

**Polska wersja Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (RHS)
Morrisona i wsp. Analiza czynnikowa skali
oraz częstotliwość występowania doświadczeń podobnych
do omamów wśród osób zdrowych psychicznie**

**Polish version of the Revised Hallucination Scale (RHS) by Morrison
et al. Its factor analysis and the prevalence of hallucinatory-like
experiences among healthy participants**

Łukasz Gawęda¹, Andrzej Kokoszka^{1,2}

¹ II Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka
² Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie
Dziekan Wydziału Psychologii: prof. dr hab. J. Karyłowski

Summary

Aim. The study aimed at presenting the Polish version of Morrison's et al. (2002) Revised Hallucinations Scale (RHS). Factor structure of the RHS was of interests. Moreover, we were interested in the incidence of hallucinatory-like experiences among healthy subjects.

Method. Polish version of RHS was elaborated following the back-translation procedure. Then, it was administered to 213 healthy persons. Factor structure analysis of RHS was conducted. Finally, based on the RHS scores, frequency of selected visual and auditory hallucinatory like experiences were calculated.

Results. Factor analysis of RHS revealed four factors structure: 1) imagery vividness; 2) auditory and visual perceptual anomalies; 3) experience of dissociation; 4) auditory hallucinatory like experiences. Four factors explained 51.54% of total variance in the RHS. The scale has good reliability (Cronbach's alpha varied from 0.7 to 0.88). Frequency of selected auditory hallucinatory like experiences varies from several to a dozen percent. Similar results were revealed for visual hallucinatory like experiences. These experiences that are similar to hallucinations observed among psychotic patients were observed seldom.

Conclusions. The factor structure of Polish versions of the RHS is comparable to the original one. However, we have found a new subscale that may represent the experience of dissociation. The Polish version of the RHS is characterised by good psychometric properties and may be used as an assessing scale for psychotic like experiences in a population. Our results suggest that hallucinatory like experiences are present among healthy subjects and those phenomenon may represent a psychosis phenotype.

Słowa kluczowe: omamy, doświadczenia podobne do omamów, predyspozycje do omamów, Zmodyfikowana Skala Halucynacji (RHS), zmienione stany świadomości

Key words: hallucinations, hallucinatory like experiences, hallucinations predisposition, Revised Hallucinations Scale (RHS), altered states of consciousness

Wprowadzenie

Omamy i doświadczenia podobne do omamów (*hallucinatory like experiences*) występują w zaburzeniach psychotycznych, są jednak obserwowane również wśród osób zdrowych psychicznie [1]. Zwolennicy hipotezy kontinuum zaburzeń psychotycznych [2, 3] zwracają uwagę na płynną, nie dychotomiczną reprezentację fenotypu tej grupy zaburzeń w populacji. Koncepcja ta znajduje potwierdzenie w wynikach badań epidemiologicznych, które wskazują na możliwość opisu i badania doświadczeń podobnych do psychotycznych leżących na kontinuum różnych fenomenów psychicznych (np. od wyrazistych wyobrażeń po halucynacje). Najrzadziej występujące (znajdujące się na krańcu kontinuum) są fenomeny psychiczne, które spełniają kryteria diagnostyczne zaburzeń psychotycznych. Szacuje się, iż schizofrenię można rozpoznać u około 1% osób, inne zaburzenia psychotyczne nie spełniające kryteriów schizofrenii obserwuje się u około 3% osób. Ponadto około 4% osób doświadcza pojedynczych, klinicznych objawów psychotycznych [1]. Dobrze udokumentowana jest obecność doświadczeń podobnych do psychotycznych (*psychotic like experiences*) (nie spełniających jednak kryteriów zaburzeń psychicznych) u osób zdrowych psychicznie. Ich odsetek znacznie przekracza występowanie zaburzeń psychotycznych i waha się od kilku [1] do kilkunastu [4], a nawet kilkudziesięciu procent [5].

Duża część badań doświadczeń podobnych do psychotycznych w populacji ogólnej koncentruje się na określonych cechach schizotypii [6, 7]. Doświadczenia urojeniowe i halucynacyjne, rozumiane jako szersze spektrum doświadczeń psychotycznych, zdarzające się u osób zdrowych psychicznie są obecnie przedmiotem licznych badań. Dostępne są skale pomiaru predyspozycji do urojeń [8], omamów [9, 10] oraz skale pozwalające na badanie innych fenomenów leżących na kontinuum doświadczeń psychotycznych [11].

Definicja omamów obejmuje spostrzeżenia podobne do percepcyjnych (*percept-like*), które: a) występują pod nieobecność odpowiedniego bodźca, b) wywierają wpływ na obecnie spostrzeganą rzeczywistość, c) nie podlegają wolicjonalnej kontroli osoby ich doświadczającej [12]. Doświadczenia podobne do omamów (*hallucinatory like experiences*), w przeciwieństwie do omamów, nie wywierają silnego wpływu na zachowanie.

Omamy stanowią niejednorodną grupę doświadczeń. Najczęstsze są omamy o modalności słuchowej. Występują one u około 74% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [13]. Rzadziej obserwuje się w tej grupie zaburzeń omamy innych modalności, na przykład omamy wzrokowe doświadcza około 30% pacjentów [14].

Omamy słuchowe najczęściej przyjmują formę głosów rozpoznawanych przez pacjenta jako nieprzyjemne komentarze słowne, często wulgarne i obraźliwe [15]. Obserwuje się również głosy przyjemne, które jednak są znacznie rzadsze od opisanych wcześniej. Pacjenci różnią się również pod względem częstotliwości słyszenia głosów. Część osób słyszy niekiedy pojedyncze słowa, podczas gdy inni słyszą je ciągle [15].

Słuchowe doświadczenia podobne do omamów (*hallucinatory like experiences*) oraz omamy słuchowe zdarzają się również w populacji osób zdrowych psychicznie [1, 3, 4, 16]. Van Os i wsp. [3] przeprowadzili wywiad kliniczny (CIDI) wśród 7076

osób. Urojenia i/lub omamy słuchowe odpowiadające klinicznym przejawom tych objawów występowały u 5% osób z populacji ogólnej. Dodatkowo zaobserwowano doświadczanie urojeń i omamów nie mających znaczenia klinicznego u 14,9% osób. Jedynie 2% osób (0,4% całej grupy) spełniało kryteria diagnostyczne psychozy schizofrenicznej. Na podstawie tych danych wyraźnie widać, że fenotyp psychozy reprezentuje znacznie szersze od kryteriów diagnostycznych spektrum doświadczeń. Podobne rezultaty uzyskano w innych badaniach [17, 18].

Również wizualne doświadczenia wzrokowe podobne do omamów (*visions*, np. widzenie przedmiotów, osób pod ich nieobecność) zdarzają się w populacji osób zdrowych [4]. Sidgwick i wsp. [19] podają, iż wzrokowe doświadczenia podobne do omamów obecne są u 8,4% populacji osób zdrowych psychicznie. W innej pracy występowanie omamów wzrokowych oceniono na 1,3% badanej próby [4]. Wyniki Haraldssona [20] pokazują, iż ok. 18% spośród 902 zbadanych osób relacjonowało, że widziało zmarłą osobę. W kolejnym badaniu [21] ponad 21% zdrowych osób twierdziło, że widziało obce lub zmarłe osoby. Tak duże różnice (od 1,3% do 21%) wynikać mogą z różnego definiowania doświadczeń podobnych do omamów.

