

## Dysfunkcjonalne przekonania metapoznawcze oraz lęk, depresja i samoocena u osób zdrowych psychicznie mających doświadczenia podobne do omamów

### Dysfunctional meta-cognitive beliefs and anxiety, depression and self-esteem among healthy subjects with hallucinatory-like experiences

Łukasz Gawęda<sup>1</sup>, Paweł Holas<sup>1</sup>, Andrzej Kokoszka<sup>1,2</sup>

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

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

<sup>2</sup> Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

Dziękam Wydziału Psychologii: prof. dr hab. J. Karyłowski

#### Summary

**Aim.** This study focuses on the relationship between dysfunctional meta-cognitive beliefs, depression, anxiety and self-esteem and hallucinatory-like experiences among healthy subjects.

**Methods.** 198 participants (149 women), mostly recruited from universities, took part in the study. Hallucinatory-like experiences were assessed with the Polish version of the Revised Hallucinations Scale (RHS). Based on two sub-scales of RHS that measure visual and auditory hallucinatory-like experiences, two groups were divided: 1 – participants with no auditory and visual hallucinatory-like experiences (n=35) and 2 – participants with high frequent hallucinatory-like experiences (n=40). Meta-cognitive beliefs were assessed with the Metacognitions Questionnaire. Beck Depression Inventory (BDI), State and Trait Anxiety Inventory (STAI) and Rosenberg Self-Esteem Scale (R-SES) were used for emotional processes assessment. Further correlations between meta-cognitive beliefs, hallucinatory-like experiences and emotional processes were calculated.

**Results.** Persons with frequent hallucinatory-like experiences tend to exhibit higher dysfunctional meta-cognitive beliefs in comparison to those who had no psychotic-like experiences. Moreover, those who had more frequent hallucinatory-like experiences revealed subclinical depression, were more anxious and exhibit lower level of self-esteem. Besides a total score in the RHS scale, dissociative experiences and auditory and visual perceptual alternations were found to be related to more dysfunctional meta-cognitive beliefs.

**Conclusions.** Hallucinatory-like experiences among healthy subjects are related to dysfunctional meta-cognitive beliefs. In addition, hallucination-like experiences were found to be linked to emotional dysfunctions, which implies that psychotic-like experiences observed in healthy persons may be of clinical interest.

**Słowa kluczowe:** doświadczenia podobne do omamów, emocje, przekonania metapoznawcze

**Keywords:** hallucinatory experiences, emotions, meta-cognitive beliefs

## Wstęp

Krótkotrwałe, przemijające doświadczenia podobne do psychotycznych stanowią heterogeniczną grupę doświadczeń psychicznych leżących na kontinuum psychozy [3]. Trudno o jednoznaczną definicję doświadczeń podobnych do psychotycznych. Badacze odwołują się do takich pojęć jak anomalie percepcyjne (perceptual aberrations), niezwykle style myślenia (unusual thinking styles), zmienione stany świadomości (altered states of consciousness [5]), czy też doświadczenia podobne do omamów (hallucinatory like experiences).

Występowanie pojedynczych objawów psychotycznych w populacji ogólnej jest obecnie dobrze udokumentowane [1]. W badaniu Romme'a i wsp. [2] spośród 173 osób doświadczających omamów słuchowych aż 78 nie szukało pomocy psychiatrycznej i nigdy nie leczyło się psychiatrycznie. Van Os i wsp. [3] przeprowadzili wywiad kliniczny na próbie 7076 osób z populacji ogólnej. Wyniki badania wskazują na występowanie omamów słuchowych, które nie miały znaczenia klinicznego u około 6,2%. Ponadto 1,7% osób doświadczało omamów słuchowych podobnych do tych obserwowanych w kontekście klinicznym.

Również najnowsze badania prowadzone w Polsce [4] wskazują na występowanie wzrokowych doświadczeń podobnych do omamów u osób nie leczonych psychiatrycznie (n = 213). 21% osób badanych podało występowanie doświadczenia „widzenie kształtów i cieniów, gdy nie były one obecne” oraz 7,1% osób doświadczało spostrzeżenia ludzkiej twarzy, podczas gdy w rzeczywistości nie była ona obecna.

Do najczęściej badanych doświadczeń podobnych do omamów należą doświadczenia słuchowe. W badaniu Bentalla i Slade'a [6] 17,7% studentów odpowiedziało twierdząco na pytanie: „Czy kiedykolwiek słyszałeś głos, który wypowiada twoje myśli?”. Podobne wyniki uzyskali inni badacze [7, 8]. Posługując się Zmodyfikowaną Skalą Halucynacji Morrisona (Revised Hallucination Scale), która pozwala oceniać doświadczenia podobne do omamowych, Gawęda i Kokoszka [4] uzyskali porównywalne wyniki. 21,6% osób przyznało, że zdarzyło im się słyszeć głos głośno wypowiadający ich myśli. Jednak tylko 1,4% osób przyznało, że to doświadczenie jest obecne w ich życiu bardzo często, u pozostałej części osób było to doświadczenie rzadkie.

Badania doświadczeń podobnych do psychotycznych w populacji ogólnej motywowane są poszukiwaniem czynników predysponujących do psychozy. Wyniki badań wskazują jednak, iż nie wszystkie doświadczenia podobne do psychotycznych wiążą się z ryzykiem rozwoju psychoz [9], co może sugerować, iż samo występowanie takich doświadczeń nie stanowi czynnika wystarczającego do rozwoju psychozy [10].

Znaczny wkład w rozumienie czynników predysponujących do rozwoju psychoz miały koncepcje poznawcze. W ich ujęciu doświadczenia podobne do psychotycznych same w sobie nie stanowią istotnego czynnika ryzyka rozwoju psychozy. Kluczowym dla rozwoju dyskomfortu związanego z tymi doświadczeniami są nadawane im dysfunkcjonalne znaczenia [11, 12]. Dysfunkcjonalne sposoby nadawania znaczenia procesom i treściom myślowym mogą w rezultacie, według koncepcji poznawczych, prowadzić do wystąpienia urojeń i omamów.

Zgodnie z koncepcjami poznawczymi omamy powstają na skutek błędnej, zewnętrznej atrybucji (np. obce moce) wewnętrznych stanów psychicznych (np. intruzywnych myśli) [13]. Istnieją dowody empiryczne potwierdzające tę hipotezę zarówno wśród osób z rozpoznaniem schizofrenii, u których obserwuje się omamy słuchowe [14, 15, 16], jak również wśród osób zdrowych psychicznie mających doświadczenia podobne do omamów [17, 18].

