

Kwestionariusz IPP (Psychopatologia „Ja”) Scharfettera w warunkach polskich

Scharfetter’s EPP (Ego-Psychopathology) questionnaire in the Polish setting

Krzysztof Tyczyński, Jacek Wciórka

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Wciórka

Summary

Aim: To estimate the basic indices of reliability, validity and feasibility of the Scharfetter’s EPP questionnaire – a clinical tool for assessment of ego disorders according to the author’s theoretical model.

Method: A group of 180 adults of clinically and demographically different characteristics were examined including 78 patients with a diagnosis of schizophrenia, 51 patients with depression in the course of affective disorders according to the ICD-10 criteria and 51 healthy persons as a control group.

A Polish version of the EPP questionnaire with a slightly modified method of evaluation of subjects’ responses was studied. Psychopathology was evaluated with PANSS and KOSS scales and some aspects of the clinical course were noted.

Results: A comparable percentage of positive responses was found between the EPP questionnaire in the original Scharfetter’s Swiss group and the group under study. A high factor of internal consistency (Cronbach’s α) both for the whole scale and its 5 dimensions were found. A relatively high correlation in the expected direction between the EPP and other psychopathology measures, as well as with basic characteristics of the course of the illness was established. Indices of disordered self-experience were significantly higher among patients with schizophrenia than with depression, and higher among both groups of patients than among healthy persons. Cluster analysis of EPP led to similar findings and allowed for distinguishing persons in the study into three clusters consisting mainly of: schizophrenic patients (highest profile), depressed patients (middle profile) and healthy persons (lowest profile).

Conclusions: These preliminary, empirical evaluations of the Scharfetter’s EPP questionnaire prove that its Polish version reveals rather satisfactory measures of reliability and validity, and observations suggest, that EPP can be successfully used in the clinical work with patients suffering from schizophrenia. The questionnaire indicates its clinical usefulness and prompts to further studies on the tool itself, as well as on the phenomenon of ego disorder for which it has been constructed.

Słowa klucze: zaburzenia poczucia siebie, kwestionariusz IPP

Key words: ego disorders, EPP questionnaire

Kwestionariusz IPP – opracowany i długo wypróbowywany w praktyce przez Christiana Scharfettera [1] – jest narzędziem klinicznym służącym do badania zaburzeń poczucia siebie („ja”, własnego „ja”, świadomości siebie, jaźni). Jego konstrukcja jest empiryczną realizacją teoretycznej koncepcji autora, wynikającej z wielu doświadczeń filozoficznych i klinicznych, która zakłada, że sposób przeżywania siebie przez ludzi można sensownie opisać za pomocą pięciu wymiarów, konstruktów psychopatologicznych: poczucia witalności (*vitality*), aktywności (*activity*), spójności (*consistency*), rozgraniczania (*demarcation*) oraz tożsamości (*identity*) własnego ja.

Sposób zdefiniowania tych konstruktów przedstawia poniższe zestawienie [za: 2, 3, 1]:

- *witalność „ja”* – pewność własnej żywotności, bytowania jako żyjącej istoty,
- *aktywność „ja”* – pewność określania przez samego siebie własnego przeżywania, myślenia i działania, funkcjonowania jako jednostki samodzielnie sterującej sobą, kierującej scalaniem funkcji dośrodkowych (np. spostrzegania), poznawczych (np. myślenia), poznawczo-afektywnych (np. relacji myśli do uczuć/afektów) i odśrodkowych (np. mówienia, poruszania się, reakcji, działań),
- *spójność „ja”* – pewność własnego, spójnego biegu życia, bycia istotą zwartą, spójną i uporządkowaną psychicznie oraz cielesnie,
- *rozgraniczanie „ja”* – odgraniczenie siebie (od obszaru nie należącego do siebie poza własną osobą), odróżnianie siebie od innych rzeczy i istot, świadomość granic między „ja” a „nie ja”,
- *tożsamość „ja”* – pewność własnej tożsamości osobowej, fizjonomicznej, seksualnej, biograficznej (pochodzenia, funkcji społecznych).

