatwiejsze do zastosowania narzędzia miałyby zadowalającą wartość psychometryczną. Narzędziem do klinicznego badania funkcji poznawczych za pomocą metodyki szacunkowej oceny klinicznej (*rating scales*) jest skala opracowana przez grupę psychiatrów hiszpańskich (GEOPTE, Grupo Español para la Optimización del Tratamiento de la Esquizofrenia). Skala GEOPTE – to proste, łatwe w użyciu i praktyczne narzędzie, które ma służyć do oceny tak zwanego poznania społecznego w psychozie.

Sanjuan i wsp. [15], twórcy skali GEOPTE, zdefiniowali poznanie społeczne jako zdolność adaptacji do potrzeb osobistych, rodzinnych, społecznych i zawodowych, które ma przeciętny, dorosły, zdrowy człowiek. W późniejszym doniesieniu pisali o skali GEOPTE jako skali samooceny subiektywnej percepcji deficytu poznawczego [16]. Przeprowadzając swoje badania, czerpali informacje z dwóch źródeł. Pierwszym było subiektywne postrzeganie przez pacjenta swoich deficytów poznawczych, drugim – ocena opiekunów pacjentów. Dodatkowo zbierano informacje od psychiatrów, m.in. na temat wglądu, funkcjonowania społecznego, objawów depresji, manii, całkowitego nasilenia deficytów poznawczych. Analiza czynnikowa wykazała 2 składowe, które

wyjaśniły 39% wariancji całkowitej: czynnik I – związany z pozycjami dotyczącymi podstawowych funkcji poznawczych, oraz czynnik II – z poznaniem społecznym. Skala GEOPTE składa się z 15 pozycji: 7 ocenia podstawowe funkcje poznawcze, a pozostałych 8 – poznanie społeczne. W hiszpańskim badaniu skala miała bardzo dobrą spójność wewnętrzną (współczynnik α Cronbacha = 0,84 dla pacjentów i 0,87 dla informujących opiekunów). Wykazywała korelacje z takimi, innymi, wskaźnikami zaburzeń, jak: ogólne wrażenia kliniczne (CGI), ocena nastroju, wglądu. Skala GEOPTE w wersji hiszpańskiej ma więc zachęcające własności psychometryczne, zarówno jeśli chodzi o wskaźniki rzetelności, jak i trafności.

Wg autorów skali może ona mieć zastosowanie w badaniach nad skutecznością różnych form terapii. Opublikowano kilka prac z jej zastosowaniem. W pierwszej z nich [17] skala GEOPTE stanowiła jedną ze zmiennych opisujących oczekiwane zmiany w badaniu klinicznym leku (aripiprazol jako alternatywa nieskutecznego risperidonu), w dwóch pozostałych – w badaniu katamnesticznym dużej grupy chorych na schizofrenię – zmienną wyjaśniającą utrzymanie remisji klinicznej [18] i funkcjonowania życiowego [19] po upływie roku. W każdym z tych badań wyniki użycia skali GEOPTE odpowiadały temu, czego można oczekiwać od wskaźnika poziomu poznania społecznego.

Udostępnienie narzędzia, oceniającego funkcjonowanie pacjentów w zakresie poznania społecznego – tzn. praktycznej zdolności zastosowania przez nich posiadanej kompetencji poznawczej w reakcji na różne realne sytuacje społeczne – w prosty, łatwy do zastosowania praktyczny sposób, mogłoby być interesującym uzupełnieniem badania klinicznego. Z tego powodu podjęliśmy próbę oceny właściwości psychometrycznej polskiej wersji skali GEOPTE, przetłumaczonej i zaadaptowanej do warunków polskich.

Cel

Celem badania była ocena podstawowych właściwości psychometrycznych skali GEOPTE:

- wskaźników *rzetelności* (współczynnik spójności wewnętrznej, korelacje połówkowe)
- wybranych wskaźników *trafności* diagnostycznej (korelacji ze skalami oceny stanu psychicznego, funkcjonowania społecznego i standardowymi testami wybranych funkcji poznawczych) oraz teoretycznej (badanie struktury wewnętrznej skali za pomocą analizy czynnikowej)
- obserwacji opisujących *praktyczność* jej stosowania.

Badani pacjenci

Charakterystykę społeczno-demograficzną oraz kliniczną badanych 50 chorych przedstawiają tab. 1 oraz rys. 1.

Tabela 1. Podstawowe zmienne demograficzno-społeczne i kliniczne (N = 50)

Zmienne ilościowe	Średnia \pm SD	Rozpiętość	
Wiek (lata)	33,1 \pm 13,2	21–76	
Lata edukacji	12,4 \pm 2,6	7–18	
Lata choroby	8,5 \pm 10,4	0–56	
Liczba hospitalizacji	6,7 \pm 8,4	1–50	
Zmienne nominalne i porządkowe	Kategoria	Liczba	%
Płeć	kobieta	23	46
	mężczyzna	27	54
Wykształcenie	podstawowe	7	14
	średnie	34	68
	wyższe	9	18
Miejsce zamieszkania	<15 tys.	5	10
	>15 tys.	45	90
Faza choroby	epizod, nawrót	44	88
	faza rezydualna	6	12

SD – odchylenie standardowe

Warunkiem włączenia do badań była zgoda pacjenta i jego chęć współpracy. W badanej grupie nieco przeważali mężczyźni (56%). Przeciętny wiek badanych wynosił ok. 33 lat. Dominowali pacjenci ze średnim wykształceniem (68%, przeciętna liczba lat edukacji – ok. 12), zamieszkali w wielkim mieście (Warszawa). U wszystkich 50 chorych rozpoznano schizofrenię według kryteriów ICD-10. Przeważali pacjenci z wieloletnim przebiegiem choroby (średni czas chorowania – ok. 8,5 roku; średnia liczba hospitalizacji – ok. 7).