Morrison, Haddock i Tarrier [19] postawili hipotezę, iż w procesie błędnej atrybucji biorą udział przekonania metapoznawcze oraz że mają one znaczenie również w rozwoju i/lub podtrzymywaniu omamów. Przekonania te to sądy oraz wiedza, jaką osoba ma na temat własnych procesów poznawczych [20]. Innymi słowy przekonania metapoznawcze odpowiadają za nadawanie znaczeń własnym procesom psychicznym. Morrison, Haddock i Tarrier [19] uważają, iż spostrzeżenie dysonansu pomiędzy intruzywnym doświadczeniem psychicznym (np. myśl intruzywna „Nienawidzę go”) a dysfunkcjonalnymi przekonaniem metapoznawczymi (np. „Powiniem kontrolować swoje myśli”) jest źródłem dystresu. Zgodnie z hipotezą autorów dystres ten zredukowany jest za pomocą zewnętrznej atrybucji (to nie ja myślę, że „Nienawidzę go” – to głos mówi „Nienawidzę go”).

Choć wstępne badania sugerują znaczenie dysfunkcjonalnych przekonań metapoznawczych w omamach słuchowych i doświadczeniach podobnych do omamów, do tej pory nie udało się jednoznacznie określić, które z przekonań metapoznawczych odgrywają w nich najważniejszą rolę. Morrison i Wells [21], wykorzystując Kwestionariusz Przekonań Metapoznawczych [20], wykazali, że osoby z rozpoznaniem schizofrenii doświadczające omamów słuchowych osiągają wyższe wyniki w porównaniu z grupą osób z rozpoznaniem schizofrenii nie doświadczającą głosów oraz z grupą osób zdrowych na skali przekonań na temat braku możliwości kontrolowania swoich myśli, pozytywnych przekonań na temat zamartwiania się oraz charakteryzują się przekonaniami o niskiej pewności poznawczej. Baker i Morrison [22] wykazali występowanie bardziej nasilonych, dysfunkcjonalnych przekonań na temat martwienia się („Martwienie się pomaga mi uniknąć trudności w przyszłości”) u osób doświadczających omamów w porównaniu z osobami, które ich nie miały. Dysfunkcjonalne przekonania metapoznawcze obserwowano również wśród osób zdrowych, które wykazywały predyspozycje do doświadczeń podobnych do omamów [23, 24]. Ciekawymi, potwierdzającymi hipotezę o roli dysfunkcjonalnych przekonań metapoznawczych w błędnej atrybucji, są wyniki badania Laro i wsp. [23] pokazujące związek przekonań na temat pewności poznawczej oraz przekonań na temat możliwości kontrolowania swoich myśli z błędami atrybucji u osób mających doświadczenia podobne do omamów. Wydaje się zatem, że te dwie grupy przekonań metapoznawczych mogą mieć największe znaczenie dla powstawania i/lub podtrzymywania omamów i doświadczeń do nich podobnych. Jednak do tej pory nie udało się jednoznacznie ustalić, czy istnieje specyficzny profil dysfunkcjonalnych przekonań metapoznawczych do nich predysponujących.

Wykazano również, iż – obok procesów poznawczych – procesy emocjonalne silnie związane są z doświadczeniem omamów [25]. Dysfunkcje emocjonalne mogą poprzedzać ich wystąpienie [9, 26, 27] oraz mogą towarzyszyć doświadczeniu słyszenia głosów [28]. Nasilenie lęku [29] oraz depresji może poprzedzać wystąpienie

objawów psychotycznych. Ponadto niektórzy autorzy podają, iż niska samoocena, którą często obserwuje się u osób doświadczających omamów [52], może być związana ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia epizodu psychotycznego [30].

Nasilenie dysfunkcji emocjonalnych obserwowano u osób wykazujących doświadczenia podobne do psychotycznych. Osoby te charakteryzują się wyższym poziomem lęku i depresji [31]. Niektóre doniesienia sugerują również związek niskiej samooceny z doświadczeniami podobnymi do omamów [32].

Podsumowując, doświadczenia podobne do omamów u osób zdrowych psychicznie związane są z dysfunkcjami (meta)poznawczymi oraz emocjonalnymi, podobnymi do tych występujących w zespołach klinicznych. Nadal jednak niewiele wiadomo, czy istnieje specyficzna grupa przekonań metapoznawczych, która związana jest z doświadczeniami podobnymi do omamów.

## Cel

Głównym celem prezentowanego badania było określenie różnic w przekonaniach metapoznawczych oraz zmiennych emocjonalnych (nasilenie lęku, depresji i samooceny) pomiędzy osobami nie leczonymi psychiatrycznie, które nie mają słuchowych i wzrokowych doświadczeń podobnych do omamów, a osobami, które mają takie doświadczenia stosunkowo często. Ponadto celem badania było określenie związków dysfunkcyjnych przekonań metapoznawczych oraz zmiennych emocjonalnych z różnymi doświadczeniami podobnymi do omamów.

## Material i metoda

### Osoby badane

W badaniu wzięło udział 198 osób (149 kobiet), które nigdy nie były leczone psychiatrycznie. Większość osób była rekrutowana do badania spośród studentów uczelni wyższych (tryb dzienny i zaoczny). Średnia wieku próby wyniosła 24,63 roku (SD = 6,68), zaś średnia lat nauki, wliczając studia, wyniosła 14,28 roku (SD = 1,75). Po wyrażeniu zgody na badanie uczestnicy anonimowo i dobrowolnie wypełniali zestaw kwestionariuszy (ok. 30 min.). Badanie uzyskało akceptację komisji bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

### Podział grupy badanej i metodologia

Celem podziału grupy badanej było wyłonienie dwóch skrajnych pod względem nasilenia występowania doświadczeń podobnych do omamów podgrup. Jedynie dla dwóch typów doświadczeń podobnych do omamów możliwe było wyłonienie jednej podgrupy osób, które nigdy ich nie doświadczały, oraz drugiej podgrupy, która doświadczała ich relatywnie często.

Do wyłonienia podgrup wybrano następujące doświadczenia – słuchowe i wzrokowe zniekształcenia percepcyjne oraz słuchowe doświadczenia podobne do omamów.

Doświadczenia wybrane do podziału grup są najbliższe omamom. Poniżej znajduje się opis dwóch podgrup. Grupę bez doświadczeń podobnych do omamów wybrano na podstawie uzyskanego wyniku 12 pkt., który wskazuje, iż osoby te przyznały, że takie zjawiska psychiczne nigdy u nich nie występowały. Osoby, u których omawiane doświadczenia występowały, zostały wybrane spośród osób uzyskujących wyniki powyżej 66 percentyla.

Skala RHS składa się jednak z dodatkowych dwóch podskal (poniżej opis skali RHS). Dlatego też przeprowadzono dodatkowo analizę korelacji wszystkich podskal RHS z przekonaniem metapoznawczym oraz zmiennymi emocjonalnymi.

Osoby z wysoką częstotliwością występowania doświadczeń podobnych do omamów

Osoby w tej grupie stanowiły 15,4% badanej populacji (9 mężczyzn i 31 kobiet). Średni łączny wynik dla dwóch podskal w RHS – słuchowych i wzrokowych zniekształceń percepcyjnych oraz słuchowych doświadczeń omamowych – wyniósł 20,25 pkt. (SD = 2,40). Średni wiek grupy wyniósł 24,6 roku (SD = 7,6), a średnia lat nauki wyniosła 14,30 roku (SD = 1,75).