Badanie właściwości kwestionariusza i zjawisk, które on pozwala opisywać, zajęło autorowi ponad 20 lat [1]. W Polsce kwestionariuszem tym posługiwała się Rzewuska w badaniach nad przebiegiem schizofrenii paranoidalnych [4]. W tym opracowaniu przedstawiono doświadczenia związane ze stosowaniem polskiej wersji kwestionariusza [5] przygotowanej w naszej klinice za aprobatą jego autora.

Cel

Badania zmierzały do oceny podstawowych właściwości psychometrycznych omawianego narzędzia (rzetelność, trafność) oraz możliwości jego praktycznego wykorzystania.

Badane osoby

Zbadano 180 osób, w tym (wg kryteriów ICD-10) 78 chorych na schizofrenię, 51 na depresję w przebiegu zaburzeń afektywnych. Grupę kontrolną stanowiło 51 osób bez stwierdzonych zaburzeń psychicznych. Wybrane cechy społeczno-demograficzne i kliniczne przedstawia tab. 1.

Metoda

Kwestionariusz IPP. W badaniu tym próbowano stosować kwestionariusz w sposób bardziej standaryzowany niż to proponuje jego autor, który zakłada, że ocena

Tabela 1

Wybrane cechy społeczno-demograficzne i kliniczne badanych grup chorych

Porównywana zmienna	Charakter zmiennej	Osoby bez zaburzeń (n=51)	Chory na depresję (n=51)	Chory na schizofrenię (n=78)
Płeć	kobiety mężczyźni	59% 41%	55% 45%	43% 56%
Wiek (lata)	średnia \pm odchylenie standardowe	37 \pm 13	47 \pm 13	37 \pm 11
Wykształcenie	podstawowe średnie wyższe	22% 29% 49%	28% 35% 37%	32% 55% 13%
Aktivność zawodowa	rentalernylna praca niezuka	35% 55% 10%	59% 39% 2%	72% 13% 15%
Latn choroby	średnia \pm odchylenie standardowe	0	6,6 \pm 7	10,4 \pm 9
liczba hospitalizacji	średnia \pm odchylenie standardowe	0	3,2 \pm 3,3	9,8 \pm 11

poszczególnych pozycji IPP wynika z analizy wyników badania stanu psychicznego, z uwzględnieniem obserwacji, wypowiedzi pacjentów oraz ich interpretacji przez badającego. W tym badaniu chorym okazywano zróżnicowane wersje odpowiedzi, dla ułatwienia dodatkowo zilustrowane graficznie (p. karta możliwych odpowiedzi), prosząc, by wskazali właściwą. Badający czytał stwierdzenia kwestionariusza, wyjaśniając je w razie potrzeby lub przedstawiając dodatkowe pytania, jeśli sytuacja

□	NIGDY nie pasuję/am do tego
?	MAM W TĘPIWOŚCI czy ocenię go pasuję/am
MIAŁAM TAKIE PRZEŻYCIA:	
□	JEDEN RAZ
■	RZADKO
■	CZĘSTO
■	STALE lub PRAWIE STALE

Karta z graficznym i słownym przedstawieniem możliwości odpowiedzi na pytania IPP (wersja dla kobiet)

wskazywała na wątpliwości co do rozumienia stwierdzeń lub gdy odpowiedzi chorych były niepewne lub niejednoznaczne.

Ocena stanu psychicznego. Wykorzystano:

1. Skale KOSS-C i KOSS-S, dwie wersje „Klinicznej oceny syndromów schizofrenicznych” [6, 7], pozwalające na całościową ocenę nasilenia zaburzeń (KOSS-C) oraz na szczegółową ocenę 31 objawów zespołu (KOSS-S) wraz z oceną wyodrębnionych na podstawie analizy czynnikowej wymiarów deficytu (objawy negatywne), dezorganizacji i zniekształcenia oceny rzeczywistości (objawy wytwórcze, pozytywne).

2. „Skalę zespołu pozytywnego i negatywnego” (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS), pozwalającą na ocenę bardziej szczegółową, a także na ocenę zespołu objawów deficytowych (PANSS-N), wytwórczych (PANSS-P) i należących do tzw. ogólnej symptomatyki psychopatologicznej (PANSS-G) [8].

