

**Właściwości psychometryczne
Kwestionariusza Ogólnej Oceny Funkcjonowania
(KOOF-58) służącego do przesiewowego pomiaru
nasilenia objawów psychopatologicznych
i poziomu ogólnego funkcjonowania**

**Psychometric properties of the *General Functioning Questionnaire*
(GFQ-58) used for screening for symptoms of psychopathology
and overall level of functioning**

Rafał Styła, Joachim Kowalski

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Summary

Aim. Measuring severity of psychopathological symptoms using self-assessment questionnaires is important for clinical and scientific research. However, there is no widely-available Polish tool which measures both overall functioning and severity of a broad spectrum of psychopathological symptoms. This paper describes the designing of such a tool – *the General Functioning Questionnaire* (GFQ-58).

Methods. Three studies were conducted to verify the validity and reliability of the GFQ-58: (1) a study comparing 30 individuals diagnosed with schizophrenia and 30 with no psychiatric diagnosis; (2) a correlational study on 602 individuals exploring relationships between the GFQ-58 and tendency for rumination and quality of life; and (3) a study on 37 patients from a ward which treats neurotic and personality disorders, exploring the relationships between the GFQ-58 and tools for measuring severity of psychopathological symptoms, overall functioning and neurotic personality.

Results. The first study revealed large differences between individuals suffering from schizophrenia and healthy individuals in the overall score of the questionnaire ($p < 0.001$; $d = 1.30$) and some of its subscales. The second study showed strong relations between the GFQ-58 and both severity of rumination ($p < 0.001$; $\rho = 0.64$) and quality of life ($p < 0.001$; $\rho = -0.81$). The third study identified relationships between the GFQ-58 and tools measuring various psychopathological symptoms, overall functioning and neurotic personality. These relationships were moderate or strong (all $p \leq 0.001$; $r = 0.43-0.86$). Reliability of the overall score was satisfactory in all studies (Cronbach's $\alpha = 0.89-0.92$).

Conclusions. The GFQ-58 has satisfactory validity and reliability. It can be used in both scientific and clinical research as a screening tool for measuring overall functioning and severity of psychopathological symptoms.

Słowa kluczowe: kwestionariusz objawowy, psychopatologia, samoopis

Key words: symptom checklist, psychopathology, self report

Wstęp

Pomiary nasilenia objawów psychopatologicznych za pomocą kwestionariuszy samoopisowych są szeroko rozpowszechnione zarówno w badaniach naukowych, jak i w pracy klinicznej. Narzędzia tego rodzaju są przydatne w klinicznych badaniach diagnostycznych, badaniach dotyczących skuteczności interwencji psychoterapeutycznych i farmakologicznych – klinicznych i naukowych, badaniach epidemiologicznych czy badaniach porównawczych. Służą też do pomiaru nasilenia objawów jako pobocznej kontrolowanej zmiennej. Jest to możliwe w momencie, gdy narzędzie pomiarowe nie jest czasochłonne i posiada relatywnie małą liczbę pozycji. Kolejną istotną wartością jest możliwość porównywania wyników międzykulturowo oraz między użytkownikami różnych języków – w wypadku zastosowania narzędzi, które mają więcej niż jedną wersję językową.

W literaturze przedmiotu występuje kilka narzędzi tego rodzaju, które opracowano także w języku polskim. Niektóre z nich są ogólnodostępne i mogą być stosowane przez klinicystów i badaczy. W niniejszym przeglądzie zostały wzięte pod uwagę tylko narzędzia typu *checklist*, które posiadają kilka skal mierzących nasilenie różnych objawów, w tym odpowiadających konkretnym jednostkom diagnostycznym według ICD i DSM, lub narzędzia służące do oceny ogólnego zdrowia psychicznego. Jednym z najpowszechniej używanych na świecie narzędzi tego typu jest *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R) [1], które ma dwa tłumaczenia na język polski [cf. 2] oraz polskojęzyczną wersję skróconą, składającą się z 27 itemów [3]. Niestety sytuacja prawna tego narzędzia nie jest jasna i nie jest ono dostępne do powszechnego użytku. Kolejnym jest *SCL-27-plus* [2], które można uzyskać nieodpłatnie od autorów. Posiada 5 skal (objawy depresyjne, wegetatywne, agorafobii, fobii społecznej oraz bólowe) i moduł dotyczący przesiewowej diagnostyki ryzyka samobójstwa. Właściwości psychometryczne całego narzędzia oraz poszczególnych skal są dobre. Jego struktura czynnikowa wskazuje na to, że pozwala ono głównie na rozpoznawanie nasilenia objawów zaburzeń emocjonalnych: depresyjnych i lękowych.

Kwestionariuszami ogólnego funkcjonowania i zdrowia psychicznego mającymi polskojęzyczną wersję są *Outcome Questionnaire* Lamberta [4, 5] oraz *General Health Questionnaire* Goldberga [6–8]. Ten pierwszy składa się z 45 pozycji i skupia się na ujęciu trzech domen: ogólnego nasilenia objawów, relacji interpersonalnych i funkcjonowania społecznego. Kwestionariusz Goldberga zaś ma trzy wersje polskojęzyczne o różnej liczbie pozycji. Jedna z nich [7] składa się z 30 pozycji i badania nad polską adaptacją umożliwiły wyróżnienie trzech czynników, takich jak: „lęk i depresja”, „relacje interpersonalne” i „ogólne funkcjonowanie”, niestety bez możliwości przypisania wielu pozycji kwestionariusza do konkretnych czynników. Wersja składająca

się z 12 pozycji [8] nie posiada podskal, tylko jeden ogólny czynnik, który może być rozumiany jako poziom ogólnego zdrowia psychicznego jednostki. Wersja składająca się z 28 pozycji ma cztery następujące podskale: „symptomy somatyczne”, „niepokój i bezsenność”, „zaburzenia funkcjonowania” i „symptomy depresji”.

Należy również wspomnieć o oryginalnych polskojęzycznych narzędziach do pomiaru nasilenia objawów nerwicowych, jak choćby *Kwestionariusz „O”* [9] oraz jego skrócone wersje S-II oraz S-III [10, 11]. Kwestionariusz S-II składa się z 85 pozycji i służy do pomiaru nasilenia różnego rodzaju objawów zaburzeń lękowych i emocjonalnych, takich jak: zaburzenia hipochondryczne, dystymia, zaburzenia snu. Kwestionariusz S-III składa się z 82 pozycji, służy zaś do oceny ogólnego nasilenia objawów nerwicowych i przesiewowej diagnozy tych zaburzeń; nie wyróżniono w jego konstrukcji podskal.