Metody

Skalę GEOPTTE przetłumaczono równoległe z języka angielskiego i hiszpańskiego. Uzgodniono wspólną wersję tłumaczenia, dążąc do nadania skali formy i znaczenia ułatwiających wypełnianie jej przez respondenta polskiego. Poniżej przedstawiono tłumaczenie 15 pozycji skali GEOPTTE, sposób skalowania odpowiedzi pacjentów oraz podział pozycji między dwa wymiary, zgodny z wynikami analizy czynnikowej udostępnionymi w oryginalnej publikacji autorów [15].

Zgodnie z własnym odczuciem proszę zdecydować, czy wymienione trudności obecnie u Pani/ Pana występują, a jeśli tak – to jak bardzo są one nasilone? Skala odpowiedzi: (0) nie, (1) trochę, (2) średnio, (3) dosyć, (4) bardzo

Czynnik 1: podstawowe funkcje poznawcze

- 3. Z trudem uczę się nowych rzeczy
- 4. Zapominam o obowiązkach, zadaniach lub sprawach do załatwienia
- 11. Gdy jestem sama/sam i powstaje problem (np. psuje się jakieś domowe urządzenie elektryczne), jest mi trudno znaleźć rozwiązanie
 - 1. Mam trudności za skupieniem uwagi
 - 6. Mam trudności ze zrozumieniem, o co chodzi w filmie
 - 2. Mam trudności ze śledzeniem rozmowy, w której uczestniczy kilka osób
 - 7. Mam trudności z uchwyceniem sensu rozmowy
 - 5. Brakuje mi słów, gdy muszę z kimś rozmawiać
- 12. Mam trudności z utrzymaniem higieny osobistej (z byciem czystym i umyтым).

Czynnik 2: poznanie społeczne

- 9. Gdy jestem w grupie, zwykle mówią mi, że źle interpretuję zachowania, spojrzenia, słowa lub gesty innych osób
- 14. Mam trudności z zawieraniem znajomości
- 13. Mam trudności z robieniem planów na weekend
- 10. Jestem bardzo wrażliwa/y na spojrzenia, słowa lub gesty innych
- 15. Jestem generalnie niezadowolona/y ze swojego życia seksualnego
 - 8. Mam trudności z rozpoznawaniem emocji innych (np. smutku, radości, złości)

Do oceny stanu psychicznego chorych wykorzystano:

- kliniczną skalę ogólnego wrażenia (Clinical Global Impression, CGI) stosowaną dwukrotnie (przy przyjęciu i przy wypisaniu ze szpitala), co pozwoliło na obliczenie stopnia poprawy (w postaci różnicy i w postaci wskaźnika procentowego) [20]
- skalę PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) [21], pozwalającą na obliczenie indeksu objawów negatywnych, pozytywnych i ogólnych. Wykorzystano też możliwość przedstawienia profilu czynnikowego tej skali, opartego na niepublikowanych jeszcze wynikach studium czynnikowego jej polskiego tłumaczenia (N = 825).

Do oceny funkcjonowania chorych wykorzystano dwa narzędzia z instrumentarium DSM-IV [22, 23]:

- skalę ogólnej oceny funkcjonowania GAF (Global Assessment of Functioning),
- skalę oceny funkcjonowania społecznego i zawodowego (SOFAS, Social and Occupational Functioning Assessment Scale).

W celu oceny zaburzonych funkcji poznawczych zastosowano wspomagane komputerowo testy funkcjonowania poznawczego w zakresie uważanym za szczególnie dotknięty u chorych na schizofrenię:

- Test sortowania kart Wisconsin (WCST) uważany za miarę pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych. Polega on na układaniu, prezentowanych na ekranie, zgodnie z odnajdywaną bez instrukcji zasadą, wg jakiej są ułożone. Jako wskaźniki dysfunkcji uwzględniono: (1) liczbę błędów persewerycyjnych i (2) niepersewerycyjnych, (3) odsetek odpowiedzi zgodnych z koncepcją, (4) liczbę ułożonych kategorii, (5) liczbę kart potrzebną do ułożenia pierwszej kategorii.
- Test N-wspak (N-back) uważany za miarę pamięci operacyjnej. Polega on na reagowaniu na pojawianie się, w serii bodźców wzrokowych (liczby), bodźca, który występował już 2 pozycje wcześniej. Jako wskaźnik dysfunkcji przyjęto odsetek odpowiedzi nieprawidłowych.

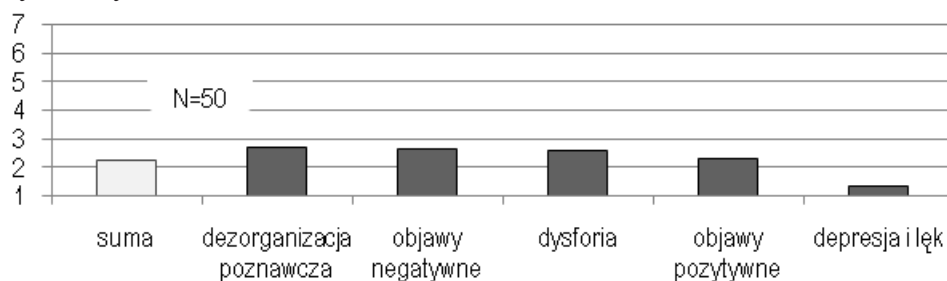
W tab. 2. przedstawiono opisową charakterystykę wszystkich zastosowanych skal i wskaźników testowych.