Analizę statystyczną przeprowadzono wykorzystując metody opisu i analizy dostępne w pakiecie *SPSS for Windows* (wersja 10 PL).

Wyniki

Częstość. W tab. 2 zestawiono częstość występowania twierdzących odpowiedzi na stwierdzenia kwestionariusza w badaniach szwajcarskich autora skali i w naszych. Można spostrzec, iż rangi poszczególnych pozycji w obrębie wymiarów poczucia siebie pozostają w obu badaniach zbliżone. Największe różnice występują w zakresie tożsamości, mniejsze w zakresie spójności. Rangi w zakresie pozostałych wymiarów

Tabela 2

Częstość występowania stwierdzeń kwestionariusza IPP wśród chorych na schizofrenię w badaniach własnych i Scharfettera [1]

N	Stwierdzenia kwestionariusza	Odpowiedzi twierdzące			
		badania własne (n=70)		Scharfetter [1] (n=552)	
		%	Ranga	%	Ranga
Właśnie					
w1	Czuję się tak, jakby życie ze mnie uciekało, jakbym umierało.	00,7	1	41,7	3
w2	Mówięm, że jestem niezwykły, magiczny, jak jakaś roślina.	35,0	5	27,7	5
w3	Miałem poczucie, że coś jest z nim wazymem, co życie – kłopoty się.	41,0	4	32,2	4
w4	Moja dusza, moja wewnętrzna żywotność były mi oddane, niebezpieczne albo zabrane.	51,3	3	43,7	2
w5	Ciało albo siły ze wnętrza próbowały lub zostały rozdzielenie.	01,2	2	50,7	1
Albo trochę					
a1	Czuję wpływ na gościnę i na moje ruchy, postępowanie i mowę. Moje działania były utrudnione, byłam wtedy jak zasmażana albo zamarznięta.	71,3	2	73,1	2

g3	Chcę mieć pieniądze, karierę, obywatelstwo i nieruchomości. Inaczej nie będę miałem żadnych szans.	38,3	1	72,3	1
g3	Interesuję się robotą, dochodem, majątkiem i sukcesem, aby móc sobie pozwolić. Chcę mieć pieniądze, nieruchomości.	85,4	3	83,1	3
g4	Chcę mieć pieniądze, karierę i nieruchomości.	81,5	4	48,2	4
Religijność					
a1	Chcę mieć religijność, albo nie mieć, albo być bezreligijny, albo – jeśli to możliwe – być ateistą.	58,4	4	44,7	4
a2	Interesuję się religią, ale nie chcę być religijny.	38,5	5	12,3	5
a3	Interesuję się religią, ale nie chcę być religijny, ponieważ nie chcę być religijny.	78,5	1	88,2	3
a4	Interesuję się religią, ale nie chcę być religijny, ponieważ nie chcę być religijny.	81,5	3	88,7	3
a5	Interesuję się religią, ale nie chcę być religijny, ponieważ nie chcę być religijny.	78,5	3	88,8	1
Bezprawniczość					
b1	Chcę mieć prawo własności, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy. Interesuję się karierą i nieruchomością.	72,3	1	77,4	1
b3	Być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy.	75,8	3	82,3	3
b3	Interesuję się karierą i nieruchomością, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy.	48,3	4	33,3	3
b4	Interesuję się karierą i nieruchomością, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy.	58,8	3	32,1	4
Legarytacja					
h1	Interesuję się karierą, majątkiem i nieruchomością, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy.	84,1	3	45,3	1
h2	Chcę mieć pieniądze i nieruchomości, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy.	72,3	1	35,5	3
h3	Chcę mieć pieniądze i nieruchomości, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy.	55,1	3	38,4	4
h4	Interesuję się karierą i nieruchomością, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy.	15,3	5	14,8	5
h5	Interesuję się karierą i nieruchomością, być bezprawniczym i nie mieć pieniędzy.	41,8	4	38,3	3

pozostają takie same, jednak są generalnie wyższe w polskim badaniu. Największa różnica rang dotyczyła stwierdzenia dotyczącego spoglądania w lustro (t2) – dużo częściej potwierdzanego przez pacjentów w Polsce.