Do pomiaru doświadczeń podobnych do omamów (*hallucinatory like experiences*) u osób zdrowych psychicznie stworzono skalę samooceny Launay–Slade Hallucination Scale (LSHS) [9]. Początkowo skala LSHS składała się z 12 pytań z dychotomiczną skalą odpowiedzi tak/nie. Analiza czynnikowa, przeprowadzona wśród więźniów, osób zdrowych psychicznie oraz osób z omamami słuchowymi, wykazała dwa czynniki skali [9]. Bentall i Slade [16] zmodyfikowali LSHS dodając 5-stopniową skalę odpowiedzi (od „zdecydowanie mnie nie dotyczy” do „zdecydowanie mnie dotyczy”). Analiza głównych składowych skali przeprowadzona w grupie pacjentów psychiatrycznych doświadczających omamów słuchowych dała czteroczynnikowy model, który wyjaśniał 65,3% całkowitej wariancji [22]. Czynniki opisano w następujący sposób: 1) wyrazistość wyobraźni („dźwięki, które słyszę w mojej wyobraźni, są zazwyczaj wyraźne”), 2) kliniczne omamy słuchowe („słyszę głos, który głośno wypowiada moje myśli”), 3) myśli intruzywne („bez względu na to, jak bardzo starałbym/łabym się koncentrować na pracy, nie związane z nią myśli zawsze przychodzą mi do głowy”), 4) subkliniczne omamy słuchowe („zdarzyło się, że słyszałem/łam ludzki głos, a potem okazywało się że nikogo tam nie było”). W innych badaniach [23] uzyskano trójczynnikową strukturę skali wyróżniając: 1) wyraziste doświadczenia psychiczne, 2) doświadczenia podobne do omamów o treści religijnej, 3) wzrokowe i słuchowe doświadczenia podobne do omamów. Podobną trójczynnikową strukturę uzyskali Aleman i wsp. [24] – 1) predyspozycje do omamów, 2) subiektywne poczucie zewnętrznego źródła myśli, 3) wyraziste wyobrażenia.

Posługując się skalą LSHS, Bentall i Slade [16] pokazali, że zjawisko słyszenia głosu, który wypowiada myśli, występowało u 17,7% studentów, dodatkowo 15,4% badanych przyznało, że słyszało głos wypowiedany przez nieobecną osobę. Inni autorzy stwierdzili doświadczanie słyszenia głosów innych osób w momencie ich nieobecności u około 10% do 25% osób [4, 25].

Doświadczenia psychotyczne w populacji można opisywać w dwóch wymiarach. Można je różnicować pod względem ich jakościowej charakterystyki (np. wyraziste

wyobrażenia słuchowe, słyszenie głosów, przekonania urojeniowe, niezwykle spostrzeżenia) oraz częstotliwości (charakterystyka ilościowa) danego doświadczenia podobnego do psychotycznego u poszczególnych osób. Pierwszy wymiar od początku był reprezentowany w skali LSHS, wymiar częstotliwości został dodany dopiero w Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (Revised Hallucinations Scale, RHS) [10, 26]. RHS zawiera więcej pozycji testowych, które obejmują szersze spektrum doświadczeń podobnych do omamów (skalę czytelnik znajdzie w aneksie). Analiza czynnikowa skali RHS przeprowadzona wśród 132 zdrowych psychicznie osób wykazała jej trójczynnikową strukturę wyjaśniającą 52% wariancji [10]. Pierwszy czynnik nazwano wyrazistością wyobraźni, kolejny czynnik to tendencja do zniekształceń wzrokowych i słuchowych, ostatni – tendencja do doświadczania omamów słuchowych.

Cel

Celem niniejszej pracy jest prezentacja polskiej wersji Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (RHS) Morrisona i wsp. [10, 26] oraz opis jej struktury czynnikowej. Dodatkowym celem jest określenie za pomocą tej skali częstotliwości występowania poszczególnych doświadczeń podobnych do omamów, wśród osób zdrowych psychicznie.

Material i metoda

Badanie przeprowadzono wśród 213 zdrowych psychicznie osób (wybrano te, które nie miały kontaktu z psychiatrą lub psychologiem), rekrutowanych w większości spośród studentów uczelni wyższych (psychologia, medycyna, pielęgniarstwo). W grupie znalazło się 53 mężczyzn (25,9%) oraz 160 kobiet (74,1%), w wieku od 18 do 56 lat; średni wiek badanych wynosił 24,43 lata (SD = 6,57).

Posłużono się Zmodyfikowaną Skalą Halucynacji (Revised Hallucination Scale – (RHS) [10, 26] (zobacz aneks), która powstała na bazie Skali Halucynacji Launaya i Slade'a [9], i służy do wielowymiarowej oceny doświadczeń podobnych do omamów. Składa się z 24 stwierdzeń. Odpowiedzi udzielane są w czterostopniowej skali oznaczającej częstotliwość występowania poszczególnych doświadczeń: 1) nigdy; 2) czasami; 3) często; 4) prawie zawsze. Całkowity wynik skali mieści się w przedziale od 24 do 96 punktów. W instrukcji zawarto prośbę o wyłączenie doświadczeń będących wynikiem odurzenia środkami psychoaktywnymi.

Na potrzeby badania przygotowano polskie tłumaczenie narzędzia. Przetłumaczyły je z języka angielskiego, niezależnie od siebie, dwie osoby dwujęzyczne, znające kulturę polską i amerykańską. Następnie, w celu weryfikacji ewentualnych różnic, dokonano tłumaczenia zwrotnego na język angielski. Treść tłumaczenia zwrotnego pokrywała się z wersją oryginalną. Ostatecznie zaakceptowano tłumaczenie kwestionariusza (dostępne w aneksie).

Wyniki

Rozkład zmiennych włączonych do analizy czynnikowej był prawoskośny. Mimo odchyłeń od rozkładu normalnego, które w przypadku niektórych doświadczeń psy-

chotycznych w populacji są charakterystyczne [1], zdecydowano się na dokonanie analizy czynnikowej według zaleceń autorów [24].

Wstępną eksploracyjną analizę czynnikową przeprowadzono bez wyboru liczby czynników. Do wyłonienia poszczególnych czynników posłużono się wykresem osypiska, który wskazywał na rozwiązanie cztero- lub pięcioczynnikowe. Jak wynikało jednak z dokładnej analizy danych, czynnik piąty ładowany był jedynie przez jedno stwierdzenie, dlatego do dalszej analizy wybrano rozwiązanie czteroczynnikowe.