Tabela 2. Charakterystyka wyników zastosowanych narzędzi (N = 30)

Badane narzędzia		Rozpiętość	Mediana	Średnia wartość	SEM	SD
Nasilenie objawów wg CGI przy przyjęciu		3–6	5	5,18	0,12	0,82
Nasilenie objawów wg CGI przy wypisaniu		1–5	4	3,39	0,13	0,93
Wskaźnik poprawy wg CGI (%)*		0–83	33,3	34,93	2,17	15,20
PANSS	sumarycznie	33–122	62	66,7	2,86	20,03
	objawy pozytywne	7–44	13	14,20	0,97	6,76
	objawy negatywne	7–37	18	18,35	0,96	6,71
	objawy ogólne	18–68	32	34,16	1,53	10,70
GAF – ogólne funkcjonowanie		30–80	55	56,00	1,60	11,33
SOFAS – funkcjonowanie społeczne i zawodowe		30–75	55	56,22	1,50	10,63
Test Wisconsin (WCST)	procent błędów persewerycyjnych	4–72	15,5	19,2	1,98	14,02
	procent błędów niepersewerycyjnych	1–59	15	18,8	1,89	13,42
	procent odpowiedzi zgodnych z koncepcją	5–91	62,5	52,14	3,46	24,43
	liczba ułożonych kategorii	0–6	5	3,88	0,34	2,38
	liczba kart do ułożenia pierwszej kategorii	10–129	15,5	39,76	6,23	44,06
Test N-wspak		0–100	36	46,54	3,79	26,81

*wskaźnik poprawy = 100 (nasilenie początkowe–nasilenie końcowe)/nasilenie początkowe
SD – odchylenie standardowe, SEM – błąd standardowy średniej

Rys. 1 przedstawia profil psychopatologiczny grupy badanych pacjentów. Wskazuje on, że przeciętny poziom zaburzeń (zarówno w ocenie sumarycznej, jak i w odniesieniu do większości wymiarów klinicznych) mieścił się w momencie badania w granicach nasilenia od minimalnego do łagodnego, z wyjątkiem nasilenia depresji i lęku, które było zdecydowanie niższe.



Rys 1. Profil nasilenia objawów psychopatologicznych w badanej grupie chorych (ważone średnie wartości czynnikowych wg skali PANSS) – N = 50, objaśnienia:

- **dezorganizacja poznawcza:** dezorientacja, słabość uwagi, trudności myślenia abstrakcyjnego, zaburzenia woli, manieryzmy i zastyganie, dezorganizacja pojęciowa
- **objawy negatywne:** emocjonalne wycofanie się, zblednięcie afektywne, bierność/apatia/społeczne wycofanie się, czynne unikanie kontaktów społecznych, brak spontaniczności/płynności w rozmowie, myślenie stereotypowe
- **objawy pozytywne:** urojenia, niezwykle treści myślenia, zachowania omamowe, zaabsorbowanie przeżyciami wewnętrznymi
- **dysforia:** postawa wroga (wrogość), napięcie, słabość panowania nad impulsami, pobudzenie, podejrzliwość, brak współpracy
- **depresja i lęk:** lęk, zahamowanie ruchowe, koncentracja na stanie somatycznym, poczucie winy, depresja

Analiza statystyczna. W obliczeniach wykorzystano moduły opisu statystycznego oraz analizy rzetelności, korelacji i czynnikowej dostępne w pakiecie PASW Statistics 18 (SPSS Inc.). Bardziej szczegółowe informacje na ten temat przedstawiono przy omawianiu wyników.

Wyniki

Ocena rzetelności

Jako miarę rzetelności skali GEOPTE wykorzystano miarę spójności wewnętrznej – współczynnik α Cronbacha okazał się wysoki ($\alpha = 0,84$), co świadczy o zadowalającej spójności. Tę właściwość podkreśla też analiza średniej, wariancji i współczynnika alfa, które nie ulegają większym zmianom po usunięciu z obliczeń poszczególnych pozycji skali GEOPTE (tab. 3). Większość pozycji skali koreluje z jej wynikiem sumarycznym na podobnym poziomie (0,47–0,63); słabszą korelację wykazuje pozycja wskazująca na trudności rozpoznawania emocji u innych osób (0,30), a zwłaszcza niezadowolenie z życia seksualnego. Alternatywne miary rzetelności międzypółkowej (pierwszych 8 względem pozostałych 7 pozycji) są również zadowalające – współczynnik Spearmana–Browna = 0,73, współczynnik Guttmana = 0,72.

Tabela 3. Analiza rzetelności skali GEOPTE

Pozycja skali	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji ze skalą	α Cronbacha po usunięciu pozycji
1. trudności za skupieniem uwagi	27,92	90,24	0,50	0,83
2. trudności ze śledzeniem rozmowy	28,16	85,73	0,63	0,82
3. z trudem uczę się nowych rzeczy	27,96	89,18	0,49	0,83
4. zapominam o obowiązkach	28,54	93,32	0,46	0,83
5. brakuje mi słów...	28,36	92,77	0,49	0,83
6. trudności ze zrozumieniem	28,54	88,13	0,53	0,83
7. trudności z uchwyceniem sensu	28,50	92,01	0,48	0,83
8. trudności z rozpoznawaniem emocji	28,56	94,05	0,34	0,84
9. źle interpretuję zachowania, spojrzenia	28,88	93,50	0,55	0,83
10. bardzo wrażliwa/y na spojrzenia, słowa	27,46	86,54	0,48	0,83
11. trudno znaleźć rozwiązanie	28,60	92,00	0,47	0,83
12. trudności z utrzymaniem higieny	29,02	95,98	0,59	0,83
13. trudności z robieniem planów	28,56	90,42	0,53	0,83
14. trudności z zawieraniem znajomości	28,00	88,25	0,55	0,83
15. niezadowolona/y z życia seksualnego	28,26	98,03	0,13	0,85

Trafność

Trafność treściowa. Tab. 4 (na następnej stronie) przedstawia rozkłady odpowiedzi pacjentów na poszczególne pozycje skali oraz ich wartości przeciętne, rozproszenie i rozpiętość. Do słabiej reprezentowanych i nasilonych należały trudności z utrzymaniem higieny, interpretowaniem zachowań innych osób, zrozumieniem sytuacji i chwytniem znaczenia rozmowy, planowaniem, rozpoznawaniem emocji, zapominaniem. Natomiast do częściej podkreślanych trudności należały: wrażliwość na zachowanie innych osób, skupianie uwagi, uczenie się, zawieranie znajomości i życie seksualne. Korelacja rang poszczególnych pozycji skali GEOPTE w ocenie za pomocą oryginalnej wersji skali zastosowanej w Hiszpanii [20] i za pomocą wersji polskiej była umiarkowana ($\rho = 0,52$).