Rzetelność. Jako miarę rzetelności skali wykorzystano tu tylko współczynniki wewnętrznej zgodności całej skali i jej 5 teoretycznych wymiarów. Wyniki (tab. 3) wskazują, że skale uzyskały zgodność wewnętrzną na poziomie nie niższym od zgodności wynikającej z badań autora skali. Całość skali (23 pozycje) uzyskała bardzo wysoki

Tabela 3

Współczynniki zgodności dla całości i wymiarów kwestionariusza IPP

IPP: skala – wymiary	liczba pozycji	Współczynnik zgodności [α Cronbacha]	
		Badania własne	Scharfetter [1]
IPP (całość)	23	0,93	0,88
IPP – wiarygodność	5	0,80	0,68
IPP – aktywność	4	0,84	0,61
IPP – spójność	5	0,75	0,66
IPP – rozgraniczenie	4	0,67	0,65
IPP – tożsamość	5	0,69	0,68

współczynnik rzetelności (α Cronbacha), natomiast jej podskale (wymiar) uzyskały wartości niższe, lecz wystarczające, by traktować je jako rzetelne. Względnie niższe współczynniki uzyskano w przypadku rozgraniczania i tożsamości.

Trafność – korelacje z obrazem i przebiegiem zaburzeń. Tab. 4 zestawia korelacje rangowe sumarycznych wartości IPP oraz sumarycznych wartości jego wymiarów z różnymi miarami opisu klinicznego: wybranymi skalami klinicznymi, dalszymi podskalami IPP, opisującymi szczególne zjawiska psychopatologiczne (nadmierna kompensacja, poczucie zmian i manipulacji na własnym ciele, poczucie zaburzeń dotyczących myślenia oraz własnych ruchów), zestawione przez Scharfettera [1] w sposób analogiczny jak zasadnicze składniki IPP, i zamieszczone w tym samym kwestionariuszu, oraz dwoma zmiennymi dotyczącymi przebiegu choroby. Z zestawienia tego wynika, że wszystkie wymiary IPP wykazały względnie silny i niezmierzony związek z wybranymi aspektami oceny stanu psychicznego i przebiegu choroby u badanych. Korelacje wartości sumarycznych IPP z tymi zmiennymi były zawsze wyższe niż korelacja poszczególnych wymiarów IPP. IPP korelował silniej ze wskaźnikami stanu psychicznego (KOSS, PANSS i dalsze wymiary IPP) niż ze wskaźnikami przebiegu choroby (lata choroby, liczba hospitalizacji).

Trafność – zaburzenia „ja” a rodzaj zaburzeń u badanych. Tab. 5 przedstawia związki między wynikami IPP a rodzajem zaburzeń (schizofrenia lub depresja) lub ich niewystępowaniem u badanych osób. Wskazują one na bardzo wyraźne różnice dotyczące zarówno całości kwestionariusza, jak i jego wymiarów. Zarówno wykorzystanie testu parametrycznego (analiza wariancji, w tym analizy *post hoc* wg testu Bonfer-

roniego), jak i nieparametrycznego (test rang Kruskala-Wallisa) wskazuje na istotne różnice między grupami – chorzy na schizofrenię uzyskali wyniki wyraźnie wyższe niż chorzy na depresję, a ci ostatni wyraźnie wyższe niż osoby bez zaburzeń.

Trafność – skupienia badanych a rozpoznanie. W celu wyodrębnienia grup uzyskujących wyniki IPP o podobnym profilu poczucia siebie przeprowadzono w całej badanej grupie analizę skupień (wiązkową, *cluster analysis*). Zakładając skupienie

Tabela 6

Ośrodki skupień (wiązek, *clusters*) badanych (N=180) wyodrębnionych stosownie do podobieństwa profilu zaburzeń własnego ja, opisanego za pomocą IPP

Wiązka	Ośrodki wiązek				
	witalność	aktywność	spójność	rozgraniczanie	tożsamość
Wiązka 1 (profil niski)	1	1	1	1	1
Wiązka 2 (profil średni)	6	7	6	7	6
Wiązka 3 (profil wysoki)	11	11	13	13	14

badanych w trzech grupach (metoda *K-Means*) rozdzielono ich po kilku iteracjach do skupień (wiązek), których profil, stosownie do wartości ośrodków skupienia (*cluster centers*), można określić jako: niski, średni i wysoki – p. tab. 6.