Osoby bez doświadczeń podobnych do omamów

Grupa ta składała się z 17,9% wszystkich osób (6 mężczyzn i 29 kobiet). Osoby w tej grupie uzyskały średni łączny wynik dla dwóch podskal w RHS – słuchowych i wzrokowych zniekształceń percepcyjnych oraz słuchowych doświadczeń omamowych – równy 12 pkt. (SD = 0). Średni wiek grupy wyniósł 26,17 roku (SD = 6,26) oraz średni czas trwania nauki 14,66 roku (SD = 1,67).

## Narzędzia

W badaniu posłużono się następującym zestawem kwestionariuszy:

Polska wersja Zrewidowanej Skali Halucynacji [4]. Skala ta wykorzystywana jest do badania częstotliwości występowania wzrokowych i słuchowych doświadczeń podobnych do omamów. Powstała na bazie najczęściej stosowanej skali do badania doświadczeń omamów wśród osób zdrowych – Launlay-Slade Hallucinatory Scale [33]. Narzędzie składa się z 24 pytań, na które udzielane są odpowiedzi na 4-stopniowej skali oznaczającej częstotliwość występowania doświadczeń podobnych do omamów (1 – nigdy, 2 – czasami, 3 – często, 4 – prawie zawsze). W przeprowadzonym przez nasz zespół badaniu właściwości psychometrycznych polskiej wersji skali RHS [4] wyłoniono 4 czynniki: 1 – wyrazistość wyobraźni, 2 – słuchowe i wzrokowe zniekształcenia percepcyjne, 3 – doświadczenia dysocjacyjne, 4 – słuchowe doświadczenia podobne do omamów. Skala charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (alfa Cronbacha od 0,7 do 0,88).

Kwestionariusz Przekonań Metapoznawczych (The Meta-cognitions Questionnaire, MCQ) [20]. Skala ta pozwala na badanie przekonań metapoznawczych, które definiuje się często jako „myślenie o myśleniu” („*cognition about cognition*”). Skala składa

się z 65 itemów tworzących 5 osobnych podskal: 1) Pozytywne przekonania na temat martwienia się (Positive worry beliefs; przykład: „Martwienie się pomaga mi uporządkować rzeczy w moim umyśle”); 2) Przekonania na temat braku możliwości kontroli myśli (Beliefs about uncontrollability and danger; przykład: „Moje martwienie się jest dla mnie niebezpieczne”); 3) Przekonania na temat pewności poznawczej (Beliefs about cognitive confidence; przykład: „Mam niewielkie zaufanie do swojej pamięci do słów i nazwisk”); 4) Ogólne negatywne przekonania na temat myśli (General negative beliefs; zawierające poczucie odpowiedzialności (responsibility), przesady (superstition), spodziewanie ukarania (punishment); przykład: „Jeśli nie przestanę się obawiać, obawy te urzeczywistnią się”); 5) Przekonania na temat poznawczej samoświadomości (Cognitive self-consciousness; przykład: „Poświęcam wiele uwagi temu, jak pracuje mój umysł”).

Inwentarz Depresji Becka (BDI) [34]. Tę skalę samoopisu użyto do badania nasilenia objawów depresji. Wynik powyżej 9 pkt. wskazuje na lekki epizod depresyjny.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) [35]. Skala ta służy ocenie lęku jako stanu oraz jako cechy. Pierwsza podskala służy ocenie nasilenia przeżywania lęku w momencie badania (20 pytań), druga ocenia gotowość osoby badanej do reagowania lękiem (20 pytań).

Skala Samooceny Rosenberga (R-SES) [36]. Narzędzie to pozwala na badanie samooceny. Skala składa się z 10 pytań, na które osoba badana odpowiada na 4-stopniowej skali od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 4 (zdecydowanie nie zgadzam się).

## Wyniki

Rozkład większości mierzonych zmiennych w badanej próbie był różny od rozkładu normalnego (na podstawie testu Kołmogorowa-Smirnowa). Zastosowano nieparametryczny odpowiednik testu t dla grup niezależnych – test U Manna-Whitneya. W przypadku analiz korelacji wykonano nieparametryczne korelacje rang Spearmana.

Grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku:  $U = 608$ ,  $p > 0,05$  oraz lat nauki:  $U = 541$ ,  $p > 0,05$ . Wykazano istotne różnice międzygrupowe pod względem średniego wyniku w skali RHS:  $U = 0,5$ ,  $p < 0,001$ .

### Różnice międzygrupowe dla przekonań metapoznawczych

Grupa osób z wysoką częstotliwością występowania doświadczeń podobnych do omamów uzyskała wyższe wyniki od grupy z niską częstotliwością występowania doświadczeń podobnych do omamów w podskali MCQ mierzącej pozytywne przekonania na temat martwienia się:  $U = 501$ ,  $p < 0,05$  ( $M = 35,23$ ,  $SD = 9,74$  vs.  $M = 30,77$ ,  $SD = 8,77$ ), przekonania na temat braku możliwości kontroli myśli:  $U = 375,5$ ,  $p < 0,001$  ( $M = 33,79$ ,  $SD = 8,76$  vs.  $M = 26,94$ ,  $SD = 8,49$ ), przekonania na temat pewności poznawczej:  $U = 380$ ,  $p < 0,001$  ( $M = 20,56$ ,  $SD = 5,98$  vs.  $M = 16,34$ ,  $SD = 4,34$ ), ogólne negatywne przekonania na temat myśli:  $U = 433$ ,  $p < 0,01$  ( $M = 25,95$ ,  $SD = 7,81$  vs.  $M = 20,94$ ,  $SD = 5,20$ ) oraz przekonania na temat poznawczej samoświadomości:  $U = 397,5$ ,  $p < 0,001$  ( $M = 18,15$ ,  $SD = 4,02$  vs.  $M = 14,68$ ,  $SD = 3,65$ ). Wyniki prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Różnice międzygrupowe dla przekonań metapoznawczych

	Wysoka częstotliwość doświadczeń podobnych do omamów n = 40	Brak doświadczeń podobnych do omamów n = 35		
Podskala MCQ	M (SD)	M (SD)	U	p
1. Pozytywne przekonania na temat martwienia się	35,23 (9,74)	30,77 (8,77)	501	< 0,05
2. Przekonania na temat braku możliwości kontroli myśli	33,79 (8,76)	26,94 (8,49)	375,5	< 0,001
3. Przekonania na temat pewności poznawczej	20,56 (5,98)	16,34 (4,34)	380	< 0,001
4. Ogólne negatywne przekonania na temat myśli	25,95 (7,81)	20,94 (5,20)	433	< 0,01
5. Przekonania na temat poznawczej samoświadomości	18,15 (4,02)	14,68 (3,65)	397,5	< 0,001
Wynik całkowity	132,14 (28,04)	109,68 (23,9)	316	< 0,001

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – statystyka t-Studenta; df – stopnie swobody; p – poziom istotności