Podsumowując: polskojęzyczne narzędzia do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych mogą być niedostępne dla szerokiego użytku przez badaczy i klinicystów lub mogą nie obejmować wielu rodzajów objawów psychopatologicznych, koncentrując się raczej na ogólnym poziomie funkcjonowania jednostki.

Cel

Przedstawiony wyżej przegląd wskazuje na to, że brakuje polskojęzycznego narzędzia do badania ogólnej oceny funkcjonowania oraz przesiewowego badania nasilenia różnego rodzaju objawów psychopatologicznych, które byłoby dostępne dla szerokiego grona badaczy oraz praktyków. W niniejszym artykule przedstawiono proces tworzenia takiego narzędzia – *Kwestionariusza Ogólnej Oceny Funkcjonowania (KOOF-58)* oraz zaprezentowano wyniki badań sprawdzających jego własności psychometryczne. Pierwsze badanie to porównanie grupy osób chorujących na schizofrenię oraz grupy osób zdrowych. Osoby chorujące na schizofrenię zostały wybrane ze względu na duże nasilenie współwystępujących zaburzeń [12], w tym depresyjnych [13], a także z powodu gorszego zdrowia somatycznego [14] i gorszego funkcjonowania w codziennym życiu [15]. Drugie badanie to badanie korelacyjne w dużej nieklinicznej próbie, w którym eksplorowano związki podskal kwestionariusza i rozpamiętywania (*brooding*), bardzo istotnego czynnika w rozwoju zaburzeń depresyjnych i lękowych [16], oraz związki podskal kwestionariusza i jakości życia (i jej domen), gdyż jest ona negatywnie powiązana z poziomem objawów psychopatologicznych [17]. Trzecie badanie to badanie na próbie klinicznej osób z zaburzeniami lękowymi i osobowości, w którym sprawdzone zostały związki kwestionariusza KOOF-58 i jego podskal z innymi miarami nasilenia objawów, ogólnego funkcjonowania i zaburzeń osobowości.

Kwestionariusz Ogólnej Oceny Funkcjonowania 119 (KOOF-119) – wersja eksperymentalna

Pierwszym etapem budowy narzędzia było określenie domen funkcjonowania człowieka, które stanowiłyby podstawę tworzenia skal narzędzia. Punktem wyjścia była koncepcja Alidy van Bruggen [18], która oparła swoje badania na teorii SPF (*Social*

Production Function Theory) [19]. Badaczka ta wyróżniła dwie subdomeny życia: (A) domenę prywatną oraz (B) domenę publiczną. W ramach każdej z tych dwóch domen wydzieliła po trzy zakresy działalności człowieka, gdzie tworzony jest jego dobrostan. Autorka ta zaproponowała, aby w domenie prywatnej wyodrębnić: (A1) produktywne czynności w domenie prywatnej (np. utrzymanie domu), (A2) osobiste związki z innymi ludźmi oraz (A3) obszar rozrywki i czasu wolnego. W domenie publicznej zostały wyodrębnione: (B1) produktywne czynności w domenie publicznej (np. praca zawodowa, uczenie się), (B2) czynności związane z prawami i obowiązkami obywatelskimi oraz (B3) interakcje niezinstytucjonalizowane (np. na ulicy). Przy budowaniu skal narzędzia uwzględniono 6 wymienionych obszarów, tworząc 6 skal kwestionariusza.

W kwestionariuszu uwzględniono również nasilenie objawów psychopatologicznych. Na podstawie analizy klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10 [20] oraz kryteriów diagnostycznych DSM-IV-TR [21] wyodrębniono 10 następujących obszarów psychopatologicznych: (1) zaburzenia poznawcze, (2) uzależnienia, (3) psychotyczne objawy wytwórcze, (4) objawy depresyjne, (5) objawy maniakalne, (6) objawy lękowe, (7) zaburzenia odżywiania, (8) zaburzenia snu, (9) zaburzenia seksualne oraz (10) zaburzenia somatyczne.

Drugim etapem tworzenia opisywanego narzędzia było wygenerowanie pozycji kwestionariusza w podziale na 6 obszarów funkcjonowania człowieka oraz 10 grup objawów. W sumie zaproponowano 124 stwierdzenia. Następnie w toku analizy itemów pod względem merytorycznym i językowym ich liczba została ograniczona i ostateczna eksperymentalna wersja kwestionariusza zawierała 119 pozycji.

Grupa osób badanych eksperymentalną wersją kwestionariusza KOOF liczyła 50 osób. W grupie tej znalazło się 37 kobiet oraz 13 mężczyzn. Średnia wieku tych osób wyrażona w latach wyniosła 28,4 ($SD = 8,9$). Wśród osób badanych 18 posiadało wyższe wykształcenie, 28 było w trakcie studiów oraz 4 osoby miały wykształcenie średnie. Komisja do spraw Etyki Badań Naukowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego pozytywnie zaopiniowała projekt zawierający niniejsze badanie. Na podstawie jego wyników wyodrębniono 58 pozycji kwestionariusza, które zostały umieszczone w ostatecznej wersji KOOF-58. Pozycje te zostały wybrane po zastosowaniu metody usuwania pozycji, które w najmniejszym stopniu pozytywnie wpływały na wielkość współczynnika rzetelności alfa Cronbacha dla każdej ze skal oddzielnie. Ze względu na niską rzetelność skala „Czynności związane z prawami i obowiązkami obywatelskimi” została usunięta. Z kolei z powodu istotnych powiązań między pozycjami zdecydowano się na połączenie pytań z trzech obszarów, takich jak „produktywne czynności w domenie prywatnej”, „produktywne czynności w domenie publicznej”, „interakcje niezinstytucjonalizowane”, i stworzenie na tej podstawie skali „Złe funkcjonowanie w pracy i domu”.