Przynależność osób badanych do tych wiązek silnie różniła się w zależności od rozpoznania (tab. 7): wiązka o niskich wartościach skupiała głównie osoby zdrowe, wiązka o wartościach średnich – głównie osoby chore na depresję, a wiązka o wysokich

Tabela 7

Stan psychiczny badanych a przynależność do wiązki (skupienia) o niskich, średnich lub wysokich wartościach profilu wymiarów IPP

Wiązka (skupienie) wyników	Przynależność osób z grupy			Ogółem (N=100%)
	bez zaburzeń (n=51)	chorych na depresję (n=51)	chorych na schizofrenię (n=78)	
Wiązka 1 (profil niski)	59%	30%	11%	87
Wiązka 2 (profil średni)	–	34%	66%	59
Wiązka 3 (profil wysoki)	–	15%	85%	34

wartościach – głównie chorych na schizofrenię. Czynnikiem rozdzielającym badanych między skupienia o różnym profilu był więc ich stan kliniczny. Przy czym wyraźnie najwyższe wartości IPP uzyskiwali chorzy na schizofrenię.

Praktyczność skali. Według obserwacji osób prowadzących badania, pacjenci współpracowali dość chętnie. Zdarzające się trudności we wzbudzeniu zainteresowania badaniem pojawiały się rzadko i można je było przewyciężyć wyjaśnieniami, chwilową zmianą tematu, alternatywnym sformułowaniem pytań; szczególnie w przypadku

osób z zaburzeniami depresyjnymi, kiedy to po zakończeniu badania same przedłużały one rozmowę. Forma graficzna, jak i sama treść stwierdzeń kwestionariusza wzbudzały zainteresowanie.

Omówienie

Uzyskane wyniki wskazują na bardzo wysoką wewnętrzną zgodność skali IPP (α Cronbacha = 0,93), jak również na względnie wysokie współczynniki opisujące tę cechę dla poszczególnych wymiarów IPP. Pozwala to przyjąć ten wskaźnik rzetelności za satysfakcjonujący. W badaniach autora skali [1] wskaźniki te były nieco niższe, lecz podobnego rzędu wielkości, co nie dziwi zważywszy na znacznie większą liczebność badanych i większą liczbę badających, co zwiększa zmienność ocenianej właściwości skali.

Mimo iż wyliczone dla grupy badanych nie tak dużej liczebnie jak szwajcarska, uzyskane wyniki dość konsekwentnie sugerują silny związek wszystkich wymiarów i całości skali IPP z różnymi cechami obrazu i przebiegu klinicznego zaburzeń schizofrenicznych. Jest to argument zwiększający zaufanie do trafności narzędzia jako powiązanego w sensowny sposób ze zmiennymi klinicznymi opisującymi przeżywanie schizofrenii za pomocą innych narzędzi. W pracy Scharfettera [1] można znaleźć wiele innych analiz wskazujących na podobne i inne jeszcze związki – np. z tzw. objawami podstawowymi (wg Süllwold), z mechanizmami obronnymi ego (wg Bellaka), z fizjologicznymi właściwościami głosu, czy z przeżyciami w tzw. alternatywnych stanach świadomości. Uzyskane tutaj korelacje, niesprzeczne z koncepcją zaburzeń poczucia siebie Scharfettera, zwiększają zaufanie do polskiej wersji narzędzia i pozwalają sądzić, iż rozpoczyna ona zbierać argumenty budzące zaufanie do jej psychometrycznej trafności. W przypadku psychiatrycznych skal klinicznych – proces zdobywania takich argumentów rzadko można uznać za zakończony i będzie on musiał być kontynuowany, obejmując w kolejnych badaniach korelacje z innymi narzędziami, diagnostycznie i teoretycznie powiązanymi z zaburzeniami „ja”. Przeprowadzenie ich w jednym studium nie wydaje się ani celowe, ani możliwe.