Trafność teoretyczna (czynnikowa). Jeśli wyniki analizy czynnikowej wskazują na sensowny i zgodny z założeniami teoretycznymi charakter wewnętrznej struktury skali – to można je uznać za argument na rzecz trafności jej konstrukcji. Wyniki analizy czynnikowej pozycji kwestionariusza przeprowadzonej przy założeniu wyodrębnienia 2 czynników (tab. 5), ujawniają rozwiązanie wyczerpujące ok. 44,7% wspólnej wariancji. Uzyskane składowe w znacznym stopniu odpowiadały składowym w oryginalnym badaniu autorów skali. Pierwsza składowa skupiła odpowiedzi związane z podstawowymi procesami poznawczymi (śledzenia rozmowy, uczenia się, czytania znaczeń, skupienia uwagi, zrozumienia i doboru słów). Druga zawierała więcej odpowiedzi

Tabela 4. Opisowa charakterystyka pozycji

Pozycja skali GEOPTE	Ocena					M	SD	Me	R
	1 nie	2 trochę	3 średnio	4 dosyć	5 bardzo				
1. trudności za skupieniem uwagi	24	38	14	16	8	2,46	1,25	2,00	0-4
2. trudności ze śledzeniem rozmowy	42	26	10	12	10	2,22	1,38	2,00	0-4
3. z trudem uczę się nowych rzeczy	36	22	14	20	8	2,42	1,37	2,00	0-4
4. zapominam o obowiązkach	50	26	16	6	2	1,84	1,04	1,50	0-4
5. brakuje mi słów...	36	40	12	10	2	2,02	1,04	2,00	0-4
6. trudności ze zrozumieniem	64	16	2	8	10	1,84	1,38	1,00	0-4
7. trudności z uchwyceniem sensu	50	28	10	8	4	1,88	1,14	1,50	0-4
8. trudności z rozpoznawaniem emocji	58	20	12	2	8	1,82	1,22	1,00	0-4
9. źle interpretuję zachowania, spojrzenia	68	20	8	2	2	1,50	0,89	1,00	0-4
10. bardzo wrażliwa/y na spojrzenia, słowa	32	10	18	14	26	2,92	1,61	3,00	0-4
11. trudno znaleźć rozwiązanie	56	26	8	4	6	1,78	1,15	1,00	0-4
12. trudności z utrzymaniem higieny	70	26	2	2	-	1,36	0,63	1,00	0-3
13. trudności z robieniem planów	56	24	6	10	4	1,82	1,17	1,00	0-4
14. trudności z zawieraniem znajomości	38	16	22	18	6	2,38	1,32	2,00	0-4
15. niezadowolona/y z życia seksualnego	52	16	10	12	10	2,12	1,42	1,00	0-4
Wynik sumaryczny						30,4	10,18	29,5	15-57
Wymiar (czynnik): podstawowe procesy poznawcze #						21,0	6,82	20	11-37
Wymiar (czynnik): poznanie społeczne #						12,4	4,04	11	6-26

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, R – rozpiętość;
– wg analizy czynnikowej wersji hiszpańskiej [16]

związanych ze zdolnością wykorzystywania procesów poznawczych w sytuacjach istotnych społecznie (zawieranie znajomości, planowanie wypoczynku, znajdowanie właściwych rozwiązań, wrażliwość i umiejętność interpretowania zachowań innych osób, zadowolenie z życia seksualnego). Mniej przekonująca jest korelacja dbałości o higienę z pierwszym, a tendencji do zapominania z drugim z wyodrębnionych czynników. Pierwszy z wymienionych wymiarów skali GEOPTE można interpretować jako wyraz dysfunkcji głównie w zakresie podstawowych procesów poznawczych (poznanie podstawowe), drugi – jako wyraz dysfunkcji poznania społecznego. Tylko dwa pytania

(nr 4 i 11 – zapominanie i rozwiązywanie problemów) zmieniły swoją przynależność czynnikową w stosunku do rozwiązania oryginalnego. Korelacje między sumarycznymi wartościami czynników wyodrębnionych na podstawie opracowania hiszpańskiego [15] i polskiego (tab. 5) były bardzo wysokie zarówno dla wymiaru poznania podstawowego ($\rho = 0,97$), jak i poznania społecznego ($\rho = 0,96$). Porównywalna (umiarkowana) była też siła korelacji między czynnikami poznania podstawowego i społecznego tak w opracowaniu hiszpańskim ($\rho = 0,53$), jak i polskim ($\rho = 0,51$).

Tabela 5. Wyniki analizy czynnikowej (analiza głównych składników, wyodrębnianie 2 składowych, rotacja Promax) – wysycenie pozycji skali ładunkiem czynnika

Pozycje skali GEOPTE	Czynnik 1: poznanie podstawowe	Czynnik 2: poznanie społeczne
2. Mam trudności ze śledzeniem rozmowy, w której uczestniczy kilka osób	0,83	0,37
3. Z trudem uczę się nowych rzeczy	0,72	0,18
12. Mam trudności z utrzymaniem higieny osobistej (z byciem czystą/ym i umyła/ym)	0,70	0,44
7. Mam trudności z uchwyceniem sensu rozmowy	0,67	0,23
1. Mam trudności za skupieniem uwagi	0,66	0,31
6. Mam trudności ze zrozumieniem, o co chodzi w filmie	0,65	0,40
5. Brakuje mi słów, gdy muszę z kimś rozmawiać	0,59	0,39
14. Mam trudności z zawieraniem znajomości	0,35	0,78
13. Mam trudności z robieniem planów na weekend	0,45	0,66
10. Jestem bardzo wrażliwa/y na spojrzenia, słowa lub gesty innych	0,33	0,65
11. Gdy jestem sama/sam i powstaje problem, jest mi trudno znaleźć rozwiązanie	0,33	0,62
9. Gdy jestem w grupie, zwykle mówią mi, że źle interpretuję zachowania, spojrzenia, słowa lub gesty innych osób	0,56	0,57
15. Jestem generalnie niezadowolona/y ze swojego życia seksualnego	-0,12	0,52
4. Zapominam o obowiązkach, zadaniach lub sprawach do załatwienia	0,45	0,47
8. Mam trudności z rozpoznawaniem emocji innych (np. smutku, radości, złości)	0,31	0,46