### Różnice międzygrupowe dla zmiennych emocjonalnych

W kolejnym etapie porównano grupy badawcze pod względem nasilenia poziomu depresji, lęku mierzonego jako stanu i cechy oraz globalnej samooceny. Porównania międzygrupowe wykazały istotnie wyższe nasilenie objawów depresji mierzonych BDI w grupie osób z wyższą częstotliwością występowania doświadczeń podobnych do omamów w porównaniu z grupą o niższej częstotliwości występowania tych doświadczeń:  $U = 480, p < 0,05$  ( $M = 9,57, SD = 8,56$  vs.  $M = 4,91, SD = 4,73$ ). Podobnie wyższe wyniki zarówno w podskali stanu:  $U = 424,5, p < 0,01$  ( $M = 39,51, SD = 10,14$  vs.  $M = 33,11, SD = 7,43$ ), jak i cechy lęku:  $U = 506,5, p < 0,05$  ( $M = 43,82, SD = 8,87$  vs.  $M = 39,77, SD = 7,85$ ) oraz niższą globalną samoocenę na poziomie tendencji:  $U = 549, p = 0,1$  ( $M = 28,95, SD = 6,32$  vs.  $M = 31,25, SD = 4,73$ ) uzyskała grupa osób o wyższej częstości doświadczeń podobnych do omamów w porównaniu z osobami o niskiej częstotliwości występowania doświadczeń podobnych do omamów. Wyniki przedstawia tabela 2 na następnej stronie.

### Związki doświadczeń podobnych do omamów z przekonaniem metapoznawczym

Obok słuchowych i wzrokowych doświadczeń podobnych do omamów skala RHS ma jeszcze dwie podskale mierzące częstotliwość występowania wyrazistych wyobrażeń oraz doświadczeń dysocjacyjnych. W tej części analizy testowano związki wszystkich

podskal RHS z poszczególnymi przekonaniem metapoznawczymi mierzonymi skalą MCQ. Wszystkie podtypy przekonań metapoznawczych istotnie, dodatnio związane były z ogólnym nasileniem doświadczeń podobnych do omamów (wynik ogólny RHS; rho od 0,243 dla pozytywnych przekonań na temat martwienia się do 0,424 dla przekonań na temat braku możliwości kontroli myśli), mimo iż istotnie statystycznie większość związków jest stosunkowo słaba. Szczegółowe wyniki prezentuje tabela 3.

Tabela 2. Różnice międzygrupowe dla nasilenia depresji, lęku oraz globalnej samooceny

	Wysoka częstotliwość doświadczeń podobnych do omamów n = 40	Brak doświadczeń podobnych do omamów n = 35		
	M (SD)	M (SD)	U	p
BDI	9,57 (8,56)	4,91 (4,73)	480	< 0,05
STAI Całkowity	83,33 (17,43)	72,88 (14,08)	549	< 0,01
STAI X1	39,51 (10,14)	33,11 (7,43)	424,5	< 0,01
STAI X2	43,82 (8,87)	39,77 (7,85)	506,5	< 0,05
R-SES	28,95 (6,32)	31,25 (4,73)	549	0,11

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – statystyka t-Studenta; df – stopnie swobody; p – poziom istotności; BDI – Skala Depresji Becka; STAI – Inwentarz Stanu (X1) i Cechy (X2) Lęku; R-SES – Skala Samooceny Rosenberga

Tabela 3. Związki doświadczeń podobnych do omamów z poszczególnymi przekonaniem metapoznawczymi

	RHS 1 – Wyrazistość wyobraźni	RHS 2 – Słuchowe i wzrokowe znieszczenia percepcyjne	RHS 3 – Doświadczenia dysocjacyjne	RHS 4 – Słuchowe doświadczenia omamowe	RHS Wynik całkowity
1. Pozytywne przekonania na temat martwienia się	0,170*	0,205**	0,242**	0,097	0,243**
2. Przekonania na temat braku możliwości kontroli myśli	0,310**	0,314**	0,387**	0,254**	0,424**
3. Przekonania na temat pewności poznawczej	0,096	0,258**	0,251**	0,204**	0,247**
4. Ogólne negatywne przekonania na temat myśli	0,170*	0,286**	0,224**	0,152*	0,258**
5. Przekonania na temat poznawczej samoświadomości	0,274**	0,300**	0,134	0,156*	0,288**

Korelacje nieparametryczne Rho Spearmana. \* – istotność na poziomie  $p < 0,05$ ; \*\* – istotność na poziomie  $p < 0,01$ .



### Związki doświadczeń podobnych do omamów z nasileniem objawów depresji, lęku oraz samooceną

W kolejnym kroku wszystkie cztery czynniki w skali RHS poddano korelacji z wynikami uzyskanymi za pomocą skal: BDI, STAI-X1, STAI-X2 oraz R-SES. Wszystkie zmienne emocjonalne istotnie związane były z wynikiem ogólnym w skali RHS. Najsilniejsze związki wykazano pomiędzy doświadczeniami dysocjacyjnymi a depresją ( $\rho = 0,389$ ), lękiem jako stanem ( $\rho = 0,365$ ), lękiem jako cechą ( $\rho = 0,385$ ) oraz samooceną ( $\rho = -0,368$ ). Związki między słuchowymi doświadczeniami podobnymi do omamów a samooceną i lękiem jako cechą okazały się słabe i nieistotne statystycznie. Również związki samooceny z wyrazistością wyobraźni i słuchowymi oraz wzrokowymi zniekształceniami percepcyjnymi były nieistotne. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Związki doświadczeń podobnych do omamów z nasileniem objawów depresji, nasileniem lęku oraz samooceną

	RHS 1 – Wyrazistość wyobraźni	RHS 2 – Słuchowe i wzrokowe zniekształcenia percepcyjne	RHS 3 – Doświadczenia dysocjacyjne	RHS 4 – Słuchowe doświadczenia omamowe	RHS Wynik całkowity
BDI	0,192**	0,226**	0,389**	0,141*	0,291**
STAI X1	0,194**	0,284**	0,365**	0,159*	0,306**
STAI X2	0,169*	0,257**	0,385**	0,116	0,294**
R-SES	-0,106	-0,131	-0,368**	0,112	0,226**

BDI – Skala Depresji Becka; STAI – Inwentarz Stanu (X1) i Cechy (X2) Lęku; R-SES – Skala Samooceny Rosenberga. Korelacje nieparametryczne Rho Spearmana. \* – istotność na poziomie  $p < 0,05$ ; \*\* – istotność na poziomie  $p < 0,01$ .