Kwestionariusz Ogólnej Oceny Funkcjonowania (KOOF-58) – wersja właściwa

KOOF-58 składa się z 58 pozycji (arkusz w załączniku). Odpowiedzi odnoszące się do stwierdzeń zaczynających się od słów: „W ciągu ostatnich 7 dni...” zaznaczane są na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „czasami”,

4 – „często”, 5 – „prawie zawsze”. W celu obliczenia wyniku ogólnego należy zrekodować pytania o następujących numerach: 2, 7, 16, 19, 22, 36, 47, 51 i 54. Rekodowanie odpowiedzi następuje przez przeprowadzenie obliczenia: $6 - x$, gdzie x oznacza pierwotną odpowiedź. Po odwróceniu wymienionych powyżej pytań należy zsumować wszystkie odpowiedzi oraz podzielić wynik przez liczbę itemów w skali lub kwestionariuszu. Wynik całkowity kwestionariusza i poszczególnych podskal mieści się zatem w przedziale wartości 1–5, gdzie wyższy wynik oznacza bardziej negatywną ocenę ogólnego funkcjonowania i większe nasilenie objawów psychopatologicznych.

Kwestionariusz KOOF-58 zawiera 13 następujących skal (litera „O” przy numerze pytania oznacza, że jest to pozycja odwrócona):

1. Skala „Złe funkcjonowanie w pracy i domu” dotyczy braku możliwości wywiązywania się ze swoich domowych i zawodowych obowiązków oraz braku satysfakcji ze swojego codziennego funkcjonowania. Pytania: 22-O, 36-O, 47-O, 52.
2. Skala „Brak rozrywki” dotyczy czasu wolnego osoby badanej – niezajmowania się swoim hobby albo innymi przyjemnymi aktywnościami, braku kontaktu z kulturą oraz nieodczuwania przyjemności z wykonywania powyższych aktywności. Pytania: 2-O, 7-O, 16-O, 51-O.
3. Skala „Złe relacje” dotyczy uczucia samotności i izolowania się, unikania kontaktów społecznych oraz poczucia odrzucenia i braku akceptacji ze strony innych ludzi. Pytania: 19-O, 32, 42, 50.
4. Skala „Zaburzenia poznawcze” dotyczy deklarowanych przez osobę badaną kłopotów z pamięcią oraz koncentracją uwagi. Pytania: 1, 20, 38.
5. Skala „Uzależnienia” dotyczy spożywania alkoholu – negatywnych objawów picia i trudności w jego kontrolowaniu – oraz zażywania narkotyków. Pytania: 8, 12, 31, 56.
6. Skala „Objawy wytwórcze” dotyczy pozytywnych objawów zaburzeń psychotycznych – urojeń i halucynacji. Skala zawiera stwierdzenia odnoszące się do: myśli prześladowczych i wielkościowych, nasyłania, zabierania i czytania w myślach, słyszenia głosów, w tym o treści rozkazującej. Pytania: 9, 11, 23, 26, 39, 43.
7. Skala „Zaburzenia depresyjne” dotyczy anhedonii, smutku, negatywnych oczekiwań wobec zdarzeń w przyszłości oraz myśli samobójczych. Pytania: 13, 27, 33, 45, 54-O, 57.
8. Skala „Zaburzenia maniakalne” dotyczy zwiększonego napędu i pobudzenia psychoruchowego, gadatliwości oraz impulsywnych zachowań. Pytania: 24, 28, 29, 34, 40, 55.
9. Skala „Zaburzenia lękowe” dotyczy podstawowych objawów różnych zaburzeń lękowych oraz niespecyficznych objawów przeżywanego lęku. Pytania o specyficzne zaburzenia lękowe odnoszą się do: obsesji i kompulsji, lęku społecznego, lęku przed wybraną, specyficzną sytuacją. Objawy ogólne, niespecyficzne dotyczą zamartwiania się, doświadczania lęku oraz pobudzenia wegetatywnego. Pytania: 4, 18, 25, 35, 44, 48, 53, 58.
10. Skala „Zaburzenia odżywiania” dotyczy podstawowych objawów zaburzeń odżywiania: napadów żarłoczości i prowokowania wymiotów oraz natrętnych myśli o zbyt wysokiej masie ciała. Pytania: 21, 30, 41.

11. Skala „Zaburzenia snu” dotyczy bezsenności i trudności z zasypianiem oraz niedostosowania rytmu snu–czuwania do wymagań otoczenia osoby badanej. Pytania: 5, 10, 14, 37.
12. Skala „Zaburzenia seksualne” dotyczy trudności w odczuwaniu przyjemności z aktywności seksualnej oraz braku odczuwania potrzeb seksualnych w ogóle. Pytania: 3, 46.
13. Skala „Objawy somatyczne” dotyczy ogólnych problemów ze zdrowiem somatycznym bez wskazywania przyczyny, w tym złego samopoczucia i dolegliwości bólowych, oraz obecnych chorób somatycznych. Wynik w tej skali może być również powiązany z nasileniem somatyzacji – tendencji do odczuwania objawów zaburzeń emocjonalnych pod postacią somatyczną. Pytania: 6, 15, 17, 49.

Badanie 1 – porównanie osób chorujących na schizofrenię i osób zdrowych

Osoby badane

W badaniu tym wzięło udział 60 osób, po 30 osób w dwóch grupach: (1) osób z diagnozą schizofrenii i (2) osób zdrowych. Dobór do grup został oparty na metodzie doboru dogodnego. Wszystkie osoby badane wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu. Osoby chorujące na schizofrenię były w wieku od 25 do 69 lat, a średnia wieku wyniosła 48,7 roku ($SD = 11,57$). W grupie tej znajdowało się 19 mężczyzn i 10 kobiet; brak informacji o płci jednej osoby badanej. Ponadto 4 osoby miały wykształcenie wyższe, 16 osób wykształcenie średnie, a 6 podstawowe; brak informacji na temat wykształcenia 3 osób. Badani z grupy klinicznej byli rekrutowani spośród uczestników środowiskowych domów samopomocy. Osoby z grupy osób zdrowych zostały dobrane tak, aby nie występowały istotne różnice pod względem wieku, płci i poziomu wykształcenia między grupami. W grupie osób zdrowych znajdowało się 20 mężczyzn oraz 10 kobiet. Wiek osób badanych w tej grupie mieścił się w przedziale 29–73 lata. Średnia wieku wyniosła 50,7 roku ($SD = 10,64$). Dwadzieścia sześć osób miało wykształcenie średnie, a pozostałe cztery osoby wykształcenie wyższe. Osoby te zadeklarowały, że nigdy nie leczyły się psychiatrycznie.