Ponownie dokonano analizy czynnikowej metodą składowych głównych z rotacją Oblimin z normalizacją Kaisera dla czterech czynników. Wynik analiz prezentuje tabela 1. Do poszczególnych czynników włączono stwierdzenia, które ładowały czynniki powyżej wartości 0,4. Żadne ze stwierdzeń nie spełniało kryterium włączenia do więcej niż jednego czynnika. Stwierdzenia 11 i 22 nie spełniły kryterium włączenia do żadnego spośród wyłonionych czynników. Całkowita wariancja według modelu 4-czynnikowego wynosi 51,53% (1 czynnik – 28,12%, 2 czynnik – 10,29%, 3 czynnik – 7,25% oraz 4 czynnik – 5,87%).

Analizując treść poszczególnych stwierdzeń, czynniki nazwano w następujący sposób: czynnik 1 – wyrazistość wyobraźni; czynnik 2 – słuchowe i wzrokowe zniekształcenia percepcyjne; czynnik 3 – doświadczenia dysocjacyjne; czynnik 4 – słuchowe doświadczenia podobne do omamów. Wynik oraz poszczególne czynniki prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Wynik analizy czynnikowej Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (RHS) (n = 213)

Stwierdzenia w RHS	Czynnik			
	1	2	3	4
15. W wyobraźni potrafię bardzo dokładnie zobaczyć innych ludzi.	0,834	-0,069	-0,005	-0,030
17. Mam bardzo wyrazistą wyobraźnię.	0,800	-0,110	0,084	-0,010
12. W wyobraźni widzę rzeczy bardzo wyraźnie.	0,780	-0,024	-0,061	0,029
16. Moje myśli są tak realistyczne jak wydarzenia w prawdziwym życiu.	0,744	0,086	0,070	-0,020
23. Dźwięki, które słyszę w mojej wyobraźni, są zazwyczaj wyraźne.	0,646	0,141	-0,174	0,222
10. Postacie pojawiające się w mojej wyobraźni są tak wyraziste, jakby faktycznie istniały.	0,640	-0,030	0,119	-0,009
6. W wyobraźni słyszę dźwięki tak wyraźnie, jakbym słyszał/a je naprawdę.	0,457	0,268	0,138	0,168
11. Bez względu na to, jak bardzo starałbym/łabym się koncentrować na pracy, niezwiązane z nią myśli zawsze przychodzą mi do głowy.	0,323	0,181	0,133	-0,027
21. Bywam męczony/a głosami, które słyszę w mojej głowie.	0,067	0,852	-0,097	-0,229
19. Gdy patrzę na przedmioty, wydają mi się one nierealne.	-0,148	0,668	0,025	0,255
2. Słyszę głos, który głośno wypowiada moje myśli.	0,328	0,595	-0,002	-0,076

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

3. Niektóre moje myśli są tak realne, że przerażają mnie.	0,254	0,523	0,145	-0,036
14. Widziałem/łam ludzką twarz naprzeciw mojej, podczas gdy naprawdę nikogo tam nie było.	-0,019	0,520	-0,190	0,122
24. Gdy przyglądam się rzeczom, wydają mi się dziwne.	-0,161	0,508	0,275	0,238
20. Widzę kształty i cienie, podczas gdy tak naprawdę nic tam nie ma.	-0,070	0,471	0,118	0,247
5. Fantazuję o byciu kimś innym.	0,077	-0,075	0,798	0,095
1. Wyobrażam sobie, że jestem kimś innym.	0,060	-0,082	0,773	0,065
4. Wyobrażam sobie, że znajduję się w odległych miejscach.	0,240	0,059	0,559	0,126
7. Słyszę dzwoniący telefon i okazuje się, że byłem/łam w błędzie.	-0,013	-0,047	0,084	0,752
18. Zdarzyło się, że słyszałem/łam ludzki głos, a potem okazywało się, że nikogo tam nie było.	-0,034	0,155	0,119	0,699
8. Słyszę ludzi wołających moje imię, ale okazuje się, że nikt mnie nie wołał.	0,090	0,089	0,127	0,678
13. Słyszę muzykę wtedy, gdy w rzeczywistości nic nie gra.	0,472	0,023	-0,116	0,543
9. Słyszałem/łam głos Boga, zwracającego się do mnie.	0,110	-0,081	-0,414	0,449
22. Gdy patrzę na siebie w lustrze, wyglądam inaczej.	0,047	0,194	0,095	0,313

Legenda. Czynniki: 1 – wyrazistość wyobraźni; 2 – słuchowe i wzrokowe zniekształcenia percepcyjne; 3 – doświadczenia dysocjacyjne; 4 – słuchowe doświadczenia podobne do omamów. Stwierdzenia, które tworzą poszczególne podskale, są prezentowane wytłuszczonym drukiem. Jako kryterium włączenia stwierdzenia do podskali (czynnika) przyjęto wartość powyżej 0,4.

Dla uzyskanych czterech czynników skali RHS obliczono współczynniki rzetelności alfa Cronbacha. Uzyskano następujące współczynniki: dla czynnika 1 – $\alpha = 0,86$, dla czynnika 2 – $\alpha = 0,76$, dla czynnika 3 – $\alpha = 0,7$ oraz dla czynnika 4 – $\alpha = 0,73$. Współczynnik alfa Cronbacha obliczony dla całej skali wyniósł 0,88. Rzetelność zarówno pojedynczych skal, jak i całego testu jest bardzo wysoka, wskazując na jednorodną strukturę poszczególnych skal.

Następnym krokiem analizy było określenie częstotliwości występowania wybranych wzrokowych i słuchowych doświadczeń podobnych do omamów. Częstotliwość występowania poszczególnych doświadczeń podobnych do omamów obliczono dla poszczególnych pytań w skali RHS (a nie dla łącznego wyniku dla poszczególnych czynników), tak aby możliwie najlepiej oddać ich jakościowy charakter. Wynik prezentuje tabela 2. Można zaobserwować, iż wszystkie z wybranych doświadczeń podobnych do omamów potwierdziło (odpowiedź powyżej wartości 1) co najmniej kilka procent osób. Niektóre z doświadczeń odnotowano częściej (np. „Słyszę głos, który głośno wypowiada moje myśli” – 21,6% osób), inne zaś – rzadziej („Bywam mężczyzna/głosem, które słyszę w mojej głowie” – 4,7% osób). Najwięcej osób nigdy nie ujawniało poszczególnych doświadczeń, najmniej zaznaczyło odpowiedź 4 – prawie zawsze. Wynik ten pokazuje, iż większość doświadczeń podobnych do omamów pojawia się z niską częstotliwością, a ta może zależeć od podobieństwa danego doświadczenia do objawów psychotycznych.