## Dyskusja

Wyniki prezentowanego badania sugerują, iż osoby doświadczające relatywnie często słuchowych i wzrokowych doświadczeń podobnych do omamów charakteryzują się nasilonymi dysfunkcjonalnymi przekonaniem metapoznawczymi. Innymi słowy nadają one dysfunkcjonalne znaczenia własnym doznaniom psychicznym. Ponadto nasilenie objawów depresji mierzonych za pomocą Inwentarza Depresji Becka (BDI) może wskazywać na subkliniczne bądź łagodne nasilenie objawów depresji u osób wykazujących stosunkowo często doświadczenia podobne do psychotycznych (BDI > 9). Wynik w grupie bez doświadczeń podobnych do omamów na skali BDI mieścił się w granicach normy (BDI < 9). W grupie osób z doświadczeniami podobnymi do omamowych wykazano ponadto wyższe nasilenie lęku i niską samoocenę w porównaniu z osobami bez doświadczeń podobnych do omamów.

We wszystkich podtypach przekonań metapoznawczych osoby wykazujące relatywnie często wzrokowe i słuchowe doświadczenia podobne do omamów uzyskały wyższy wynik (bardziej dysfunkcjonalne przekonania) od osób niemających takich doświadczeń. Największe różnice między badanymi grupami zaobserwowano dla przekonań na temat braku możliwości kontroli myśli, przekonań na temat poznawczej samoświadomości oraz przekonań na temat pewności poznawczej. Wynik ten sugeruje ogólny wzrost dysfunkcjonalnego nadawania znaczenia procesom poznawczym u osób mających wzrokowe i słuchowe doświadczenia podobne do omamów. Podobne rezultaty uzyskano w innych badaniach osób z doświadczeniami do nich podobnymi [23, 37, 38]. Większe nasilenie dysfunkcjonalnych przekonań metapoznawczych wykazano również wśród osób z diagnozą schizofrenii doświadczających omamów słuchowych w porównaniu z osobami ich nie doświadczających [21]. W badaniu Garcia-Montesa i wsp. [39] nie obserwowano jednak takich różnic. Warto zaznaczyć, iż nasilenie dysfunkcjonalnych przekonań metapoznawczych nie musi być jednak związane tylko i wyłącznie z doświadczeniami omamowymi. Wyniki niektórych wcześniejszych badań sugerują również związek przekonań na temat martwienia się z urojeniami [40, 41].

Obok wzrokowych i słuchowych doświadczeń podobnych do omamów skala RHS pozwala również na badanie częstotliwości występowania innych doświadczeń, które mogą leżeć na kontinuum objawów psychotycznych. Dlatego w dalszej kolejności analizowano związki wszystkich doświadczeń mierzonych skalą RHS z przekonaniem metapoznawczym, a następnie ze zmiennymi emocjonalnymi. Wszystkie podtypy przekonań metapoznawczych istotnie dodatnio związane były z ogólnym wynikiem w skali RHS. Przekonania na temat możliwości kontroli myśli najsilniej związane były z wynikiem ogólnym w skali RHS ( $\rho = 0,42$ ). W analizie związków przekonań metapoznawczych i poszczególnych podskal RHS wykazano, iż przekonania na temat możliwości kontroli myśli umiarkowanie dodatnio korelowały z doświadczeniami dysocjacyjnymi, słuchowymi i wzrokowymi zniekształceniami percepcyjnymi oraz z wyrazistością wyobraźni. Najłabszy związek przekonań o możliwości kontroli myśli zaobserwowano ze słuchowymi doświadczeniami podobnymi do omamów ( $\rho = 0,25$ ). Taki wynik może być spowodowany relatywnie niską częstotliwością występowania słuchowych doświadczeń podobnych do omamów w badanej populacji (doświadczenia te są najbardziej zbliżone do omamów słuchowych). Wykazano również związek przekonań na temat poznawczej samoświadomości ze słuchowymi i wzrokowymi zniekształceniami percepcyjnymi oraz z wyrazistością wyobraźni przy jednoczesnym braku związku tych przekonań z doświadczeniami dysocjacyjnymi. Zwiększona tendencja do skupiania uwagi na procesie myślenia, jaki charakteryzuje większą samoświadomość poznawczą, może powodować zmniejszenie progu spostrzegania doświadczeń intruzywnych i w konsekwencji wzrost anomalii percepcyjnych. Baker i Morrison [22] uzyskali podobny wynik wyższej samoświadomości poznawczej u osób doświadczających omamów słuchowych. Podobne rezultaty uzyskano w badaniu osób zdrowych psychicznie z wysoką częstotliwością doświadczeń podobnych do omamów [24, 37].

Uzyskane wyniki sugerują brak specyficznego profilu dysfunkcjonalnych przekonań metapoznawczych, który byłby związany z doświadczeniami podobnymi do omamów. Osoby z diagnozą schizofrenii wykazują bardziej dysfunkcjonalne przekonania meta-

poznawcze [21, 38, 42]. Jednak niektóre badania pokazują podobny profil przekonań metapoznawczych w schizofrenii i zaburzeniu obsesyjno-kompulsywnym [42] oraz zespole lęku napadowego [21]. Jednym z powodów podobieństw w profilu przekonań metapoznawczych w różnych zaburzeniach psychicznych może być ogólny poziom dyskomfortu. Niektóre badania pokazały, że różnice między osobami doświadczającymi omamów a tymi bez nich zanikają przy kontrolowaniu poziomu lęku i depresji [43]. Również inne badania wskazują na silniejszy związek dysfunkcjonalnych przekonań z depresją i lękiem niż z nasileniem omamów słuchowych u osób z diagnozą schizofrenii [44]. Obserwacje te wydają się spójne z proponowanym przez niektórych nierozzerwalnym związkiem dysfunkcji emocjonalnych i objawów psychotycznych [45].

Kolejne analizy potwierdziły związek doświadczeń podobnych do omamów z dyskomfortem emocjonalnym. Odnosząc uzyskane w prezentowanym badaniu wyniki w Skali Depresji Becka do norm, grupa osób wykazująca częste doświadczenia podobne do omamów charakteryzowała się subkliniczną depresją, zaś grupa bez takich doświadczeń uzyskała wynik w normie. Wyniki te są spójne z wcześniejszymi doniesieniami pokazującymi związek doświadczeń podobnych do omamów z wyższym poziomem lęku i depresji [31, 46]. Choć jedynie na progu istotności statystycznej wyniki prezentowanego badania, spójne z wcześniejszymi doniesieniami, sugerują również niższą samoocenę wśród osób z wysoką częstotliwością słuchowych i wzrokowych doświadczeń podobnych do omamów [32].

W dalszej części analizowano związki wszystkich podskal RHS ze zmiennymi emocjonalnymi. Nasilenie depresji, lęku i niska samoocena były pozytywnie, związane z doświadczeniami dysocjacyjnymi, co jest spójne z wcześniejszymi doniesieniami [47, 48]. Zarazem był to najsilniejszy związek zmiennych emocjonalnych z podskalą RHS. Jednocześnie poziom samooceny był związany jedynie z doświadczeniami dysocjacyjnymi oraz z wynikiem ogólnym na skali RHS. Najslabszy związek zmiennych emocjonalnych wykazano ze słuchowymi doświadczeniami podobnymi do omamów. Może to wynikać z faktu, iż ta podskala RHS reprezentuje najbardziej zbliżone do klinicznych doświadczenia podobne do omamów, a ich częstotliwość występowania w badanej populacji była relatywnie najniższa. Zaobserwowano z kolei związek, choć stosunkowo słaby, lęku jako stanu i cechy oraz depresji ze słuchowymi i wzrokowymi zniekształceniami percepcyjnymi. Jeszcze słabszy, choć istotny statystycznie związek zaobserwowano między nasileniem stanu i cechy lęku oraz depresji a podskalą wyrazistości wyobraźni.