Wyznacznik macierzy 0,002; wskaźnik KMO adekwatności doboru próby – 0,698; test Bartletta $p < 0,000$

Trafność diagnostyczna (kryterialna). Jako miarę trafności diagnostycznej wykorzystano korelację wyników skali GEOPTE z wynikami zastosowania zewnętrznego kryterium w postaci wyników innych narzędzi diagnostycznych, skal opisujących nasilenie i profil objawów psychopatologicznych (CGI, PANSS), funkcjonowanie (SOFAS, GAF) oraz sprawność funkcji poznawczych (WCST, N-wspak). Większość zastosowanych miar nie wchodziła w znaczące ani istotne korelacje z wymiarami skali GEOPTE (tab. 4). Jedynie funkcjonowanie społeczne i zawodowe (wg skali SOFAS)

wykazało istotną, choć słabą korelację z wymiarem (czynnikiem) poznania społecznego w ujęciu GEOPTE (mniejsze trudności wg GEOPTE, lepsze funkcjonowanie wg SOFAS). Także ogólny aspekt funkcjonowania (GAF) wykazywał podobne tendencje, choć statystycznie nieistotne. Mimo braku statystycznej znamienności korelacji warto też odnotować, że społeczne poznanie wg GEOPTE silniej niż poznanie podstawowe korelowało z niektórymi wskaźnikami nasilenia obrazu psychopatologicznego (mniejsze trudności wg GEOPTE, mniej objawów negatywnych, ogólnych, dezorganizacji poznawczej, depresji i lęku), a słabość wglądu i rozeznania wg PANSS korelowała z korzystniejszą samooceną trudności w zakresie podstawowych funkcji poznawczych wg GEOPTE. Spośród dwóch wykorzystanych w badaniu testów funkcji poznawczych bardziej wyraziste, choć nieistotne, tendencje wiązały wyniki skali GEOPTE (szczególnie wymiaru poznania społecznego) z testem N-wspak niż z WCST.

Tabela 6. Korelacje (ρ – współczynnik korelacji rangowej Spearmana) między wynikiem sumarycznym skali GEOPTE a wynikami innych zastosowanych narzędzi (N = 50). Wartość czynników wyliczono jako sumę pozycji rozwiązania uzyskanego w oryginalnym opracowaniu autorów skali

Testy i skale porównywane		Skala GEOPTE		
		suma	czynniki	
			poznanie podstawowe	poznanie społeczne
CGI	ocena przy przyjęciu	-0,17	-0,14	-0,17
	ocena przy wypisaniu	-0,09	-0,14	-0,04
	wskaźnik poprawy (%)	0,11	0,16	0,04
GAF	ogólne funkcjonowanie	-0,22	-0,14	-0,22
SOFAS	funkcjonowanie społeczne i zawodowe	-0,25	-0,14	-0,31*
PANSS	suma	0,10	-0,02	0,21
	zespoły: pozytywny	0,09	0,00	0,11
	negatywny	0,06	-0,08	0,21
	ogólny	0,16	0,05	0,25
	wymiary: dezorganizacja poznawcza	0,17	0,08	0,22
	dysforia	0,03	-0,12	0,18
	objawy pozytywne	0,12	0,02	0,19
	objawy negatywne	-0,04	-0,13	-0,01
	depresja i lęk	0,16	0,12	0,23
	brak rozeznania, wglądu	-0,11	-0,23	0,02
Test Wisconsin (WCST)	% błędów perseweracyjnych	-0,14	-0,10	-0,13
	% błędów nieperseweracyjnych	-0,10	-0,07	-0,13
	% odpowiedzi zgodnych z koncepcją	0,07	0,00	0,13
	liczba ułożonych kategorii	0,11	0,02	0,16
	liczba kart do ułożenia pierwszej kategorii	0,01	0,07	-0,08
Test N-wspak	odsetek odpowiedzi nieprawidłowych	0,19	0,15	0,23

Porównanie średnich wyników skali GEOPTE (sumarycznego i obu wymiarów) w grupach chorych o skonstruowanej charakterystyce klinicznej (zarówno zdefiniowanych wartością mediany, jak i 33 oraz 66 percentyla) za pomocą nieparametrycznego testu różnicy rang Manna-Whitneya nie wykazało żadnych różnic istotnych statystycznie.

Praktyczność. Pacjenci wypełniali kwestionariusz skali GEOPTE bez trudności. Tekst pytań, jak również konstrukcja skali i sposób udzielania odpowiedzi nie budziły wątpliwości ani niezrozumienia. Jedyńm punktem skali wypełnianym z pewnym opóźnieniem był punkt ostatni, poświęcony problemom seksualnym.