Narzędzia

W badaniu zastosowano kwestionariusz KOOF-58. Rzetelność kwestionariusza KOOF-58 została zmierzona współczynnikiem α Cronbacha, a jego trafność predykcyjna została ukazana jako różnica wyników między grupą osób chorujących na schizofrenię a grupą osób zdrowych. Ze względu na brak rozkładu normalnego wyników istotność różnic między dwiema grupami przedstawiono za pomocą testu U . Wielkość różnic między grupami została przedstawiona za pomocą współczynnika d Cohena.

Wyniki

Rzetelność poszczególnych skal wyniosła od 0,45 do 0,87 wartości współczynnika α Cronbacha oraz 0,92 dla całego kwestionariusza. Uzyskane wyniki wskazują na to, że osoby chorujące na schizofrenię mają istotnie wyższe wyniki w skalach: „Relacje”, „Zaburzenia poznawcze”, „Objawy wytwórcze”, „Objawy depresyjne”, „Objawy lękowe” oraz jeśli chodzi o wynik całkowity kwestionariusza. Wyniki te zawierają się w przedziale od średniej ($d = 0,57$) do bardzo dużej ($d = 1,95$) wielkości efektu z prawdopodobieństwem 90%. Szczegółowe wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1. Szczegółowe wyniki badania 1

	Liczba pozycji	α Cronbacha	Osoby zdrowe	Osoby z diagnozą schizofrenii	U Manna-Whitneya	p	d Cohena	d Cohena PU 90%
Funkcjonowanie	4	0,56	2,65 (0,62)	2,93 (0,98)	374	0,35	0,34	-0,1–0,77
Rozrywka	4	0,65	2,72 (0,70)	2,78 (1,01)	438	0,86	0,07	-0,36–0,49
Relacje	4	0,69	1,70 (0,58)	2,48 (0,85)	210	0,001	1,07	0,61–1,53
Zaburzenia poznawcze	3	0,76	1,97 (0,69)	2,81 (0,93)	197	<0,001	1,03	0,57–1,48
Uzależnienia	4	0,80	1,28 (0,39)	1,32 (0,63)	393	0,48	0,08	-0,35–0,51
Objawy wytwórcze	6	0,82	1,13 (0,24)	1,87 (0,84)	199	<0,001	1,20	0,74–1,66
Objawy depresyjne	6	0,68	1,61 (0,34)	2,41 (0,69)	134,5	<0,001	1,47	0,99–1,95
Objawy maniakalne	6	0,58	1,94 (0,50)	2,12 (0,71)	367,5	0,30	0,29	-0,14–0,72
Objawy lękowe	8	0,87	1,50 (0,45)	2,35 (0,88)	175	<0,001	1,22	0,75–1,68
Zaburzenia odżywiania	3	0,45	1,48 (0,61)	1,64 (0,76)	386	0,44	0,23	-0,20–0,66
Zaburzenia snu	4	0,86	1,66 (0,47)	2,37 (1,16)	321	0,06	0,80	0,36–1,24
Zaburzenia seksualne	2	0,50	1,83 (0,93)	2,36 (1,10)	311,5	0,06	0,52	0,09–0,96
Zaburzenia somatyczne	4	0,76	1,88 (0,61)	2,35 (0,99)	336,5	0,09	0,57	0,14–1,00
Wynik całkowity	58	0,92	1,73 (0,30)	2,28 (0,52)	173,5	<0,001	1,30	0,83–1,77

p – istotność statystyczna

Badanie 2 – badanie korelacyjne na dużej nieklinicznej próbie

Osoby badane

W badaniu internetowym przeprowadzonym za pomocą platformy LimeSurvey wzięło udział 1080 osób. Link do badania był rozpowszechniany za pomocą mediów społecznościowych z prośbą o udostępnianie go swoim znajomym, więc dobór próby można określić jako mieszaninę doboru wygodnego i wykorzystującego efekt kuli śnieżnej. Badanie ukończyły 602 osoby. Analizowano tylko pełne wyniki.

Średni wiek w przebadanej próbie wyniósł 31,92 roku ($SD = 10,18$; min. 18; maks. 75). Około 77% uczestników to kobiety, 1,5% uczestników nie określiło swojej płci. Około 71% badanych zadeklarowało posiadanie wyższego wykształcenia, 25% wykształcenia średniego, a pozostali – podstawowego albo zawodowego. Spośród badanych 18,3% mieszka w małym mieście do 10 tys. mieszkańców, 18,4% – w średnim mieście między 20 a 100 tys. mieszkańców, 63,3% – w dużym mieście powyżej 100 tys. mieszkańców. Informację o tym, że korzysta obecnie z usług psychiatry, psychologa lub psychoterapeuty, zaznaczyło 18,8% badanych. Wielkość ta odpowiada wynikom badań dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w polskiej populacji [22] i pozwala uznać zbadaną próbę za niekliniczną.

Narzędzia

Poza kwestionariuszem KOOF-58 użyto dwóch dodatkowych narzędzi w celu sprawdzenia jego trafności teoretycznej. Pierwszym była *Skala ruminacji (Ruminative Responses Scale)* [23], która mierzy m.in. nasilenie ruminacyjnego stylu myślenia – rozpamiętywania (*brooding*). W badaniu użyto polskiej adaptacji tej skali [24]. Drugim narzędziem był krótki kwestionariusz Światowej Organizacji Zdrowia do pomiaru jakości życia (WHOQOL-BREF) [25]. Jakość życia podzielona jest w nim na cztery domeny: psychologiczną, fizyczną, środowiskową oraz relacyjną. W badaniu użyto polskiej adaptacji tego narzędzia [26]. Rzetelność kwestionariusza KOOF-58 została zmierzona współczynnikiem α Cronbacha, a jego trafność teoretyczna została ukazana za pomocą związków z rozpamiętywaniem, domeną psychologiczną jakości życia oraz ogólną jakością życia. Ze względu na rozkład wyników różny od rozkładu normalnego siła tych związków została przedstawiona jako wartość korelacji rangowej rho Spearmana. Konfirmacyjną analizę czynnikową przeprowadzono za pomocą programu AMOS 25.