Doświadczenia podobne do psychotycznych wśród zdrowych osób są często dyskutowane w kontekście czynników predysponujących do wystąpienia klinicznych zespołów psychotycznych [9]. Wydaje się, że samo występowanie doświadczeń podobnych do psychotycznych nie musi stanowić istotnego czynnika predysponującego do psychoz. Jednak jak pokazano w prezentowanym badaniu, doświadczenia podobne do psychotycznych wśród osób z populacji ogólnej mogą być związane z dystresem psychicznym i dysfunkcjonalnymi przekonaniem metapoznawczymi. Wynik ten jest szczególnie istotny w kontekście czynników predysponujących do rozwoju psychozy. Wcześniej pokazano bowiem, iż nie samo występowanie doświadczeń podobnych do psychotycznych [10, 27], a właśnie psychologiczny dystres (lęk i depresja) może być predykatorem rozwoju epizodu psychotycznego.

Znaczenie kliniczne nasilonego dystresu wśród osób, u których obserwuje się doświadczenia podobne do psychotycznych, jest najlepiej widoczne w potrzebie poszukiwania przez te osoby pomocy [49]. Obserwowane dysfunkcje emocjonalne i poznawcze u osób doświadczających zjawisk podobnych do omamów mogą sugerować włączenie ich w proces diagnozy psychiatrycznej<sup>1</sup> i podjęcia działań profilaktycznych. Obecnie działania takie prowadzone są w wielu ośrodkach na świecie, co skutkuje programami terapeutycznymi dla osób w stanie ryzyka psychozy (at risk state) lub dla osób w pierwszym kryzysie psychotycznym [50]. Interwencje te często opierają się o badania związków procesów poznawczych, emocjonalnych i doświadczeń psychotycznych, wykorzystując model terapii poznawczo-behawioralnej.

Ostateczne wnioski z badania powinny być rozważane w kontekście ograniczeń wynikających z zastosowanej metodologii. Za brak zaburzeń psychicznych przyjęto brak kontaktu w przeszłości z psychologiem i/lub psychiatrą. Jednak brak poszukiwania odpowiedniej pomocy nie musi być jednoznaczny z brakiem zaburzeń psychicznych. W przyszłości problem ten rozwiązać można posługując się ustrukturyzowanym wywiadem klinicznym (np. M.I.N.I.). Zastosowana metodologia (porównania międzygrupowe i korelacja) nie pozwalają na wnioskowanie przyczynowe. Trudno zatem wyciągać wnioski, czy dystres emocjonalny i dysfunkcjonalne przekonania metapoznawcze poprzedzają, czy też są następstwem doświadczeń podobnych do omamów. Jedynie badania podłużne z kilkoma punktami pomiarowymi pozwoliłyby na wnioskowanie przyczynowe. Autorzy planują w przyszłości zastosowanie takiej procedury.

### Wnioski

1. Występowanie doświadczeń podobnych do omamów wśród osób zdrowych psychicznie związane jest z dysfunkcjonalnymi przekonaniem metapoznawczymi.
2. Częstsze występowanie takich doświadczeń związane jest z większym nasileniem objawów depresji, lęku oraz niższą globalną samooceną.
3. U osób wykazujących doświadczenia podobne do omamów można zaobserwować subkliniczne objawy depresji. U badanych bez takich doświadczeń nastroj mieścił się w normie.
4. Doświadczenia te, ze względu na związek z dysfunkcjonalnymi przekonaniem metapoznawczymi oraz nasilenie dyskomfortu emocjonalnego, mogą mieć również istotne znaczenie dla kliniki zaburzeń psychicznych.

**Мета-познавательные дисфункциональные уверенности, а также фобия, депрессия и самооценка у психически здоровых людей с явлениями, похожими с галлюцинациями**

### Содержание

**Введение.** Исследование относится к связи дисфункциональных уверенностей типа мета-познавательных, а также утяжеления депрессии, фобии и самооценки с явлениями, похожими на галлюцинации, появляющимися у психически здоровых людей.

<sup>1</sup> W projekcie najnowszej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-V rozważane jest włączenie stanów ryzyka psychozy (ang. *at risk states*). Jednak ze względu na niepewny status kliniczny tej grupy objawów rozpoznanie to budzi liczne kontrowersje [51]. Potrzebne są dalsze badania w tym obszarze.

**Метод.** В исследовании приняло участие 198 (в том 149 женщин) психически здоровых людей, в большинстве студентов высших учебных заведений. На основании проверенной шкалы галлюцинаций (RHS) выделены две группы: 1 – лица, которые никогда не слышали ни слуховых, ни зрительных явлений, похожих на галлюцинации (35 лиц), 2 – лица с частым явлением, похожих на галлюцинации (40 лиц). Обе группы сравнены с точки зрения метапознавательных уверенностей, оцененных Инвентарем состояния и черты фобии (STAI). Утяжеление депрессии определено при помощи Шкалы депрессии Бекка (BDI), а также оценка собственной личности, определенная Шкалой самооценки Розенберга (R-SES). Очередно анализированы связи отдельных переживаний, похожих на галлюцинации с метапознавательными уверенностями и эмоциональными неравновешенностями.

**Результаты.** Обследованные с большой частотой появления состояний, похожих на галлюцинации имели: большую степень дисфункциональных уверенностей в сравнение с лицами без таких явлений. Кроме того, лица с частыми появлениями феноменов, похожих на галлюцинации характеризовались субклинической депрессией, тяжелым фобийным состоянием, а также низкой самооценкой по отношению к лицам, которые редко ощущают такие состояния.

Наряду с общим результатом в шкале RHS диссоционные проявления, а также слуховые и зрительные перцептивные искажения, статистически значимо были связаны с дисфункциональными метапознавательными уверенностями.

**Выводы.** Явления, похожими на галлюцинации, появляющиеся у лиц без психических нарушений связаны с дисфункциональными уверенностями типа мета-познания. Связи явлений, похожих на галлюцинации с эмоциональным дистрессом могут указывать на их клиническое значение.

**Слова-ключи:** состояния похожие на галлюцинации, эмоции, мета-познавательные уверенности

## Dysfunktionale metakognitive Überzeugungen und Angst, Depression und Selbstwertschätzung bei psychisch gesunden Personen mit halluzinationsähnlichen Erfahrungen

### Zusammenfassung

**Einleitung.** Die Studie legt den Zusammenhang von dysfunktionalen metakognitiven Überzeugungen und die Intensität der Depression, Angst und Selbstwertschätzung mit den halluzinationsähnlichen Erfahrungen aus, die bei den psychisch gesunden Personen auftreten.