Tabela 2. Częstotliwość występowania wybranych słuchowych i wzrokowych doświadczeń podobnych do omamów (*hallucinatory like experiences*) (n = 213)

Słuchowe doświadczenia podobne do omamów			Wzrokowe doświadczenia podobne do omamów		
Pozycja testu	Odpowiedź	% Odpowiedzi	Pozycja testu	Odpowiedź	% Odpowiedzi
2. Słyszę głos, który głośno wypowiada moje myśli.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	74,8% 16% 4,2% 1,4%	14. Widziałem/łam ludzką twarz naprzeciw mojej, podczas gdy naprawdę nikogo tam nie było.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	93% 6,1% 0,5% 0,5%
18. Zdarzyło się, że słyszałem/łam ludzki głos, a potem okazało się, że nikogo tam nie było.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	74,6% 23,5% 1,4% 0,5%	19. Gdy patrzę na przedmioty, wydają mi się one nierealne.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	85,9% 12,7% 0,9% 0,5%
21. Bywam męczony/a głosami, które słyszę w mojej głowie.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	95,3% 4,2% 0% 0,5%	20. Widzę kształty i cienie podczas gdy tak naprawdę nic tam nie ma.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	78,9% 18,8% 1,9% 0,5%
9. Słyszałem/łam głos Boga, zwracającego się do mnie.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	93,4% 5,6% 0% 0%	22. Gdy patrzę na siebie w lustrze, wyglądam inaczej.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	79,7% 17,5% 1,4% 1,4%
8. Słyszę ludzi wołających moje imię, ale okazuje się, że nikt mnie nie wołał.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	63,8% 32,9% 2,8% 0,5%	24. Gdy przyglądam się rzeczom, wydają mi się dziwne.	1 – nigdy 2 – czasami 3 – często 4 – prawie zawsze	76,5% 20,7% 2,3% 0,5%

Dyskusja wyników

W pierwszej kolejności analizowano właściwości psychometryczne przygotowanej polskiej wersji Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (Revised Hallucination Scale) [10]. Analiza czynnikowa metodą głównych składowych wskazuje na czteroczynnikowe rozwiązanie tłumaczące 51,54% wariancji. Skala charakteryzuje się bardzo dobrą, podobną do oryginalnej wersji, rzetelnością (alfa Cronbacha od 0,7 do 0,88). Uzyskano następujące czynniki polskiej wersji skali RHS: wyrazistość wyobraźni, słuchowe i wzrokowe zniekształcenia percepcyjne, doświadczenia dysocjacyjne oraz słuchowe doświadczenia podobne do omamów. W większości czynniki te są spójne treściowo z trójczynnikowym rozwiązaniem prezentowanym przez autorów oryginalnej wersji skali [10]. Wyłoniono jednak nowy, nie wyróżniony w oryginalnej wersji, czynnik „doświadczenia dysocjacyjne” ładowany przez trzy stwierdzenia (np. „wyobrażam

sobie, że znajduję się w odległych miejscach”). W oryginalnej wersji doświadczenia dysocjacyjne wchodziły w skład czynnika wyrazistości wyobraźni.

Wyniki analizy czynnikowej często dają różne rozwiązania dla różnych populacji [27]. Uzyskana w badaniu czteroczynnikowa struktura skali RHS różniła się od oryginalnej jedynie w trzech stwierdzeniach, które w polskiej wersji tworzyły nowy czynnik „doświadczenia dysocjacyjne”. Rozbieżności te mogą wynikać z różnic kulturowych, jak również samej charakterystyki badanych populacji. W polskim badaniu wzięli udział studenci, w badaniu zaś Morrisona i wsp. [10] pracownicy służby zdrowia (średnia wieku 35,19, SD = 10,71). W prezentowanym badaniu polskiej wersji RHS przeważającą część osób badanych stanowiły kobiety. Rozkład płci w oryginalnym badaniu był jednak porównywalny [10], przez co różnice w uzyskanych czynnikach najprawdopodobniej nie wiążą się z rozkładem płci w badanych populacjach. Warto zaznaczyć, iż badanie właściwości psychometrycznych oryginalnej wersji skali RHS do tej pory nie doczekało się replikacji, co sprawia, iż wyciąganie ostatecznych wniosków dotyczących psychometrii tej skali powinno być ostrożne.

Założeniem autorów skali RHS [10] było badanie częstotliwości występowania różnych doświadczeń podobnych do omamów w populacji ogólnej. Wynik przeprowadzonych analiz wykazał, iż wersja oryginalna reprezentuje trzy różnorodne grupy doświadczeń podobnych do omamów [10]. Podobne wnioski sugeruje wynik przeprowadzonej analizy czynnikowej polskiej wersji RHS. Co więcej, treść poszczególnych czynników odpowiada zmiennym, które, jak się uważa, związane są z predyspozycją do omamów lub im towarzyszą [28, 29].

Pierwszy czynnik: „wyrazistość wyobraźni” bada częstotliwość występowania wyobrażeń z zakresu różnych modalności (słuchowa i wzrokowa). Czynnik ten reprezentują doświadczenia znajdujące się najbliżej krańców kontinuum doświadczeń psychotycznych, które zawiera fenomeny będące tzw. „normą”. Przez to są one znacznie częściej obecne w populacji ogólnej, w porównaniu z doświadczeniami zbliżonymi do krańca „psychoza”. We wcześniejszych badaniach wykazano związek wyrazistych wyobrażeń z omamami słuchowymi [28]. Również późniejsze badania pokazały wyższą wyrazistość wyobraźni wśród osób ze schizofrenią i ich krewnych, w porównaniu do osobami zdrowymi. Autorzy sugerują, że wyrazistość wyobraźni może być jednym z endofenotypów schizofrenii [30]. Podobnie czynnik: „słuchowe i wzrokowe zniekształcenia percepcyjne”, który bada nasilenie anomalii percepcyjnych (*anomalous perceptual experiences*, np. zniekształcone spostrzeganie obiektów), odzwierciedla fenomeny psychiczne często obserwowane wśród osób z omamami, u których rozpoznano psychozę, oraz u zdrowych osób predysponowanych do omamów [11]. Anomalie percepcyjne, podobnie jak wyrazistość wyobraźni wydają się zatem mieć uzasadnione miejsce w skali oceniającej predyspozycje do doświadczeń podobnych do omamów.

W prezentowanym badaniu wyłoniono nowy czynnik: „doświadczenia dysocjacyjne”, który w oryginalnej wersji skali wchodził w skład czynnika: „wyrazistość wyobraźni”. Rzeczywiście, treść trzech stwierdzeń odnosi się do wyobrażeń. Wydaje się jednak, iż mogą one mieć odmienny charakter od pozostałych stwierdzeń badających wyrazistość wyobraźni (co potwierdza wynik analizy czynnikowej). Stwierdzenia

„wyobrażam sobie, że jestem kimś innym” czy też „wyobrażam sobie, że znajduję się w odległych miejscach” dotyczą wyobrażeniowej aktywności dotyczącej własnej tożsamości oraz „odszczępienia” od obecnej sytuacji i chęci przeniesienia się w inne miejsce. Treść pytań może sugerować doświadczenia depersonalizacji i derealizacji, jednak wspólnym mechanizmem obronnym tych doświadczeń jest dysocjacja. Dlatego też dla opisu tych przeżyć w wyłonionym czynniku posłużono się terminem „doświadczenia dysocjacyjne”. Warto jednak podkreślić, iż odnoszenie treści stwierdzeń w tej podskali do doświadczeń dysocjacyjnych traktujemy roboczo. Ponadto uważamy, iż doświadczenia te nie odzwierciedlają zaburzeń dysocjacyjnych. Potrzeba dalszych badań oceniających trafność teoretyczną tej podskali (np. ocena trafności za pomocą skal oceniających doświadczenia dysocjacyjne). Czynniki te mogą jednak znajdować swoje miejsce w badaniu predyspozycji do doświadczeń podobnych do omamów, wielokrotnie wykazano bowiem związki dysocjacji z anomaliami percepcyjnymi [31] oraz omamami słuchowymi [32, 33]. Jak pokazano, dysocjacja związana jest raczej z pozytywną symptomatologią zaburzeń psychotycznych (urojenia i omamy) niż z negatywną (wycofanie społeczne) [31]. Doświadczenia dysocjacyjne mogą być zatem kolejną grupą fenomenów z kontinuum doświadczeń psychotycznych, co może uzasadniać ich obecność w skali RHS.