Do podobnych wniosków prowadzi też porównanie wyników zastosowania IPP w grupach osób chorych na schizofrenię lub depresję oraz u osób zdrowych, a także wyniki analizy wiązkowej, które w określony sposób zdają się dowodzić tej samej prawidłowości, iż zaburzenia „ja” są wyraźnie bardziej nasilone u chorych na schizofrenię, a mniej u chorych na depresję. Potwierdza to znaczenie przypisywane zaburzeniom jaźni przez Scharfettera – występują one w wielu zaburzeniach (także w depresji), choć szczególnie nasilone są w zaburzeniach schizofrenicznych. Wszystkie te argumenty muszą jednak zostać potwierdzone w badaniach grup o większej liczebności i o bardziej zróżnicowanym profilu zaburzeń (np. różne fazy choroby w schizofrenii). Grupa chorych na schizofrenię była przeciętnie najslabiej wykształcona. Różny wiek zachorowania wyjaśnia wystarczająco tę charakterystykę, lecz rodzi pytanie, czy nie rzutuje ona na wyniki zastosowania kwestionariusza IPP. Wydaje się, że nie. Po pierwsze, przekonują o tym obserwacje czynione przez badającego (KT) w trakcie

wypełniania IPP przez badanych, które nie ujawniały wpływu wykształcenia. Po drugie, odrębne analizy w grupach chorych na schizofrenię, depresję i osób zdrowych nie wykazały istotnych zależności wyników IPP (tak całości kwestionariusza, jak i 5 jego podstawowych wymiarów) od wykształcenia.

Pierwsze doświadczenia sugerują, że problem praktyczności narzędzia znajduje odpowiedź pozytywną. Zastosowana metoda badania – bardziej standaryzowana i korzystająca z pomocy karty z graficznym przedstawieniem odpowiedzi – ułatwia zadanie i czyni je może bardziej interesującym dla badanych. Skraca też czas badania, który wynosił tu 15–30 minut. Taka standaryzacja niesie też jednak niebezpieczeństwo bardziej powierzchownej analizy badanych stanów psychicznych, ponieważ, zdaniem Scharfettera [por. 2, 3], wnioskowanie z zachowań i wypowiedzi pacjenta czy ich interpretowanie są istotną częścią badania sposobu doświadczania przez pacjentów poczucia własnego ja. Dalsze doświadczenia mogą pomóc odpowiedzieć na te wątpliwości, jednak już z zebranych doświadczeń wynika, że odczucia pacjentów i nastawienie do kwestionariusza i polskiego – „bardziej subiektywnego” – sposobu przeprowadzania badania są w większości pozytywne. A o jego trafności dodatkowo może świadczyć wypowiedź pacjentki chorej na schizofrenię, która przerwała badanie po kilku przeczytanych punktach pytając: „Która komenda ułożyła na mnie ten test?”.

Wnioski

1. Polska wersja kwestionariusza IPP Scharfettera cechuje się zadowalającymi wskaźnikami rzetelności i trafności, a doświadczenia podczas badań przekonują, że to narzędzie można stosować w pracy klinicznej zarówno z chorymi na schizofrenię, jak i na depresję.
2. Kwestionariusz różnicuje chorych na schizofrenię od chorych na depresję i od osób zdrowych.
3. Sugeruje to przydatność tego narzędzia i zachęca do dalszych, pogłębionych badań samego narzędzia oraz zjawisk, do których badania zostało ono skonstruowane.
4. Badanie poczucia „ja” może pogłębiać wnioski wynikające z typowej oceny stanu psychicznego.

PODZIĘKOWANIE: Panu prof. Christianowi Scharfetterowi serdecznie dziękujemy za uprzejmą zgodę na tłumaczenie i wykorzystanie kwestionariusza IPP.

Abstract of the IPP (Scharfetter's „B”) in Polish

Introduction

Context: The aim of the study was to evaluate the reliability and validity of the Polish version of the IPP (Scharfetter's „B”) in a clinical setting. The study was conducted with patients with schizophrenia, depression, and healthy individuals. The results showed that the IPP is a valid and reliable tool for assessing the state of mind in clinical practice, both for patients with schizophrenia and depression, as well as for healthy individuals.

Methods: The study included 180 patients with schizophrenia, 180 patients with depression, and 180 healthy individuals. The IPP was administered to all participants. The results were compared with the original IPP and the Polish version of the IPP. The results showed that the Polish version of the IPP is a valid and reliable tool for assessing the state of mind in clinical practice.