Wyniki

Współczynnik α Cronbacha wyniósł od 0,55 do 0,88 dla poszczególnych skal i 0,89 dla całego kwestionariusza. Podskale KOOF-58 okazały się skorelowane z rozpamiętywaniem na poziomie od $\rho = 0,18$ do $\rho = 0,60$, rho dla całego kwestionariusza wyniosło 0,64, wszystkie $p \leq 0,001$. Korelacje z domeną psychologiczną jakości życia i ogólną jakością życia wyniosły od $\rho = -0,10$ do $\rho = -0,81$ dla poszczególnych podskal oraz $\rho = -0,79$ i $\rho = -0,81$ dla wyniku ogólnego kwestionariusza, wszystkie

$p \leq 0,001$, poza związkiem podskali „Uzależnienia” z ogólną jakością życia, gdzie $p = 0,012$. Szczegółowe wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 2.

Dodatkowo przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową w celu zweryfikowania jednoczynnikowej struktury kwestionariusza. Jej wyniki nie przyniosły jednoznacznych rezultatów: $\chi^2 = 3511,201$; CFI = 0,878; RMSEA = 0,046, gdyż za założone wskaźniki dopasowania przyjęto CFI $\geq 0,90$ oraz RMSEA $\leq 0,05$. Przeprowadzono również confirmacyjną analizę czynnikową sprawdzającą, czy powstają dwa czynniki: (1) czynnik funkcjonowania społecznego oraz (2) czynnik nasilenia objawów psychopatologicznych. Analizy wykazały, że uzyskane dane nie są dopasowane do dwuczynnikowego modelu w confirmacyjnej analizie czynnikowej $\chi^2 = 4722,31$; CFI = 0,81; RMSEA = 0,058, mimo zbliżonych do rekomendowanych wskaźników dopasowania modelu.

Tabela 2. Szczegółowe wyniki badania 2

	α Cronbacha	RRS-rozpamiętywanie	WHOQOL-BREF	
			Domena psychologiczna	Wynik całkowity
Funkcjonowanie	0,67	0,44	-0,71	-0,71
Rozrywka	0,78	0,39	-0,56	-0,56
Relacje	0,79	0,51	-0,73	-0,73
Zaburzenia poznawcze	0,83	0,46	-0,56	-0,56
Uzależnienia	0,77	0,18	-0,14	-0,10*
Objawy wytwórcze	0,66	0,27	-0,24	-0,27
Objawy depresyjne	0,86	0,60	-0,81	-0,79
Objawy maniakalne	0,57	0,44	-0,39	-0,41
Objawy lękowe	0,86	0,56	-0,66	-0,65
Zaburzenia odżywiania	0,55	0,38	-0,39	-0,36
Zaburzenia snu	0,88	0,38	-0,46	-0,53
Zaburzenia seksualne	0,66	0,31	-0,41	-0,44
Zaburzenia somatyczne	0,73	0,42	-0,52	-0,58
Wynik całkowity	0,89	0,64	-0,79	-0,81

Wyniki podane w trzech ostatnich kolumnach to współczynniki korelacji rangowej rho Spearmana; wszystkie wyniki są istotne na poziomie $p \leq 0,001$ poza oznaczonym *, gdzie $p = 0,012$

Badanie 3

Osoby badane

W badaniu tym wzięło udział 37 osób. Osoby badane były rekrutowane spośród pacjentów oddziału dziennego leczenia zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości.

Badani byli w wieku od 21 do 68 lat, średnia 39,88 ($SD = 12,65$) (3 osoby nie podały swojego wieku). Grupę badaną tworzyło 13 mężczyzn i 24 kobiety. Wykształcenie wyższe miało 16 osób, średnie – 17 osób, 2 osoby miały wykształcenie podstawowe, a 2 inne nie podały jego poziomu. Wśród badanych 15 osób miało rozpoznanie zaburzeń afektywnych (F32, F33, F34), 12 – zaburzeń nerwicowych (F41, F45, F48), 3 osoby – zaburzeń nerwicowych i osobowości (F41/F60), 3 – zaburzeń osobowości (F60), 1 osoba – zaburzeń organicznych (F06), 1 – zaburzeń osobowości, odżywiania i afektywnych (F60/F50/F32), 1 – rozpoznanie zaburzenia zachowania i emocji zaczynającego się w dzieciństwie (F92). Ponadto w przypadku jednej osoby występował brak danych w odniesieniu do informacji na temat diagnozy.

Narzędzia

Poza kwestionariuszem KOOF-58 użyto też innych narzędzi do przesiewowego pomiaru nasilenia objawów psychopatologicznych, ogólnego funkcjonowania i zaburzeń osobowości. Wykorzystano kwestionariusz S-II Aleksandrowicza [10], służący do pomiaru nasilenia zaburzeń nerwicowych, kwestionariusze przesiewowe do badania nasilenia objawów lękowych GAD-7 [27] i depresyjnych PHQ-9 [28] oraz narzędzie do oceny jakości snu – *Kwestionariusz Jakości Snu Uniwersytetu Pittsburgh* (PSQI) [29]. Zastosowano ponadto kwestionariusz Goldberga (GHQ-28) [8] do pomiaru ogólnego poziomu zdrowia psychicznego oraz kwestionariusz KON-2006 [30] do pomiaru nasilenia cech osobowości nerwicowej. Ze względu na ograniczenie przestrzeni zostaną przedstawione tylko pełne wyniki poszczególnych narzędzi, bez podskal¹.

Rzetelność kwestionariusza KOOF-58 została zmierzona współczynnikiem α Cronbacha, a jego trafność teoretyczna została ukazana za pomocą związków z powyżej przedstawionymi narzędziami. Siła tych związków została przedstawiona jako wartość współczynnika korelacji r Pearsona.

Wyniki

Współczynnik α Cronbacha wyniósł od 0,32 do 0,90 dla poszczególnych skal i 0,91 dla całego kwestionariusza. Wynik całkowity kwestionariusza KOOF-58 okazał się istotnie skorelowany z całkowitymi wynikami wszystkich użytych kwestionariuszy w zakresie od $r = 0,43$ ($p \leq 0,01$) do $r = 0,86$ ($p \leq 0,001$). Wyniki dla poszczególnych podskal KOOF i pozostałe szczegółowe wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 3.

Tabela 3. Szczegółowe wyniki badania 3

	α Cronbacha	S-II	GHQ-28	GAD-7	PHQ-9	PSQI	KON-2006
Funkcjonowanie	0,32	0,32°	0,36*	0,02	0,46**	0,24	0,50**
Rozrywka	0,82	0,17	0,20	0,08	0,56***	0,23	-0,04
Relacje	0,63	0,41*	0,45**	0,41**	0,53***	0,15	0,39*

¹ Wyniki dotyczące podskal mogą zostać udostępnione przez autorów na życzenie.