**Methode.** An die Studie wurden 198 (149 Frauen) psychisch gesunde Personen eingeschlossen, meistens Studenten der Hochschulen. Aufgrund der modifizierten Version der Halluzination - Skala wurden zwei Gruppen ausgesondert: 1 – Personen, die nie akustische und visuelle halluzinationsähnliche Erfahrungen erlebt hatten (n=35) und 2 – Personen, die sehr oft halluzinationsähnliche Erfahrungen erlebt hatten (n=40). Die beiden Gruppen wurden im Hinblick auf die metakognitive Überzeugungen verglichen, die mit Hilfe vom Fragebogen zu Metakognitionen (MCQ) bewertet wurden. Die Intensität der Angst wurde mit dem Inventar zur Erfassung von Angst als Zustand und Eigenschaft (STAI), die Intensität der depressiven Stimmung mit dem Beck – Depressions – Inventar (BDI) und die Selbstwertschätzung mit der Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg (R-SES) gemessen. Weiter analysierte man die Zusammenhänge der einzelnen halluzinationsähnlichen Erfahrungen mit den metakognitiven Überzeugungen und emotionalen Variablen.

**Ergebnisse.** Die Personen, die sehr oft halluzinationsähnliche Erfahrungen durchgemacht hatten zeigten eine höhere Intensität der dysfunktionalen metakognitiven Überzeugungen im Vergleich mit den Personen, die solche Erfahrungen nicht erlebt hatten. Außerdem charakterisierten sich die Personen, die häufiger diese halluzinationsähnlichen Erscheinungen erfahren, mit subklinischer Depression, höherer Angstintensität und niedrigerem Selbstwertgefühl im Vergleich zu den Personen, die diese Erscheinungen relativ selten erfahren. Neben diesem allgemeinen Ergebnis auf der Revised Hallucination Scale – RHS - Skala, waren die dissoziativen Erfahrungen und akustische und visuelle

Perzeptionsstörungen mit den dysfunktionalen metakognitiven Überzeugungen am stärksten statistisch signifikant verbunden.

**Schlussfolgerungen.** Die halluzinationsähnlichen Erfahrungen, die bei den psychisch gesunden Personen auftreten sind mit den dysfunktionalen metakognitiven Überzeugungen verbunden. Die Zusammenhänge der halluzinationsähnlichen Erfahrungen mit dem emotionalen Distress können auf ihre klinische Bedeutung hinweisen.

**Schlüsselwörter:** halluzinationsähnliche Erfahrungen, Emotionen, metakognitive Überzeugungen

### Les convictions métacognitives dysfonctionnelles, l'anxiété, la dépression et l'estime de soi des personnes saines ayant l'expérience de quasi-hallucinations

#### Résumé

**Introduction.** Ce travail parle des relations des convictions métacognitives dysfonctionnelles et de la dépression, de l'anxiété, et de l'estime de soi des personnes saines ayant l'expérience de quasi-hallucinations.

**Méthode.** On examine 198 personnes saines (149 femmes), recrutées en général à l'université, avec la version polonaise de Revised Hallucinations Scale (RHS). De ces personnes examinées on discerne deux groupes : 1) sans quasi-hallucinations auditives ou visuelles (n=35) ; 2) avec fréquentes quasi-hallucinations (n=40). Leurs convictions métacognitives sont examinées avec the Metacognitions Questionnaire, le niveau d'anxiété – avec State and Trait Anxiety (STAI), la dépression – avec Beck Depression Inventory (BDI), l'estime de soi – avec Rosenberg Self-Esteem Scale (R-SES). On analyse aussi les corrélations des expériences particulières des quasi-hallucinations avec les convictions métacognitives et les émotions.

**Résultats.** Les personnes ayant plusieurs expériences des quasi-hallucinations ont les convictions métacognitives plus dysfonctionnelles que les personnes sans ces expériences. De plus ces personnes avec les quasi-hallucinations se caractérisent de la dépression subclinique, du niveau d'anxiété plus élevé et de l'estime de soi abaissée. Les convictions métacognitives dysfonctionnelles se lient le plus fortement avec les expériences quasi-hallucinatoires – auditives, visuelles, dissociatives et avec le score général élevé de l'échelle RHS.

**Conclusions.** Les expériences quasi-hallucinatoires chez les personnes saines se lient avec les convictions métacognitives dysfonctionnelles, ces liaisons peuvent avoir l'importance clinique.

**Mots-clés :** expérience quasi-hallucinatoire, émotions, convictions métacognitives

#### Piśmiennictwo

1. van Os J, Lonscott, LJ, Myin-Germays, I, Delespaul, P, Krabbendam, L. *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder.* Psychol. Med. 2009; 39: 179–195.
2. Romme MA, Honig A, Noorthoorn EO, Escher AD. *Coping with hearing voices: an emancipatory approach.* Br. J. Psychiatry 1992; 161: 99–103.
3. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. *Straus (1969) revisited : a psychosis continuum in the general population?* Schizophr. Res. 2000; 45: 11–20.
4. Gawęda Ł, Kokoszka A. *Polska wersja Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (RHS) Morrisona i wsp. (2002). Analiza czynnikowa skali oraz częstotliwość występowania doświadczeń podobnych do omamowych wśród osób zdrowych psychicznie.* Psychiatr. Pol. 2011; 4: 527–543.
5. Kokoszka, A. *Altered States of Consciousness: models for psychology and psychotherapy.* New York: Springer; 2007.
6. Bentall RP, Slade PD. *Reality testing and auditory hallucinations: a signal detection analysis.* Br. J. Clin. Psych. 1985; 24: 159–169.