Omówienie

W literaturze poświęconej wskaźnikom przydatności skal samooceny przeważają wątpliwości. Dominuje przekonanie, że chorzy na schizofrenię z wielu powodów (m.in. dereizm, autyzm, postawa apatyczno-abuliczna, zniekształcenie percepcji i myślenia przez objawy wytwórcze, brak wglądu) nie są zdolni do rzetelnego, trafnego i – najogólniej – wartościowego klinicznie spostrzegania i oceniania swych stanów psychicznych. Jednak pojawiają się również doniesienia dowodzące, że narzędzia wykorzystujące samoocenę chorych mogą cechować się dobrymi wskaźnikami psychometrycznymi. Wydaje się, że stanowiska te można pogodzić. Skale samooceny będą zapewne zawodzić w tych sytuacjach klinicznych, w których ocena wymaga profesjonalnej preorientacji i przygotowania, a przedmiot oceny nie wymaga wniknięcia w subiektywne interpretacje i intencje badanych, a nawet wprost przeciwnie – wymaga standaryzacji i obiektywizacji, oderwania oceny od jej subiektywnego kontekstu. Trudno byłoby oczekiwać od pacjenta, na przykład, znajomości i uznania profesjonalnego języka oraz niekiedy skomplikowanej konceptualizacji psychopatologicznej. Tam, gdzie tego typu ocena jest niezbędna dla trafnych decyzji klinicznych, obiektywna ocena klinicysty jest niezastąpiona. Jest jednak wiele dziedzin poznania i działania klinicznego, w których rozpoznanie subiektywnych ocen osób doświadczających trudności jest równie niezbędne i niezastąpione. Przykładem takich dziedzin są, na przykład, ocena jakości życia, funkcjonowania w różnych jego obszarach, radzenie sobie, respektowanie zaleceń, reakcja na podawane leki. Badana przez nas skala GEOPTE w intencji jej twórców ma mieć podobne zastosowanie – próbuje oceniać funkcjonowanie poznawcze pacjentów w codziennych sytuacjach społecznych z uwzględnieniem jego kontekstu subiektywnego. Takie podejście zakłada, że samocena chorych może dać interesujące informacje klinicyście w planowaniu i prowadzeniu terapii. Zarówno badania za pomocą oryginalnej wersji skali [15, 16], jak i późniejsze jej zastosowania [17–19] dostarczają argumentów, że nie są to oczekiwania płonne. Stąd wynikła próba sprawdzenia jej w warunkach polskich.

Rzetelność. Przedstawione wstępne wyniki oceny wartości psychometrycznej rodzimej wersji skali GEOPTE dowodzą, że jest ona wypełniana rzetelnie – w sposób wewnętrznie spójny. Uzyskana wartość współczynnika α Cronbacha jest podobnie jak w badaniu oryginalnym [15] wysoka (0,84). Zadawalająca była też wysokość wykorzystanych współczynników rzetelności międzypółkowej.

Trafność. W oryginalnym badaniu [15] autorzy skali analizowali trzy aspekty trafności: treściowy (*content*), kryterialny (*criterion*) i teoretyczny (*construct*). O treściowej trafności skali świadczyła, ich zdaniem, jej pozycja, uznana przez klinicystów doświadczonych w leczeniu schizofrenii. Twierdzili też, że nie ma całkiem adekwatnego zewnętrznego kryterium wyników skali GEOPTE, dlatego ograniczyli się do badania trafności teoretycznej, wykazującej, ich zdaniem, pewne pokrewieństwo z trafnością kryterialną – w obu przypadkach chodzi o korelację wyniku skali z jakąś inną zmienną wypełniającą załączoną hipotetycznie teoretyczną więź między GEOPTE a innymi zjawiskami klinicznymi. W tym celu przeprowadzili (1) eksploracyjną analizę czynnikową oraz (2) analizę różnic wyników skali GEOPTE uzyskanych w grupach chorych o skontrastowanych właściwościach klinicznych (jednozmiennowa ANOVA, test t-Studenta). W tym drugim przypadku analizowali takie zmienne kliniczne, jak: postawa w czasie wywiadu, wykształcenie, wcześniejsze przystosowanie i podejrzenie deficytu poznawczego, wynik CGI w odniesieniu do zaburzeń oraz do deficytu poznawczego, objawy depresji, objawy manii, świadomość choroby, świadomość społecznych konsekwencji choroby. W odniesieniu do wszystkich wymienionych zmiennych suma pozycji skali GEOPTE wykazywała istotne różnice średnich wartości, których kierunek był zgodny z zakładanymi teoretycznie wartościami tych zmiennych.

Przeprowadzona przez nas analiza trafności treściowej wskazuje na znaczne analogie między sposobem wypełniania skali GEOPTE w Hiszpanii i w Polsce. Zarówno nasilenie raportowanych trudności (średnie, mediany, rozproszenie), jak i korelacja między ich rangami (0,52) były podobne, choć charakterystyka kliniczna wskazywała, że grupa chorych badanych w Hiszpanii cechowała się większym udziałem chorych w przewlekłej fazie zaburzeń i z aktualnie większym ich poziomem. Także struktura czynnikowa skali wypełnianej w Hiszpanii i w Polsce była bardzo podobna (inaczej zaszeregowano tylko dwie pozycje skali), a korelacje między analogicznymi czynnikami – bardzo wysokie ($> 0,96$). Analizę czynnikową przeprowadzono przyjmując w zasadzie te same założenia dotyczące kryteriów obliczeń (sposób wyodrębnienia głównych składowych, sposób rotowania pierwotnego rozpoznania). Można więc sądzić, że treść i wewnętrzna struktura polskiej wersji skali GEOPTE nie różnią się istotnie od wersji oryginalnej.

W tej sytuacji, ogólny brak korelacji z innymi miarami oceny stanu psychicznego może dziwić. Praktycznie żadna z analizowanych niezależnych zmiennych klinicznych (objawy, funkcjonowanie, wybrane funkcje poznawcze) nie wykazywała przekonujących (istotnych, znacznych) korelacji z badaną skalą. Nie stwierdzono też istotnych różnic w analizie wyników dla kontrastowych grup chorych. Sądzimy, że można te różnice interpretować różnie. Po pierwsze, mogą one wskazywać, że wykorzystane przez nas zmienne kryterialne nie są właściwe ze względu na konstrukt poznania społecznego, jakim operowali autorzy skali. Jednak w odniesieniu do podobnie zdefiniowanych niektórych kryteriów (wykorzystaliśmy np. CGI, funkcjonowanie wg GAF, wymiar depresji wg PANSS, brak wglądu i rozeznania wg PANSS) wykazali oni istotne różnice średnich wyników. Po drugie liczebność badanej przez nas grupy ($N = 50$) była mniejsza niż w badaniu hiszpańskim ($N = 87$) i być może badani różnili się charakterystyką kliniczną, np. czasem trwania choroby (u nas przeciętnie o 2 lata

krótszym), profilem objawów (brak możliwości porównania, ale w Hiszpanii byli pacjenci z zaburzeniami dwubiegunowymi, urojeniowymi i schizoafektywnymi). Po trzecie, wykorzystaliśmy bardziej standaryzowane (i być może bardziej surowe) metody oceny zmiennych kryterialnych. Należy też rozważyć, czy wykorzystane przez nas zmienne kryterialne są adekwatne do oceny skali GEOPTE. Zaobserwowane korelacje, słabe lub obrazujące tylko pewne tendencje, sugerują, że wynik skali GEOPTE ma więcej wspólnego z poziomem funkcjonowania społecznego niż obrazem psychopatologicznym i dysfunkcjami *per se*.