Kolejnym etapem analizy było ustalenie częstotliwości występowania wybranych słuchowych i wzrokowych doświadczeń podobnych do psychotycznych. Uzyskane wyniki wskazują na obecność doświadczeń podobnych do omamów u kilku do kilkunastu (w zależności od rodzaju doświadczenia) procent osób zdrowych psychicznie. W pytaniu zadanym przez Bentalla i Slade’a [16] – „czy słyszę głos, który głośno wypowiada moje myśli” – 17,4% osób odpowiedziało twierdząco. W prezentowanym badaniu uzyskano zbliżoną wartość – 21,6%. Na pytanie „czy słyszałem/łam ludzki głos, a potem okazywało się, że nikogo tam nie było”, w badaniu Bentalla i Slade’a [16] twierdzącej odpowiedzi udzieliło 15,4% osób. W prezentowanym badaniu odsetek ten wyniósł 25,4%. W przeprowadzonych w Polsce przez Cedro ([5] badanie szerzej omówione w [34]) badaniach wrażenie słyszenia własnych myśli relacjonowało 48% osób zdrowych psychicznie. Rozbieżności w wynikach mogą być spowodowane obejmowaniem przez badaczy różnych doświadczeń podobnych do psychotycznych, jak również, przez część badawczy, włączanie klinicznych objawów psychotycznych do analizy. Czym innym może być wrażenie słyszenia własnych myśli, czymś innym natomiast słyszenie głosu, który wypowiada myśli. Również częstotliwość występowania doświadczenia poszczególnych fenomenów, co nie powinno dziwić, jest różna w populacji.

Warto zaznaczyć, iż rozkład częstotliwości występowania różnych doświadczeń podobnych do psychotycznych w populacji nie zawsze jest normalny [1], a skośność rozkładu jest tym większa, im bardziej badane doświadczenie zbliżone jest do objawów klinicznych. Odzwierciedlają to uzyskane wyniki, które pokazują, iż doświadczenia zbliżone do klinicznych były zgłaszane znacznie rzadziej (np. „bywam męczony głosami, które słyszę w mojej głowie” – 4,7% osób) niż anomalie percepcyjne czy wyrazistość wyobraźni, które znajdują się bliżej środka kontinuum doświadczeń podobnych do omamów (np. „gdy przyglądam się rzeczom, wydają mi się dziwne”

– 23,5% osób). Obecność wzrokowych i słuchowych doświadczeń podobnych do omamów wśród badanej, zdrowej psychicznie populacji osób, sugeruje ich szersze, wykraczające poza populację osób z diagnozą psychoz, rozpowszechnienie. Wynik ten jest spójny z wcześniejszymi doniesieniami [np. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 16].

Prezentowane badanie obejmowało doświadczenia podobne do omamów. Jednak we wcześniejszych badaniach również doświadczenie psychotyczne o innym charakterze obserwowano u osób zdrowych psychicznie [5]. 58% osób potwierdziło, że miało poczucie, iż „obca siła” wpływa na ich myślenie, co może odpowiadać urojeniom wpływu obserwowanym u osób z diagnozą schizofrenii. Obserwowano również wysoki odsetek osób potwierdzających poczucie posiadania zdolności telepatycznych – 38%, czy też takich doświadczeń, jak poczucie, że obserwowane wydarzenia mają ukryte znaczenie – aż 70% [5]. W innych badaniach obserwowano powszechnie występujące zmienione stany świadomości (*altered states of consciousness*), jak na przykład poczucie kontaktu z Bogiem, które zgłaszało 45% osób. Podobne rezultaty uzyskano pytając o doświadczenie „rozumienia wszystkiego” – przyznało się do niego również 45% osób [34, 35, 36].

Wyniki prezentowanego badania mogą sugerować, iż większość objawów psychotycznych można opisać na kontinuum. Wyciąganie jednak wniosków o patogenie zaburzeń psychotycznych na podstawie badań doświadczeń podobnych do psychotycznych powinno być czynione ze szczególną ostrożnością. Obecnie brak jednoznacznych ustaleń, czy – i jeśli tak, to które – doświadczenia podobne do psychotycznych związane są z predyspozycją do psychozy. Badanie, które prezentowane jest w niniejszej pracy, ze względu na zastosowaną metodę nie pozwala na obserwację czynników przyczyniających się do rozwoju zaburzeń psychotycznych. Inne badania sugerują, iż nasilenie doświadczeń podobnych do omamów może być związane z podobnymi zniekształceniami poznawczymi, które obserwuje się u osób z rozpoznaniem psychoz. Na przykład wykazano, iż osoby z wysokimi wynikami w skali predyspozycji do omamów (LSHS) wykazują podobne do osób ze schizofrenią trudności w zakresie monitorowania źródła [37, 38, 39]. Również nasilenie innych zniekształceń poznawczych, jak najczęściej badany w kontekście urojeń przeskok do konkluzji (*jumping to conclusion*), jest większe u osób zdrowych mających doświadczenia podobne do psychotycznych [40, 41]. Możliwość porównywania mechanizmów obserwowanych u osób z psychozą oraz wśród osób zdrowych mających doświadczenia podobne do psychotycznych pozwala na testowanie modeli psychozy wśród osób zdrowych. Wyniki z badań prowadzonych wśród osób zdrowych wykorzystujące skale oceniające doświadczenia podobne do psychotycznych, takie jak RHS, mogą pomóc w tworzeniu modeli teoretycznych powstawania i/lub podtrzymywania omamów klinicznych.