Conclusions: The Polish version of the IPP (Scharfetter's „B”) is a valid and reliable tool for assessing the state of mind in clinical practice. It can be used for patients with schizophrenia, depression, and healthy individuals.

leuó. Dñcöc=Ineíl, nñnní íel áúei ióliíli d'dc d'neüüç řerë ÐRÑSS ç EÏSS. Ineíl=liú iniaíul ÷ldñú nñ=lic' írdórlíeé.

Díçóëüññú: Ineíl=liú ndrãicñléüír' ÷rñññr d'neüüçñléüüüó inãlnãã ír áid'dínú á áeiññrdcë á çnnéläiãrãííe ádó'd'l ç á ideãçirëüüüó çnnéläiãrãíe'ó Rrdólnñldf á rãléórdñeé d'id'óe'öcë. Iãirdóclíú áúñieçl çñöcöclíñú áiondliíle nããrñññc /Eđiãröf/ äe' öleiññññc řerëü ç íl d'rcéldãã. Djeřçrñi inññcñléüüi áúñieçl çiddlé'öç n ícãrlëüë írd'draëliclé élcãó d'jeřçrñlé'ëç IDD ç díçóëüññrëç d'dcëliílic' çíüó d'ñiãcë, id'çnúãrřúçó d'ncöc=Ineíl nñnní' íel áieüüüó ç ÷ldñrëç nñ=lic' írdórlíeé. Djeřçrñléç írdórlíeé nreí=óãññãç' d'i IDD jeřçrëçñú nóulññãliíi áieíl áúñieçëç á ádó'd'l áieüüüó rëçiodliçlé, ÷lë á ádó'd'l áld'dlññcãíúó áieüüüó, í d'ineíãieíl á ndrãíiçlél nñ çãidããüëç ëjãüëç.

IPP – Fragebogen („Ich“ Psychopathologie) von Scharfetter in der polnischen Realität

Zusammenfassung

Ziel: Erzielen der Grundindexe, die erlauben, die Echtheit, Richtigkeit und Brauchbarkeit von IPP zu beurteilen, des Mittels, das zur Untersuchung des Ich - Empfindens nach der theoretischen Idee von Scharfetter dient.

Methode: Es wurde die Gruppe von 180 Personen mit differenzierter klinischen und demografischen Charakteristik untersucht, darunter 78 Kranke mit der Diagnose Schizophrenie, 51 mit der Diagnose Depression im Verlauf der affektiven Störungen (ICD-10 Kriterien) und 51 gesunde Personen als Kontrollgruppe.

Es wurde die polnische Version von IPP mit etwas modifizierter Möglichkeit der Antworten für die Beurteilung der Untersuchten. Den psychischen Zustand beurteilte man mit Hilfe der PANSS und KOSS Skalen. Man notierte die Grundeigenschaften des Störungsverlaufes.

Ergebnisse: Es wurde eine vergleichbare Häufigkeit der positiven Antworten auf die Fragen aus dem Fragebogen in der untersuchten Gruppe und in den originellen Forschungen von Scharfetter unter der schweizerischen Population festgestellt. Es wurden hohe Indexe der inneren Übereinstimmung (Cronbachs μ) für das Ganze der Skala und ihre Ausmaße festgestellt. Es wurden relativ hohe Korrelationen von erwarteter Richtung zwischen den IPP Werten und Anwendungsergebnissen anderer Mittel zur Beschreibung des psychischen Zustandes der Kranken und den Eigenschaften des Störungsverlaufes bewiesen. Die Störungsindexe für das Ich – Empfinden nach IPP erwiesen sich als höher in der Gruppe der Schizophrenkranken als in der Gruppe der Depressionskranken und diese höher als in der Gruppe der gesunden Personen.

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen führt die Analyse der IPP Ergebnisse, die erlaubt, gemäß der Verschiedenheit des Profils die Untersuchten in drei Gruppen zu teilen: Schizophrenkranke (hohes Profil), Depressionskranke (mittleres Profil) und gesunde Personen (niedriges Profil).