W konkluzji należałoby stwierdzić, że ocena trafności skali GEOPTE nie dostarczyła jednoznacznych wyników. Podobieństwo treści struktury polskiej wersji do wersji oryginalnej pozwala na wnioskowanie o pewnej ich równoważności. Jednak diagnostyczna niepewność uzyskanych wyników nie odpowiada jasno na pytanie o celowość i możliwość jej zastosowania klinicznego. Konieczne byłoby dalsze jej badanie przy wykorzystaniu innych kryteriów trafności diagnostycznej. Być może należałoby zastanowić się nad brzmieniem niektórych sformułowań i poprawieniem ich językowego i kulturowego dostosowania.

Praktyczność. Obserwacje poczynione w trakcie badania sugerują, iż wypełnianie skali nie sprawia chorym większej i zauważalnej trudności, co wskazuje, że skala może być uważana za narzędzie możliwe do praktycznego zastosowania.

Wnioski

1. Zastosowanie polskiej wersji skali GEOPTE wykazało zadowalającą rzetelność i praktyczność tego narzędzia.
2. Wyniki polskiej wersji skali wskazują na jej treściowe i konstrukcyjne podobieństwo do hiszpańskiego oryginału, co można interpretować jako argument zwiększający zaufanie do jej trafności treściowej i, w pewnym stopniu, teoretycznej. Za pomocą wykorzystanych kryteriów nie udało się potwierdzić jej trafności diagnostycznej. Sprawa jej trafności jest niepewna i pozostaje otwarta.

Оценка пригодности шкалы ГЕОПТЕ – шкалы самооценки общественного приспособления для больных шизофренией

Содержание

Задание. Проведение психометрической пригодности шкалы ГЕОПТЕ, адаптированной в польских условиях пособий самооценки общественного приспособления больных с шизофреническими психозами.

Метод. Пятьдесят больных шизофренией, оцененных по Классификации ИЦД-10 исследовано при помощи оценочной шкалы. Для оценки пригодности этой шкалы проведен анализ достоверности (внутренняя согласность), верность по содержанию, теоретическая и диагностическая правдоподобность. Все это сопоставлено с пособиями оценки психического состояния (шкалы ГГИ и ПАНСС), общественного функционирования (ГАФ, СОФАС) и двух познавательных тестов (ВЦСТ и Н-спак), а также практичность шкалы в таком ее применении, а все это на основе наблюдения реакции больных на задание заполнения анкеты.

Результаты. Полученные данные указывают на удовлетворительную пригодность (α Кронбаха = 0,84) и практичность пособия. Описательные особенности позиции шкалы,

а также ее факторная структура (две составляющие, интерпретированные как основные познавательные процессы и познание общественной среды) напоминали результаты, полученные иными авторами в оригинальном исследовании, что указывает на ее содержательную сторону и, в определенной степени, на теоретическую (факторную). С другой стороны, достоверность критерий была мало вероятной. Кроме слабой корреляции объема общественной ориентировки GEOPTE и социальным и профессиональным (по СОФАС) не отмечено никаких иных, существенных корреляций с пособиями, используемых как критерий диагностической достоверности.

Выводы. Польская версия шкалы GEOPTE, по-видимому, является пособием с удовлетворительной пригодности и практичности. Вопрос о ее точности остается открытым и неопределенным, а все это требует последующих исследований.

Die Beurteilung der GEOPTE – Skala – Skala der Selbstbeurteilung für soziale Kognition für Schizophrenkranke

Zusammenfassung

Ziel. Der psychometrische Wert der GEOPTE – Skala wurde beurteilt. Die Skala wurde den polnischen Bedingungen als Instrument zur Selbstbeurteilung für soziale Kognition bei Kranken an schizophrene Psychosen angepasst.

Methode. Fünfzig Kranke an Schizophrenie, diagnostiziert nach den ICD-10 Kriterien, wurden mit Hilfe der beurteilten Skala untersucht. Zur Beurteilung der Brauchbarkeit wurden analysiert: Reliabilität (innere Kohärenz), inhaltliche, theoretische und diagnostische Validität – im Bezug auf die Instrumente zur Beurteilung des psychischen Befindens (CGI, PANSS), soziale Funktionsweise (GAF, SOF, AS) und zwei kognitive Tests (WSCT, N-zurück) und die praktische Anwendbarkeit der Skala – aufgrund der Beobachtungen der Reaktionen der Kranken auf die Aufgabe der Skalaausfüllung.

Ergebnisse. Die Ergebnisse weisen auf eine zufriedenstellende Reliabilität hin (Alfa-Cronbach = 0,84) und praktische Anwendung des Instruments. Die beschreibende Charakter der Skala-Items und ihre Faktorenstruktur (zwei Komponente interpretiert als: Grundprozesse der Kognition und soziale Kognition) ähnelten den Ergebnissen, die die Autoren der Skala in der originellen Studie erreicht hatten, was ihre Inhaltsvalidität bestätigt und in einem gewissen Grade auch theoretische Validität (Faktorenvalidität). Dagegen zeigte sich die Kriteriumsvalidität als nicht sicher. Außer der schwachen Korrelation der Dimension der sozialen Kognition GEOPTE mit der sozialen und beruflichen Funktionsweise (nach SOF AS), wurden keine anderen, signifikanten Korrelationen mit den Instrumenten bewiesen, die als Kriterium der diagnostischen Validität angewendet werden.

Schlussfolgerungen. Die polnische Version der GEOPTE-Skala ist, wie es scheint, ein Instrument mit zufriedenstellender Reliabilität. Die Sache mit ihrer Validität ist nicht sicher und kann weiter untersucht werden.