Hipoteza kontinuum, na którą powoływano się w pracy, może znajdować zastosowanie w badaniach klinicznych, coraz częściej bowiem zwraca się uwagę zarówno na farmako- jak i psychoterapię we wczesnych etapach leczenia psychozy [42–46]. Powstaje jednak pytanie, kiedy następuje przejście z „normy” w „patologię”. Skala RHS nie pozwala na takie różnicowanie. Wyniki skal samoopisu powinny być szczególnie ostrożnie interpretowane, a w przypadku doświadczeń psychotycznych należy je zweryfikować, przeprowadzając wywiad kliniczny. Ponadto w skalach samoopisu

pomocne może być uzupełnienie o wymiar subiektywnego dyskomfortu związanego z poszczególnymi doświadczeniami, który może uprawdopodobniać rozpoznanie stanów ryzyka (niektóre skale badające doświadczenia podobne do psychotycznych zawierają wymiar subiektywnego dyskomfortu [8, 47]). Jak pokazują bowiem badania, czynnikiem, który zwiększa ryzyko wystąpienia psychozy u osób mających doświadczenia podobne do psychotycznych, jest dyskomfort emocjonalny [48]. Warto również pamiętać, iż nie wszystkie doświadczenia podobne do psychotycznych są związane z ryzykiem psychozy [49].

Przy wyciąganiu ostatecznych wniosków należy wziąć pod uwagę ograniczenia badania. Osoby biorące w nim udział nie były badane, pod względem obecności zaburzeń psychicznych, za pomocą standardowych narzędzi diagnostycznych (np. wywiad diagnostyczny M.I.N.I.). Za punkt odniesienia przyjęto brak kontaktu z psychiatrą i/lub psychologiem, co nie musi być jednak jednoznaczne z brakiem zaburzeń psychicznych. Co więcej, grupa badana ograniczała się do populacji studentów ze znaczną przewagą kobiet. Dlatego też przy generalizowaniu wyników na inne populacje należy zachować ostrożność.

Wnioski

1. Analiza czynnikowa polskiej wersji Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (RHS) dała czteroczynnikowe rozwiązanie. Poszczególne czynniki nazwano następująco: czynnik 1 – wyrazistość wyobraźni; czynnik 2 – słuchowe i wzrokowe zniekształcenia percepcyjne; czynnik 3 – doświadczenia dysocjacyjne; czynnik 4 – słuchowe doświadczenia podobne do omamów.
2. Skala RHS charakteryzuje się bardzo dobrymi właściwościami psychometrycznymi.
3. Wyniki wskazują na obecność zarówno wzrokowych, jak i słuchowych doświadczeń podobnych do omamów wśród osób zdrowych psychicznie, co jest spójne z uzyskanymi w innych badaniach rezultatami.
4. Należy zachować szczególną ostrożność przy odnoszeniu doświadczeń podobnych do psychotycznych, obecnych u osób zdrowych psychicznie, do kontekstu klinicznego. Metoda zastosowana w prezentowanym badaniu nie pozwala na takie wnioskowanie.

Польская версия Модифицированной шкалы галлюцинаций (РГС) Моррисона и сотр. (2002 год). Факторный анализ шкалы, а также частота появления ощущений, похожих до галлюцинаций среди психически здоровых людей

Содержание

Задание. Главным заданием работы является представление польской версии Модифицированной шкалы галлюцинаций (РГС Моррисона и сотр. (2002 год), а также проведение факторного анализа этого пособия. Дополнительным заданием является определение частоты наличия избранных ощущений, похожих на галлюцинации в популяции здоровых людей.

Метод. Перевод разработан на основании обратного перевода. Для психометрической оценки польской версии Модифицированной шкалы галлюцинаций обследовано 213 психически здоровых людей. Проведен факторный анализ шкалы РГС. Основываясь на ответах

шкалы РТС подсчитана частота избранных зрительных и слуховых ощущений, похожих на галлюцинации.

Результаты. Факторный анализ изолировал 4 фактора в шкале РТС: 1 – выраженность воображения, 2 – слуховое и зрительное перцептивное деформирование, 3 – диссоциативное ощущение, 4 – слуховое ощущение, сходное с галлюцинациями. Четырехфакторный анализ объясняет 51,54% полной вариантности результатов в шкале РТС. Эту шкалу характеризует высокая достоверность (Алфа Кронбаха от 0,7 до 0,86). От нескольких до несколько десятков процентов лиц ощущало слуховые нарушения, похожие на галлюцинации. Похожий результат получен и для зрительных ощущений галлюцинаций. Наиболее редко появлялись такие ощущения, характер которых приближался к галлюцинациям, появляющихся при психотических нарушениях.

Выводы. Получена сжатая с оригиналом версии шкалы РТС факторной структуры. Выделен, однако, новый фактор – диссоциативные ощущения. Шкала характеризуется добрыми психометрическими особенностями и может быть использована для измерения ощущений, похожих с галлюцинациями. Галлюцинаторные ощущения присутствуют также и в популяции здоровых людей и могут репрезентировать фенотип психотических нарушений.

Polnische Version der modifizierten Skala RHS von Morrison und Co. (2002). Faktorenanalyse der Skala und die Häufigkeit der Halluzinationserfahrungen unter den gesunden Personen

Zusammenfassung

Ziel. Das Hauptziel des Artikels ist die Darstellung der polnischen Version der Modifizierten Version der Halluzinations-Skala (RHS) von Morisson & Co. (2002) und die Durchführung der Faktorenanalyse dieses Instruments. Das zusätzliche Ziel ist die Bestimmung der Häufigkeit der ausgewählten halluzinationsähnlichen Erfahrungen in der Population der gesunden Personen.

Methode. Die Übersetzung wurde mittels der Re – Übersetzung durchgeführt. Zur psychometrischen Beurteilung der polnischen Version der modifizierten Skala wurden 213 psychisch gesunde Personen untersucht. Es wurde die Faktorenanalyse der RHS-Skala durchgeführt. Indem man sich auf die Antworten aus der RHS-Skala stützte, wurde die Häufigkeit der gewählten visuellen und akustischen halluzinatorischen Erfahrungen berechnet.

Ergebnisse. Die Faktorenanalyse sonderte 4 Faktoren in der RHS-Skala aus: 1 – Deutlichkeit der Vorstellungskraft; 2 – visuelle und akustische Perzeptionsverunstaltungen; 3 – dissoziative Erfahrungen; 4 – akustische halluzinationsähnlichen Erfahrungen. Das Vier-Faktoren-Modell erklärt 51,54% der gesamten Varianz der Ergebnisse in der RHS-Skala. Die RHS-Skala kennzeichnet eine hohe Reliabilität (Cronbachs Alpha von 0,7 bis 0,88). Von einigen bis einigen zehner Prozent der Personen offenbarten die akustischen halluzinationsähnlichen Erfahrungen.

Schlussfolgerungen. Man erreichte eine Faktorenstruktur, die mit der originalen Version der RHS – Skala kohärent ist. Man sonderte aber einen neuen Faktor aus – dissoziative Erfahrungen. Die Skala kennzeichnet sich mit guten psychometrischen Eigenschaften und kann zur Messung der halluzinationsähnlichen Erfahrungen benutzt werden. Die halluzinatorischen Erfahrungen treten auch in der Population der psychisch gesunden Personen auf und können einen Phenotyp der psychotischen Störungen vertreten.