7. Posey TB, Losch ME. *Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects*. *Imagin. Cogn. Pers.* 1983; 3: 99–113.
8. Tien AY. *Distributions of hallucinations in the population*. *Soc. Psych. Psych. Epid.* 1991; 26: 287–292.
9. Yung AR, Nelson B, Baker K, Bucby JA, Baksheev G, Cosgrave EM. *Psychotic like experiences in a community sample of adolescents: implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia*. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2009; 43: 118–128.
10. Johnstone EC, Ebmeier KP, Miller P, Owens DG, Lawrie SM. *Predicting schizophrenia: findings from the Edinburgh High-Risk Study*. *Br. J. Psychiatry* 2005; 186: 18–25.
11. Beck AT, Rector N. *Delusions: a cognitive perspective*. *J. Cogn. Psychoth.* 2002; 16: 455–468.
12. Morrison AP. *The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions*. *Behav. Cogn. Psychoth.* 2001; 29: 257–276.
13. Bentall RP. *Illusion of reality: a review and integration of psychological research on auditory hallucinations*. *Psychol. Bull.* 1990; 107: 82–95.
14. Brebion G, Gorman J, Amador X, Malaspina D, Sharif Z. *Source monitoring impairments in schizophrenia: characteristics and associations with positive and negative symptomatology*. *Psychiatry Res.* 2002; 112: 27–39.
15. Allen PP, Johns LC, Fu CHY, Broome MR, Vythelingum GN, McGuire PK. *Misattribution of external speech in patients with hallucinations and delusions*. *Schizophr. Res.* 2004; 69: 277–287.
16. Brunelin J, Combris M, Poulet E, Kellen L, D’Amto T, Dalery J, Saoud M. *Source monitoring deficits in hallucinating compared to non-hallucinating schizophrenia patients*. *Eur. Psychiatry* 2006; 21: 259–261.
17. Allen P, Freeman D, Johns L, McGuire P. *Misattribution of self-generated speech in relation to hallucinatory proneness and delusional ideation in healthy volunteers*. *Schizophr. Res.* 2006; 84: 281–288.
18. Laroi F, Collignon O, van der Linden M. *Source monitoring for actions in hallucinations proneness*. *Cogn. Neuropsychiatry* 2005; 10: 105–123.
19. Morrison AP, Haddock G, Tarrar N. *Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach*. *Behav. Cogn. Psychother.* 1995; 23: 265–280.
20. Cartwright-Hatton S, Wells A. *Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates*. *J. Anxiety Disord.* 1997; 11: 279–296.
21. Morrison AP, Wells A. *A comparison of metacognition in patients with hallucinations, delusion, panic disorder and non-patient controls*. *Behav. Res. Ther.* 2003; 41: 251–256.
22. Baker C, Morrison AP. *Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition*. *Psychol. Med.* 1998; 28: 1199–1208.
23. Laroi F, Van der Linden M, Marczewski, P. *The effects of emotional salience, cognitive effort and meta-cognitive beliefs on a reality monitoring task in hallucination-prone subjects*. *Br. J. Clin. Psychol.* 2004; 43: 221–233.
24. Morrison AP, Wells A, Nothard S. *Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations*. *Br. J. Clin. Psychol.* 2000; 39: 67–78.
25. Myin-Germeys I, van Os J. *Stress-reactivity in psychosis: evidence for an emotional pathway to psychosis*. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27: 409–424.
26. Bebbington PE, Wilkins S, Jones P, Forester A, Murray RM, Toone B, Lewis S. *Life events and psychosis: results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study*. *Br. J. Psychiatry* 1993; 162: 72–79.
27. Yung AR, Buckby JA, Cosgrave EM, Killackey EJ, Baker K, Cotton SM, McGorry PD. *Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months*. *Schizophr. Res.* 2007; 91: 246–253.

28. Nayani TH, David A. *The auditory hallucination: a phenomenological survey*. Psychol. Med. 1996; 26: 177–189.
29. Delespaul P, Vries M, van Os J. *Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life*. Soc. Psych. Psych. Epid. 2002; 37: 97–104.
30. Krabbendam L, Janssen I, Bak M, Bilj RV, de Graaf R, van Os J. *Neuroticism and low self-esteem as a risks factors for psychosis*. Soc. Psych. Psych. Epid. 2002; 37: 1–6.
31. Paulik G, Badcock JC, Maybery MT. *The multifactorial structure of the predisposition to hallucinate and associations with anxiety, depression and stress*. Pers. Individ. Differ. 2006; 41: 1067–1076.
32. Jones SR, Frenyhough C. *The roles of locus of control and self-esteem in hallucination- and delusion-proneness in a non-clinical sample*. Pers. Individ. Differ. 2007; 43: 1087–1097.
33. Launay G, Slade PD. *The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners*. Pers. Individ. Differ. 1981; 2: 221–234.
34. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa)*. Psychiatr. Pol. 1977; 11: 417–425.
35. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusiak D. *Inwentarz stanu i cechy lęku. Polska adaptacja STAI*. Warszawa: PTP; 2002.
36. Dzwonkowska I, Tabaczek-Lachowicz K, Łaguna M. *Samoocena i jej pomiar: Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Warszawa: PTP; 2008.
37. Stirling J, Barkus E, Lewis S. *Hallucination proneness, schizotypy and meta-cognition*. Behav. Res. Ther. 2007; 45: 1401–1408.
38. Morrison AP, French P, Wells A. *Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients*. Behav. Res. Ther. 2007; 45: 2241–2246.
39. Garcia-Montes JM, Perez-Alvarez M, Balbuena CS, Garcelan PS, Cangas AJ. *Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: The superstition factor*. Behav. Res. Ther. 2006; 44: 1091–1104.
40. Startup H, Freeman D, Garety PA. *Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: developing the understanding of delusions distress and persistence*. Behav. Res. Ther. 2007; 45: 523–537.
41. Morrison AP, Wells A. *Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and non-patient groups*. Behav. Res. Ther. 2007; 45: 1593–1600.
42. Moritz S, Peters MJV, Laro F, Lincoln TM. *Metacognitive beliefs in obsessive compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants*. Cogn. Neuropsychiatry 2010; 15: 531–548.
43. Lobban F, Haddock G, Kinderman P, Wells A. *The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations*. Pers. Individ. Differ. 2002; 32: 1351–1363.
44. Gawęda Ł, Holas P, Kokoszka A. *Factor structure of the Meta-cognitions Questionnaire in schizophrenia and its relation to psychological characteristics of auditory hallucinations and delusions: Do depression and anxiety matter?* (manuskrypt w przygotowaniu)
45. Freeman D, Garety P. *Connecting neurosis and psychosis: a direct influence of emotion on delusions and hallucinations*. Behav. Res. Ther. 2003; 41: 923–947.
46. Cella M, Cooper A, Datmond SO, Reed P. *The relationship between dysphoria and proneness to hallucinations and delusions among young healthy*. Compr. Psychiatry 2007; 49: 544–550.
47. Cann DR, Harris JA. *Assessment of Curious Experiences Survey as a measure of dissociation*. Pers. Individ. Differ. 2003; 35: 489–499.
48. Kennedy F, Clarke S, Stopa L, Bell L, Rouse H, Ainsworth C, Fearon P, Waller G. *Towards a cognitive model and measure of dissociation*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 2004; 35: 25–48.



49. Bak M, Myin-Germeys I, Delespaul P, Vollebergh W, de Graff R, van Os J. *Do different psychotic experiences differentially predict need for care in the general population?* Compr. Psychiatry 2005; 46: 192–199.
50. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM I in. *A randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms.* Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59: 921–928.
51. Yung AR, Nelson B, Thompson AD, Wood SJ. *Should a 'Risk Syndrome for Psychosis' be included in the DSM-V?* Schizophr. Res. 2010; 120: 7–15.
52. Fannon D, Hayward P, Thompson N, Green N, Surguladze S, Wykes T. *The self or the voice? Relative contribution of self-esteem and voice appraisal in persistent auditory hallucinations.* Schizophr. Res. 2009; 112: 174–180.

Adres: Łukasz Gawęda  
II Klinika Psychiatryczna WUM  
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8

Otrzymano: 13.10.2011  
Zrecenzowano: 19.10.2012  
Otrzymano po poprawie: 4.11.2012  
Przyjęto do druku: 8.11.2012  
Adiustacja: A. K.