L'utilité de l'échelle GEOPTE – échelle de l'auto-estimation de la cognition sociale des patients souffrant de la schizophrénie

Résumé

Objectif. On analyse les valeurs psychométriques de l'échelle GEOPTE, outil adapté aux conditions polonaises, mesurant la cognition sociale des patients schizophrènes.

Méthode. On examine 50 patients schizophrènes, diagnostiqués d'après les critères d'ICD-10, à l'aide de l'échelle en question. Pour analyser l'utilité de cette échelle on analyse : fiabilité (intégrité), validité (du contenu, théorique, diagnostique) en relation aux : échelles CGI, PANSS (mesurant l'état psychique), échelles GAF, SOF AS (mesurant le fonctionnement social), deux testes cognitifs WSCT, N-à rebours ainsi que sa faisabilité – en observant les réactions des patients examinés.

Résultats. On atteste la bonne fiabilité (a Cronbach=0,84) et la bonne faisabilité de cette échelle. Les caractéristiques descriptives de l'échelle et les principaux éléments de sa structure (deux composants interprétés comme processus cognitifs de base et cognition sociale) ressemblent aux

résultats obtenus par ses auteurs espagnols, cela confirme sa validité du contenu et partiellement sa validité factorielle. Par contre sa validité diagnostique reste incertaine. A côté de la faible corrélation de la cognition sociale de GEOPTE et du fonctionnement social de SOF AS on ne trouve pas d'autres corrélations significantes.

Conclusion. La version polonaise de GEOPTE est un outil fiable et faisable, sa validité reste incertaine et elle exige d'autres recherches futures.

Piśmiennictwo

1. Maurer Y, Dittrich A. *Vergleich von Selbst- und Fremdbeurteilung bei schizophrenen Patienten*. Pharmakopsychiatr. 1979; 12: 375–382.
2. Möller H-J. *Standardized rating scales in psychiatry: methodological basis, their possibilities and limitations and description of important rating scales*. World J. Biol. Psychiatry 2009; 10 (1): 6–29.
3. Wolters HA, Knegtering H, van den Bosch RJ, Wiersma D. *Effects and side effects of antipsychotic treatment in schizophrenia: pros and cons of available self-rating scales*. Schizophr. Res. 2009; 112 (1–3): 114–118. Epub 2009, Apr 23.
4. Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. *Schizophrenia. Cognitive theory, research, and therapy*. New York–London: The Guilford Press; 2009.
5. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York–London: The Guilford Press; 2005.
6. Day J C, Wood G. *A self-rating scale for measuring neuroleptic side-effects. Validation in group of schizophrenic patients*. Brit. J. Psychiatry 1995; 166: 650–653.
7. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity*. Psychol. Med. 1983; 13: 177–183.
8. Romme M, Escher S. *Stimmenhören verstehen*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2008.
9. Modestin J, Caveng I, Wehrli MV, Malti T. *Correlates of coping styles in psychotic illness – an extension study*. Psychiatry Res. 2009; 168 (1): 50–56.
10. Misdrahi D, Verdoux H, Lançon C, Bayle F. *The 4-point ordinal alliance self-report: a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health*. Compr. Psychiatry 2009; 50 (2): 181–185.
11. Vollmer-Larsen A, Handest P, Parnas J. *Reliability of measuring anomalous experience: the Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*. Psychopathol. 2007; 40 (5): 345–348.
12. Gur RE, Calkins ME, Gur RC, Horan WP, Nuechterlein KH, Seidman LJ, Stone WS. *The consortium on the genetics of schizophrenia: neurocognitive endophenotypes*. Schizophr. Bull. 2007; 33 (1): 49–68.
13. Testa R, Wood SJ, Pantelis C. *Schizophrenia*. W: Wood SJ, Allen NB, Pantelis C, red. *The neuropsychology of mental illness*. Cambridge: Cambridge Univ. Press; 2009.
14. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. *Schizophrenia, „just the facts” 4. Clinical features and conceptualization*. Schizophr. Res. 2009; 110: 1–23.
15. Sanjuan J, Prieto L, Olivares JM, Ros S, Montejo A, Ferre F, Gonzales-Torres, Bousono M. *GEOPTE scale of social cognition for psychosis. GEOPTE (Spanish Group for Optimization and Treatment of Schizophrenia)*. Actas Esp. Psiquiatr. 2003; 31 (3): 120–128.
16. Sanjuan J, Aguilar EJ, Olivares JM, Ros S, Montejo AL, Fermin Mayoral F, Gonzalez-Torres MA, Bousono M. *Subjective perception of cognitive deficit in psychotic patients*. J. Nerv. Ment. Dis. 2006; 194: 58–60.
17. Ryckmans V, Kahn JP, Modell S, Werner C, McQuade RD, Kerselaers W, Lissens J, Sanchez R. *Switching to aripiprazole in outpatients with schizophrenia experiencing insufficient efficacy and*

- / or safety / tolerability issues with risperidone: a randomized, multicentre, open-label study.* Pharmacopsychiatry 2009; 42: 114–121.
18. Ciudad A, Álvarez E, Bobes J, San L, Polavieja P, Gilaberte I. *Remission in schizophrenia: Results from a 1-year follow-up observational study.* Schizophr. Res. 2009; 108: 214–222.
 19. San L, Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, Gilaberte I. *Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: Prevalence and associations in a cross-sectional study.* Europ. Psychiatry 2007; 22: 490–498.
 20. Guy W. ECDEU. *Assessment manual for psychopharmacology. Revised.* Rockville: US Department of Health, Education, and Welfare, ADDAMHA, NIMH; 1976, s. 217–222.
 21. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A: *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Rating manual.* San Rafael: Social and Behavioral Science Documents; 1987.
 22. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Fourth edition. Washington DC: APA; 1995.
 23. Wciórka J i in. *Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF).* Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6 (3): 253–268.

Adres: Jacek Wciórka
I Klinika Psychiatryczna IPiN
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

Otrzymano: 29.01.2010
Zrecenzowano: 14.04.2010
Otrzymano po poprawie: 18.06.2010
Przyjęto do druku: 12.07.2010

Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.