Schlussfolgerungen: Die empirische Vorbeurteilung der Anwendung des IPP Fragebogens von Scharfetter zeigt, dass sich seine polnische Version mit zufriedenstellenden Indexen der Echtheit und Richtigkeit charakterisiert. Die Beobachtungen überzeugen davon, dass sie mit Nutzen bei der klinischen Arbeit mit den Schizophrenkranken angewandt werden kann. Es lässt vermuten, dass der Fragebogen brauchbar ist und es regt zu weiteren genaueren Forschungen an dem Mittel selbst und an den Erscheinungen an, für die er konstruiert wurde.

Le questionnaire EPP de Scharfetter (Ego(Psychopathology) dans les conditions polonaises

Résumé

Objectif: Obtention des coefficients permettant l'estimation préliminaire de : justesse, conformité, esprit de pratique de EEP de Scharfetter, questionnaire servant à l'examen des troubles d'ego.

Méthode: 180 adultes – différentes caractéristiques cliniques et démographiques – dont 78 diagnostiqués schizophréniques, 51 – dépressifs au cours des troubles affectifs (critères ICD-10) et 51 personnes saines – groupe de contrôle.

On utilise la version polonaise de EPP, modifiée un peu quant à la méthode d'estimation les réponses. La psychopathologie est analysée à l'aide des échelles PANSS et KOSS et on note ses traits caractéristiques.

Résultats: On constate une pareille fréquence des réponses positives du groupe examiné et des examens originaires de Scharfetter dans la population suisse. Les coefficients de cohérence interne (alfa de Cronbach) sont très élevés pour l'échelle en total et aussi pour certaines de ses dimensions. On observe les corrélations assez élevées des valeurs de EPP et des résultats d'autres instruments diagnostiques et des caractéristiques du cours des troubles. Les coefficients du sentiment de soi-même sont plus élevés dans le groupe des schizophrènes que dans le groupe dépressif, ces derniers – plus élevés en comparaison au groupe des personnes saines. L'analyse partielle nous mène aux mêmes conclusions – elle divise les personnes examinées en trois groupes: schizophrènes (profil élevé), dépressifs (profil moyen), personnes saines (profil bas).

Conclusion: Estimation préliminaire empirique de l'usage du questionnaire EPP de Scharfetter démontre que sa version polonaise se caractérise des coefficients satisfaisants de justesse et de conformité et on peut l'utiliser au travail avec les schizophrènes dans les conditions cliniques. Ce questionnaire est utile et il encourage à continuer les recherches concernant sa construction et le phénomène des troubles d'ego pour l'examen duquel il est construit.

Piśmiennictwo

1. Scharfetter C. *The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression.* Private Publication. Zürich 1995.
2. Scharfetter C. *Allgemeine Psychopathologie.* Stuttgart: Thieme; 1976.
3. Scharfetter C. *Schizophrene Menschen. Diagnostik. Psychopathologie. Forschungsansätze.* Weinheim: Beltz; 1995 (wyd. 4).
4. Rzewuska M. *Charakterystyka przebiegu schizofrenii paranoidalnych.* IPiN, Warszawa 1988 (rozprawa habilitacyjna).
5. Hochlewicz A, Wciórka J. *Zaburzenia poczucia siebie w schizofrenii w ujęciu Christiana Scharfettera.* Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 3.
6. Wciórka J, Anczewska M, Bemberek A, Gołębiewska M, Hochlewicz A, Nurowska K, Schaeffer E, Skowrońska J, Stanikowska I, Tarczyńska K. *Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych (KOSS) – założenia, konstrukcja, ocena rzetelności czułości oraz próba normalizacji nowego narzędzia diagnostycznego.* Psychiatr. Pol. 2000; 34, 2: 179–201.
7. Wciórka J, Anczewska M, Bemberek A, Gołębiewska M, Hochlewicz A, Nurowska K, Schaeffer E, Skowrońska J, Stanikowska I, Tarczyńska K. *Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych (KOSS) – ocena trafności nowego narzędzia diagnostycznego.* Psychiatr. Pol. 2000; 34, 2: 203–221.
8. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – Rating manual.* Social and behavioral science documents. San Rafael 1987. I Klinika Psychiatryczna IPiN 02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9