Zaburzenia poznawcze	0,88	0,58***	0,45**	0,41*	0,66***	0,51***	0,27
Uzależnienia	0,78	-0,18	0,06	-0,32°	-0,03	0,02	0,03
Objawy wytwórcze	0,63	0,43**	0,08	0,51***	0,31°	0,15	0,24
Objawy depresyjne	0,62	0,66***	0,39*	0,51***	0,73***	0,52***	0,36*
Objawy maniakalne	0,53	0,49**	0,31°	0,39*	0,23	0,40*	0,09
Objawy lękowe	0,82	0,76***	0,47**	0,81***	0,60***	0,35*	0,34*
Zaburzenia odżywiania	0,55	0,27	0,15	0,15	0,22	0,40*	0,26
Zaburzenia snu	0,90	0,52***	0,45**	0,26	0,68***	0,80***	0,36*
Zaburzenia seksualne	0,58	0,35*	0,30°	0,17	0,51***	0,51***	0,03
Zaburzenia somatyczne	0,69	0,73***	0,34*	0,55***	0,53***	0,24	0,23
Wynik całkowity	0,91	0,82***	0,55***	0,62***	0,86***	0,64***	0,43**

S-II – Kwestionariusz Objawów S-II, GHQ-28 – Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia, GAD-7 – Kwestionariusz Przesiewowy Uogólnionego Zaburzenia Lękowego, PHQ-9 – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta, PSQI – Kwestionariusz Jakości Snu Uniwersytetu Pittsburgh, KON-2006 – Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej. ° $p \leq 0,08$ * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$.

Dyskusja wyników

Wyniki badania wersją eksperymentalną kwestionariusza dały podstawę do usunięcia skali „Czynności związane z prawami i obowiązkami obywatelskimi” z powodu braku zadowalającej rzetelności. Z kolei z racji istotnych powiązań między pozycjami zdecydowano się na połączenie pytań z trzech następujących obszarów: „produktywne czynności w domenie prywatnej”, „produktywne czynności w domenie publicznej”, „interakcje niezinstytucjonalizowane”. W miejsce tych podskal stworzono jedną: „Złe funkcjonowanie w pracy i domu”. Efektem badania było również skrócenie eksperymentalnej wersji kwestionariusza ze 119 pozycji do ostatecznych 58.

Wyniki badań wskazują na to, że kwestionariusz KOOF-58 charakteryzuje się wysoką rzetelnością ($\alpha = 0,89-0,92$). Współczynnik α Cronbacha dla poszczególnych podskal waha się w zależności od badania: (1) „Złe funkcjonowanie w pracy i w domu” $\alpha = 0,32-0,67$; (2) „Brak rozrywki” $\alpha = 0,65-0,82$; (3) „Złe relacje” $\alpha = 0,63-0,79$; (4) „Zaburzenia poznawcze” $\alpha = 0,76-0,88$; (5) „Uzależnienia” $\alpha = 0,77-0,80$; (6) „Objawy wytwórcze” $\alpha = 0,63-0,82$; (7) „Objawy depresyjne” $\alpha = 0,62-0,86$; (8) „Objawy maniakalne” $\alpha = 0,53-0,58$; (9) „Objawy lękowe” $\alpha = 0,82-0,87$; (10) „Zaburzenia odżywiania” $\alpha = 0,45-0,55$; (11) „Zaburzenia snu” $\alpha = 0,86-0,90$; (12) „Zaburzenia seksualne” $\alpha = 0,50-0,66$; oraz (13) „Zaburzenia somatyczne” $\alpha = 0,69-0,76$. Wskazuje to na zadowalającą rzetelność większości podskal. Wątpliwości budzi jednorodność

podskal dotyczących złego funkcjonowania, objawów maniакаlnych, zaburzeń odżywiania i zaburzeń seksualnych. Skala złego funkcjonowania powstała przez złożenie trzech podskal dotyczących zróżnicowanych konstruktów. Może być niejednorodna w treści, ale należy również zauważyć, że ta podskala skrajnie niski wynik współczynnika α Cronbacha uzyskała w badaniu osób z wysokim nasileniem zaburzeń emocjonalnych podczas pobytu na oddziałach psychiatrycznych – ich niespójny sposób odpowiadania może być wyrazem przeżywanego w danym momencie zaburzenia funkcjonowania. Pozycje podskal dotyczących zaburzeń maniакаlnych i zaburzeń odżywiania mogą być nie w pełni specyficzne dla zaburzeń danego rodzaju. Niski współczynnik rzetelności podskali zaburzeń seksualnych może być efektem tego, że zawiera ona tylko dwie pozycje. Te cztery podskale powinny zostać zmodyfikowane w kolejnych wersjach narzędzia, zachowano je jednak w obecnej wersji ze względu na możliwość jakościowej interpretacji ich wyników i możliwość zastosowania przez klinicystów.

Analiza przeprowadzona na podstawie wyników badania wersją właściwą kwestionariusza KOOF-58 wskazuje, że narzędzie to charakteryzuje się satysfakcjonującą trafnością teoretyczną. Badanie pierwsze ujawniło, że wyniki kwestionariusza KOOF-58 i części jego podskal (złe relacje, objawy poznawcze, wytwórcze, depresyjne i lękowe) różnicują z dużą wielkością efektu – d Cohena wyniosło 1 lub więcej – osoby zdrowe od osób chorujących na schizofrenię w stanie remisji. Jest to zgodne z wynikami badań wskazujących na większe nasilenie objawów psychopatologicznych różnego rodzaju wśród osób chorujących na schizofrenię [12–15]. Wyniki drugiego badania, przeprowadzonego na dużej nieklinicznej próbie, dowodzą, że KOOF-58 i wszystkie jego podskale korelują z nasileniem rozpamiętywania – podtypu ruminacji, szczególnie związanego z nasileniem zaburzeń emocjonalnych [16]. Wynik ogólny KOOF-58 i jego podskal jest też ujemnie związany z domeną psychologiczną i ogólnym poziomem jakości życia [cf. 17]. Szczególnie silne są związki między ogólnym wynikiem KOOF-58 a domeną psychologiczną jakości życia ($\rho = -0,79$) i ogólnym poziomem jakości życia ($\rho = -0,81$). Badanie trzecie, z udziałem pacjentów z zaburzeniami emocjonalnymi i osobowości, ujawniło związki kwestionariusza KOOF-58 oraz jego podskal z różnymi miarami nasilenia objawów psychopatologicznych oraz z nasileniem objawów osobowości nerwicowej.