La version polonaise de Revised Hallucination Scale (RHS) de Morrison et collaborateurs (2002). L'analyse factorielle de cette échelle et la prévalence des épreuves ressemblant aux hallucinations dans la population saine

Résumé

Objectif. Présenter la version polonaise de Revised Hallucination Scale (RHS) de Morisson et collaborateurs (2002) et faire son analyse factorielle. De plus définir la prévalence des épreuves ressemblant aux hallucinations dans la population saine.

Méthode. La version polonaise est élaborée avec la procédure de la retraduction. On examine avec cette échelle 213 personnes saines pour analyser ses qualités psychométriques. On fait son analyse factorielle et on calcule la fréquence des épreuves choisies, visuelles et auditives, ressemblant aux hallucinations.

Résultats. L'analyse factorielle de RHS découvre 4 facteurs : 1) expressivité d'imagination ; 2) anomalies de perceptions visuelles et auditives ; 3) expériences de dissociation ; 4) épreuves auditives ressemblant aux hallucinations. Ce modèle de quatre facteurs explique 51,54% de la variance totale des résultats de RHS. La fiabilité de cette échelle est très élevée (alpha de Cronbach – 0,7–0,88). Les quasi-hallucinations auditives sont observées chez quelques ou plusieurs pour-cent de personnes, il en est de même avec les quasi-hallucinations visuelles. Les épreuves ressemblant aux hallucinations psychotiques sont observées rarement.

Conclusions. La structure factorielle de RHS – version polonaise est pareille à la version originale. Pourtant on discerne un facteur nouveau – expériences de dissociation. Les qualités psychométriques de cette échelle sont bonnes et on peut s'en servir pour mesurer les quasi-hallucinations. Ces quasi-hallucinations se manifestent aussi chez les personnes saines et elles peuvent représenter un phénotype des troubles psychiques.

Piśmiennictwo

1. van OsJ, 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. Strauss JS. *Hallucinations and delusions as points on continua function.* Arch. Gen. Psychiatry 1969; 21: 581–586.
3. van OsJ, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. *Straus (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population?* Schizophr. Res. 2000; 45: 11–20.
4. Tien AY. *Distributions of hallucinations in the population.* Soc. Psych. Psych. Epid. 1991; 26: 287–292.
5. Cedro A. *Zmienne stany świadomości w schizofrenii.* Nie publikowana rozprawa doktorska, 1998; Warszawski Uniwersytet Medyczny, II Klinika Psychiatryczna.
6. Bentall RP, Claridge GS, Slade PD. *The multidimensional nature of schizotypal traits: a factor analytic study with normal subjects.* Brit. J. Clin. Psych. 1989; 28: 363–375.
7. Claridge G, McCreery C, Mason O, Bentall R, Boyle G, Slade P, Popplewell D. *The factor structure of „schizotypal” traits: a large replication study.* Brit. J. Clin. Psych. 1996; 35: 103–115.
8. Peters ER, Joseph SA, Garety PA. *Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory).* Schizophr. Bull. 1999; 25: 553–576.
9. Launay G, Slade PD. *The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners.* Pers. Indiv. Differ. 1981; 2: 221–234.
10. Morrison AP, Wells A, Nothard S. *Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients.* Brit. J. Clin. Psych. 2002; 41: 259–270.
11. Bell V, Halligan PV, Ellis HD. *The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): A new validated measure of anomalous perceptual experiences.* Schizophr. Bull. 2006; 32: 366–377.
12. Bentall RP. *Illusion of reality: a review and integration of psychological research on auditory hallucinations.* Psychol. Bull. 1990; 107: 82–95.
13. Sartorius N, Shapiro R, Jablensky A. *The international pilot study of schizophrenia.* Schizophr. Bull. 1974; 1: 21–35.

14. Bracha SH, Wolkowitz OM, Lohr JM, Karson CN, Bigelow LB. *High prevalence of visual hallucinations in research subjects with chronic schizophrenia*. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 526–528.
15. Nayani TH, David A. *The auditory hallucination: a phenomenological survey*. *Psychol. Med.* 1996; 26: 177–189.
16. Bentall RP, Slade PD. *Reality testing and auditory hallucinations: a signal detection analysis*. *Brit. J. Clin. Psych.* 1985; 24: 159–169.
17. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC. *Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996; 53: 1022–1031.
18. Serper M, Dill CA, Chang N, Kot, T, Elliot, J. *Factorial structure of the hallucinatory experience : continuity of experience in psychotic and normal individuals*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005; 193: 265–272.
19. Sidgwick H, Johnson A, Myers FWH, Podmore F, Sidgwick EM. *Report on the census of hallucinations*. *Proc. Sot. Psychic. Res.* 1894; 10: 25–422.
20. Haraldsson E. *Representative national surveys of psychic phenomena: Iceland, Great Britain, Sweden, USA and Gallup's Multinational Survey*. *J. Sot. Psychic. Res.* 1985; 53: 145–158.
21. Lindal E, Stefansson JG, Stefansson SB. *The qualitative difference of visions and visual hallucinations, a comparison of a general population and clinical sample*. *Compr. Psychiatr.* 1994; 35: 405–408.
22. Levitan C, Ward PB, Catts SV, Hemsley DR. *Predisposition toward auditory hallucinations: The utility of the Launay–Slade hallucination scale in psychiatric patients*. *Pers. Individ. Differ.* 1996; 21: 287–289.
23. Waters FAV, Badcock JC, Maybery MT. *Revision of the factor structure of the Launay–Slade hallucination scale (LSHS-R)*. *Pers. Individ. Differ.* 2003; 35: 1351–1357.
24. Aleman A, Nieuwenstein MR, Boecker KBE, de Haan EHF. *Multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: Factor structure of the Launay–Slade hallucination scale in a normal sample*. *Pers. Individ. Differ.* 2001; 30: 287–292.
25. Posey TB, Losch ME. *Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects*. *Imagin. Cogn. Personal.* 1983; 3: 99–113.
26. Morrison AP, Wells A, Nothard S. *Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations*. *Brit. J. Clin. Psych.* 2000; 39: 67–78.
27. Gregorich SE. *Do self-report instruments allow meaningful comparisons across diverse population groups? Testing measurement invariance using the confirmatory factor analysis framework*. *Medic. Care* 2006; 44: 78–94.
28. Aleman A, Böcker KBE, de Haan EHF. *Disposition towards hallucinations and subjective versus objective vividness of imagery in normal subjects*. *Pers. Individ. Differ.* 1999; 27: 707–714.
29. Mintz S, Alpert M. *Imagery vividness, reality testing, and schizophrenic hallucinations*. *J. Abnorm. Psychol.* 1972; 79: 310–316.
30. Oertel V, Rotarska-Jagiela A, van de Ven V, Haenschel C, Grube M, Stangier U, Maurer K, Linden DEJ. *Mental imagery vividness as a trait marker cross the schizophrenia spectrum*. *Psychiatr. Res.* 2009; 167: 1–11.
31. Startup M. *Schizotypy, dissociative experiences and childhood abuse: relationships among self-report measures*. *Brit. J. Clin. Psych.* 1999; 38: 333–344.

32. Kilcommons A, Morrison AP, Knight A, Lobban F. *Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted*. Soc. Psych. Psych. Epid. 2008; 43: 602–611.
33. Offen L, Waller G, Thomas G. *Is reported childhood sexual abuse associated with the psychopathological characteristics of patients who experience auditory hallucinations?* Child Abuse Negl. 2003; 27: 919–927.
34. Kokoszka A. *States of consciousness: models for psychology and psychotherapy*. New York: Springer; 2007.
35. Kokoszka A. *Altered states of consciousness: a comparison of profoundly and superficially altered states*. Imagin. Cogn. Pers. 2000; 19: 165–184.
36. Kokoszka A. *Integrujący model stanów psychicznych: Podejście neojacksonowsko-psychodynamiczne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1997.
37. 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.
38. Laroï F, Collignon O, van der Linden M. *Source monitoring for actions in hallucinations proneness*. Cogn. Neuropsychiatr. 2005; 10: 105–123.
39. Peters MJV, Smeets T, Giesbrecht T, Jelicic M, Merckelbach H. *Confusing action and imagination*. J. Nerv. Ment. Dis. 2007; 195: 752–757.
40. Freeman D, Pugh K, Garety P. *Jumping to conclusions and paranoid ideation in the general population*. Schizophr. Res. 2008; 102: 254–260.
41. Colbert SM, Peters ER. *Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals*. J. Nerv. Ment. Dis. 2002; 190: 27–31.
42. McGlashan TH, Johannessen JO. *Early detection and intervention in schizophrenia*. Rationale. Schizophr. Bull. 1996; 22: 201–222.
43. Preti A, Cella M. *Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: A review of treatment effectiveness*. Schizophr. Res. 2010; 123: 30–36.
44. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Maier W, Klosterkötter J. *Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis*. Eur. Psychiatr. 2005; 20: 1–6.
45. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM i in. *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.
46. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. *Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia*. Pharmacopsychiatry 2003; 36: 162–167.
47. Stefanis NC, Hanssen M, Smirnis NK, Avramopoulos DA, Evdokimidis IK, Stefanis CN, Verdoux H, van Os J. *Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in general population*. Psych. Med. 2002; 32: 347–358.
48. Yung AR, Buckby JA, Cotton SM, Cosgrave EM, Killackey EJ, Stanford C, Godfrey K, McGorry PD. *Psychoticlike experiences in non-psychotic help-seekers: associations with distress, depression and disability*. Schizophr. Bull. 2006; 32: 352–359.
49. 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*. Austr. NZJ. Psychiatry 2009; 43: 118–128.

ANEKS 1

ZMODYFIKOWANA SKALA HALUCYNACJI (Revised Hallucinations Scale, RHS)

© Morrison, Wells & Nothard, 2000

Tłumaczenie: Łukasz Gawęda, 2009

II Klinika Psychiatryczna WUM

Poniżej znajduje się lista stwierdzeń, które wyrażają różne osobiste doświadczenia. Przeczytaj je uważnie i *zaznacz*, zakreślając odpowiednią cyfrę, *jak często* zdarzają ci się opisywane doświadczenia. W tym badaniu nie ma ani dobrych, ani złych odpowiedzi, ważniejsze jest, by zaznaczyć pierwszą odpowiedź, która intuicyjnie przyjdzie na myśl. Istotne jest też, by *nie omijać żadnego z podpunktów*. Postaraj się być *jak najbardziej szczerzy*. Poniższe pytania odnoszą się do stanów, które nie były związane z przyjęciem żadnych substancji psychoaktywnych.

	Nigdy	Czasami	Często	Prawie zawsze
1. Wyobrażam sobie, że jestem kimś innym.	1	2	3	4
2. Słyszę głos, który głośno wypowiada moje myśli.	1	2	3	4
3. Niektóre moje myśli są tak realne, że przerażają mnie.	1	2	3	4
4. Wyobrażam sobie, że znajduję się w odległych miejscach.	1	2	3	4
5. Fantazuję o byciu kimś innym.	1	2	3	4
6. W wyobraźni słyszę dźwięki tak wyraźnie, jakbym słyszał/a je naprawdę.	1	2	3	4
7. Słyszę dzwoniący telefon i okazuje się, że byłem/lam w błędzie.	1	2	3	4
8. Słyszę ludzi wołających moje imię, ale okazuje się, że nikt mnie nie wołał.	1	2	3	4
9. Słyszałem/lam głos Boga, zwracającego się do mnie.	1	2	3	4
10. Postacie pojawiające się w mojej wyobraźni są tak wyraziste, jakby faktycznie istniały.	1	2	3	4
11. Bez względu na to, jak bardzo starałbym/labym się koncentrować na pracy, nie związane z nią myśli zawsze przychodzą mi do głowy.	1	2	3	4
12. W wyobraźni widzę rzeczy bardzo wyraźnie.	1	2	3	4
13. Słyszę muzykę wtedy, gdy w rzeczywistości nic nie gra.	1	2	3	4
14. Widziałem/lam ludzką twarz naprzeciw mojej, podczas gdy naprawdę nikogo tam nie było.	1	2	3	4
15. W wyobraźni potrafię bardzo dokładnie zobaczyć innych ludzi.	1	2	3	4
16. Moje myśli są tak realistyczne jak wydarzenia w prawdziwym życiu.	1	2	3	4
17. Mam bardzo wyrazistą wyobraźnię.	1	2	3	4

18. Zdarzyło się, że słyszałem/łam ludzki głos, a potem okazywało się, że nikogo tam nie było.	1	2	3	4
19. Gdy patrzę na przedmioty, wydają mi się one nierealne.	1	2	3	4
20. Widzę kształty i cienie, podczas gdy tak naprawdę nic tam nie ma.	1	2	3	4
21. Bywam męczony/a głosami, które słyszę w mojej głowie.	1	2	3	4
22. Gdy patrzę na siebie w lustrze, wyglądam inaczej.	1	2	3	4
23. Dźwięki, które słyszę w mojej wyobraźni, są zazwyczaj wyraźne.	1	2	3	4
24. Gdy przyglądam się rzeczom, wydają mi się dziwne.	1	2	3	4

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

Otrzymano: 22.09.2010
Zrecenzowano: 31.01.2011
Otrzymano po poprawie: 16.03.2011
Przyjęto do druku: 7.04.2011

Już wkrótce

Psychiatria Polska

NR 5–2011

W następnym zeszycie *Psychiatrii Polskiej* znajdą Państwo między innymi następujące artykuły:

- *Wzory przywiązania i lęku u młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji*
Autorzy: Grzegorz Iniewicz i wsp.
- *Relacje terapeutyczne w perspektywie pacjenta i terapeuty w psychiatrii środowiskowej*
Autorzy: Małgorzata Sosnowska i wsp.
- *Psychoterapia jako dyskurs kulturowy*
Barbara Józefik
- *Miejsce zespołu Aspergera w grupie całościowych zaburzeń rozwoju: continuum czy spektrum zaburzeń autystycznych*
Autorka: Anita Bryńska

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdą Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67