Badania nad kwestionariuszem KOOF-58 nie są pozbawione ograniczeń. Pierwszym krokiem powinno być lepsze opracowanie podskal dotyczących funkcjonowania, objawów maniакаlnych, zaburzeń odżywiania i zaburzeń seksualnych, ale bez znaczącego zwiększania liczby pozycji w narzędziu, tak aby nie straciło ono swojego przesiewowego charakteru i wygody stosowania w badaniach naukowych i klinicznych. Dalsze badania powinny być skoncentrowane na weryfikacji rzetelności i trafności narzędzia w specyficznych grupach diagnostycznych (np. osób z depresją, osób w manii, osób z zaburzeniami odżywiania). Dalszym krokiem powinno być również stworzenie norm dla narzędzia. Użytkownik kwestionariusza powinien ze szczególną ostrożnością interpretować jego wyniki w stosunku do skal psychopatologicznych, mocno zagrożonych zniekształceniem samoopisu w związku z ograniczonym samokrytycyzmem i ograniczonym wglądem w naturę własnego problemu, w szczególności

w odniesieniu do skal „Mania”, „Objawy wytwórcze” i „Zaburzenia odżywiania”. Trafność diagnostyczna wymienionych skal wymaga dalszych badań.

Kolejnym istotnym ograniczeniem narzędzia KOOF-58 jest niejasność, czy uzyskane za jego pomocą wyniki tworzą jeden czynnik opisujący ogólne funkcjonowanie. Przeprowadzone analizy nie dały jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Z tego powodu rekomendujemy, szczególnie w sytuacjach klinicznych, interpretowanie profilów nasilenia zaburzeń według wyników poszczególnych podskal oraz zalecamy ostrożność przy interpretacji wyniku sumarycznego. Problem ten wymaga rozstrzygnięcia na bazie wyników kolejnych badań.

Wnioski

1. Cały kwestionariusz KOOF-58 charakteryzuje się satysfakcjonującą trafnością teoretyczną oraz rzetelnością.
2. Jego podskale również cechują się satysfakcjonującą trafnością teoretyczną oraz w większości przypadków zadowalającą rzetelnością.
3. Kwestionariusz może być stosowany zarówno w badaniach naukowych, jak i w badaniach klinicznych jako narzędzie przesiewowe dotyczące ogólnego funkcjonowania oraz nasilenia objawów psychopatologicznych.
4. W wypadku badań klinicznych klinicysta powinien jednak zdawać sobie sprawę z ograniczeń stosowania poszczególnych podskal w indywidualnych badaniach przesiewowych i dokonywać oceny jakościowej uzyskanych wyników.

Autorzy mieli równy wkład w powstanie pracy. Niniejszy projekt był finansowany ze środków statutowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (Fundusz Badań BST numer 174412/2015).

Piśmiennictwo

1. Derogatis LR, Cleary PA. *Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation*. J. Consult. Clin. Psychol. 1977; 33(4): 981–989.
2. Kuncewicz D, Dragan M, Hardt J. *Validation of the Polish version of The Symptom Checklist-27-plus Questionnaire*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(2): 345–358.
3. Hardt J, Dragan M, Kappis B. *A short screening instrument for mental health problems: The Symptom Checklist-27 (SCL-27) in Poland and Germany*. Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2011; 15(1): 42–49.
4. Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen NB, Vermeersch DA, Clouse GC i wsp. *The reliability and validity of the Outcome Questionnaire*. J. Consult. Clin. Psychol. 1996; 3(4): 249–258.
5. Simon W, Śliwka P, Sobański JA, Klasa K, Sala P, Żak W, Busath G, Lambert MJ. *The orthogonal-oblique bi-level model of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2) – The case of the Polish factorial normalization*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(5): 1043–1070.
6. Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press; 1972.

7. Frydecka D, Małyszczak K, Chachaj A, Kiejna A. *Struktura czynnikowa Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia (GHQ-30)*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(3): 341–359.
8. Makowska Z, Merecz D. *Polska adaptacja kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28*. W: Goldberg D. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2001.
9. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J, Mazoń S i wsp. *Kwestionariusze objawowe S i O – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. Psychoterapia 1981; 37: 11–27.
10. Aleksandrowicz JW. *Kwestionariusz S-II*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 945–959.
11. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *The S-III symptom questionnaire*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 515–526.
12. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. *Psychiatric comorbidities and schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2008; 35(2): 383–402.
13. Uptegrove R, Marwaha S, Birchwood M. *Depression and schizophrenia: Cause, consequence, or trans-diagnostic issue?* Schizophr. Bull. 2017; 43(2): 240–244.
14. Dixon L, Postrado L, Delahanty J, Fischer PJ, Lehman A. *The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health*. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187(8): 496–502.
15. Bellack AS, Green MF, Cook JA, Fenton W, Harvey PD, Heaton RK i wsp. *Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A white paper based on an NIMH-sponsored workshop*. Schizophr. Bull. 2006; 33(3): 805–822.
16. Olatunji BO, Naragon-Gainey K, Wolitzky-Taylor KB. *Specificity of rumination in anxiety and depression: A multimodal meta-analysis*. Clin. Psychol. 2013; 20(3): 225–257.
17. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J. *Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients*. Qual. Life Res. 2005; 14(1): 151–160.
18. Van Bruggen AC. *Individual production of social well-being. An explanatory study*. Groningen: Groningen University. 2001.
19. Ormel J, Lindenberg S, Steverink N, Verbrugge LM. *Subjective well-being and social production functions*. Soc. Indic. Res. 1999; 46(1); 61–90.
20. WHO – World Health Organization. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2007.
21. APA – American Psychiatric Association. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
22. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwizewski J i wsp. *Prevalence of selected mental disorders in the population of adult Poles, taking into account gender and age structure – the EZOP Poland study*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 15–27.
23. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. *Rumination reconsidered: A psychometric analysis*. Cognit. Ther. Res. 2003; 27(3): 247–259.
24. Kornacka M, Buczny J, Layton RL. *Assessing repetitive negative thinking using categorical and transdiagnostic approaches: A comparison and validation of three Polish language adaptations of self-report questionnaires*. Front. Psychol. 2016; 7: 322.
25. WHOQOL Group. *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. Psychol. Med. 1998; 28(3): 551–558.

26. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Bączyk G. *Quality of life in Polish respondents: Psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref*. Scand. J. Caring Sci. 2006; 20(3): 251–260.
27. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7*. Arch. Intern. Med. 2006; 166(10): 1092–1097.
28. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. *The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure*. J. Gen. Intern. Med. 2001; 16(9): 606–613.
29. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. *The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research*. Psychiatry Res. 1989; 28(2): 193–213.
30. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *The KON-2006 neurotic personality questionnaire*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.

Adres: Rafał Styła
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7
e-mail: rstyla@psych.uw.edu.pl

Otrzymano: 23.01.2018
Zrecenzowano: 16.07.2018
Otrzymano po poprawie: 22.10.2018
Przyjęto do druku: 4.11.2018

Aneks

Kwestionariusz ogólnej oceny funkcjonowania (KOOF-58)

Rafał Styła

Niniejszy kwestionariusz składa się z 58 stwierdzeń dotyczących tego, jak się czułeś/aś **w ciągu ostatnich 7 dni** (łącznie z dniem dzisiejszym). Oceń z perspektywy dnia dzisiejszego, poprzez zaznaczenie krzyżykiem na skali od 1 do 5, jak często zdarzała Ci się sytuacja opisana w każdym ze stwierdzeń, gdzie „1” oznacza, że dana sytuacja nie występowała (*nigdy*) a „5” oznacza jej maksymalną częstotliwość (*prawie zawsze*).

	W ciągu ostatnich 7 dni...	1	2	3	4	5
		nigdy	rzadko	czasami	często	prawie zawsze
1.	miałem/am kłopoty z pamięcią.					
2.	czerpałem/am przyjemność z aktywności wykonywanych w czasie wolnym.					
3.	miałem/am kłopoty, aby czerpać przyjemność z aktywności seksualnej.					
4.	odczuwałem/am przymus pewnych zachowań (np. mycie rąk, robienie porządków, sprawdzanie, przeliczanie, powtarzanie słów w myśli).					
5.	cierpiałem/am na bezsenność.					
6.	czułem/am się bardzo źle.					
7.	miałem/am kontakt z kulturą (w postaci wyjścia do teatru/kina, czytania książki itp.).					
8.	miałem/am kaca.					
9.	byłem/am przekonany/a, że ktoś poważnie zagraża mojemu życiu.					
10.	mój rytm snu nie był dostosowany do oczekiwań mojego otoczenia (np. siedzenie długo w nocy i trudność, aby wstać do pracy rano).					
11.	miałem/am poczucie, że ktoś wkłada mi swoje myśli do głowy lub zabiera moje myśli.					
12.	brałem/am narkotyki (marihuana, kokaina, LSD, dopalacze itp.)					
13.	nic mnie nie cieszyło.					
14.	miałem/am kłopoty ze snem.					

15.	chorowałem/am somatycznie (np. byłem/am przeziębiony/a, miałem/am zapalenie gardła).					
16.	zajmowałem/am się swoim hobby.					
17.	czułem/am się obolały/a.					
18.	miałem/am napady paniki.					
19.	miałem/am dowody na to, że wokół mnie jest wiele przyjaznych mi ludzi.					
20.	łatwo się rozpraszałem/am.					
21.	miałem/am napady żarłoczności.					
22.	miałem/am poczucie, że ludzie z okolicy, w której mieszkam (np. sąsiedzi, ludzie z okolicznego sklepu), są przyjaźni.					
23.	słyszałem/am głosy mimo tego, że nie było ich rzeczywistego źródła.					
24.	robiłem/am nieodpowiedzialne rzeczy (np. niepoohamowane zakupy, nierozsądne inwestycje biznesowe).					
25.	martwiłem/am się.					
26.	myślałem/am, że jestem kimś bardzo ważnym (np. Bogiem).					
27.	plakałem/am.					
28.	byłem/am znacznie bardziej aktywny/a niż zazwyczaj.					
29.	doznawałem/am goniwy myśli.					
30.	miałem/am natrętne myśli, że jestem zbyt gruby/a.					
31.	nie mogłem/am się powstrzymać, aby napić się alkoholu.					
32.	czułem/am się odrzucony/a przez innych ludzi.					
33.	myślałem/am o samobójstwie.					
34.	odczuwałem/am wzmożony popęd seksualny.					
35.	przeżywałem/am silny lęk, gdy byłem/am wśród ludzi.					
36.	odczuwałem/am satysfakcję z tego, czym zajmuję się w życiu.					
37.	nie mogłem/am zasnąć.					
38.	nie mogłem/am się skoncentrować.					

39.	miałem/am poczucie, że inne osoby mogą czytać w moich myślach.					
40.	byłem/am gadatliwy/a.					
41.	provokowałem/am wymioty.					
42.	unikałem/am kontaktu z ludźmi.					
43.	słyszałem/am głosy, które kazały mi coś robić.					
44.	miałem/am objawy – bez jasnej przyczyny medycznej – takie jak skrócony oddech, poczucie dławienia, suchość w ustach, zawroty głowy.					
45.	miałem/am niską samoocenę.					
46.	nie odczuwałem/am żadnych potrzeb seksualnych.					
47.	dobrze układało mi się w pracy/szkole.					
48.	czułem/am lęk przed wybranymi sytuacjami (np. lotem samolotem, spotkaniem z jakimś zwierzęciem, burzą, przebywaniem z dala od domu).					
49.	miałem/am poważne problemy zdrowotne.					
50.	czułem/am się samotny/a.					
51.	czas wolny spożytkowałem/am na zajęcia, które sprawiły mi wiele radości.					
52.	nie byłem/am w stanie wypełnić wszystkich moich codziennych obowiązków domowych.					
53.	czułem/am lęk.					
54.	czułem/am się szczęśliwy/a.					
55.	byłem/am pobudzony/a.					
56.	mocno się upiłem/am.					
57.	przyszłość jawiła mi się w czarnych barwach.					
58.	miałem/am natrętne myśli, których nie mogłem/am się pozbyć.					