

Polska wersja *Skali Samooceny Objawów Negatywnych* (*Self-evaluation of Negative Symptoms – SNS*)

Polish version of the Self-evaluation of Negative Symptoms (SNS)

Paweł Wójciak¹, Krystyna Górna², Klaudia Domowicz¹, Krystyna Jaracz³,
Renata Szpali², Michał Michalak⁴, Janusz Rybakowski^{1,5}

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

² Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

³ Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

⁴ Katedra i Zakład Informatyki i Statystyki, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

⁵ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Summary

Aim. The aim of the study was to create a Polish version of the Self-evaluation of Negative Symptoms (SNS) scale, to assess its internal consistency, and to make correlations between the SNS scores and the Brief Negative Symptom Scale (BNSS) scores in the group of patients with schizophrenia.

Methods. The procedure of Polish adaptation of the French-language version of the SNS scale, comprising 20 items organized in 5 subscales: asociality, blunted affect, alogia, avolition and anhedonia, was carried out. Psychometric tests were performed in 40 patients with paranoid schizophrenia (20 men and 20 women) with severity of symptoms on the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) 56 ± 16 points, receiving unchanged pharmacological treatment in the last 3 months.

Results. The Polish version of the SNS scale was accepted by the author of the scale, Professor Sonia Dollfus. The reliability analysis showed high values of the Cronbach's alpha coefficient for the whole scale (0.91) and for the subscales (0.61–0.85). The SNS and its subscales showed significant correlations with the total BNSS score and with the scores of the BNSS subscales, which confirms the validity of the scale.

Conclusions. A statistically significant level of consistency of the whole scale and its individual domains with the results of the clinical assessment with the BNSS, speaks for the adequacy of the self–assessment of negative symptoms by a patient with schizophrenia. Good psychometric properties of the Polish version of the SNS obtained in the study can indicate its usefulness in the research on negative symptoms conducted in Poland.

Słowa kluczowe: schizofrenia, objawy negatywne, *Skala Samooceny Objawów Negatywnych*

Key words: schizophrenia, negative symptoms, Self-evaluation of Negative Symptoms

Wstęp

Objawy negatywne schizofrenii stanowią bardzo istotny problem diagnostyczny i terapeutyczny w psychiatrii. W poprzedniej pracy przedstawiono współczesne dane dotyczące obrazu klinicznego, patogenezy i oceny psychometrycznej objawów negatywnych schizofrenii [1]. W kolejnym doniesieniu zaprezentowano polską wersję *Krótkiej Skali Objawów Negatywnych (Brief Negative Symptom Scale – BNSS)*, która stanowi najpopularniejszą obecnie skalę kliniczną służącą do oceny tych objawów [2].

Wśród obecnie używanych narzędzi psychometrycznych większość stanowią skale oparte na ocenie przeprowadzonej przez niezależnego obserwatora, w których na końcowy wynik istotny wpływ mogą mieć doświadczenie oraz subiektywna ocena badacza. Stąd cennym uzupełnieniem procesu diagnostycznego mogą być skale samooceny. Ich kliniczna przydatność u chorych na schizofrenię budziła pewne wątpliwości. Wśród części autorów dominował bowiem pogląd, że większość chorych nie jest w stanie odpowiednio opisać np. swoich objawów deficytowych [3, 4]. Wyniki ostatnich badań wskazują jednak na możliwość zgodności między samooceną a oceną zewnętrznego badacza. *Skala Samooceny Objawów Negatywnych* może pozwolić na wstępną identyfikację tych objawów, zwłaszcza w początkowym okresie choroby, poprawić wgląd pacjentów oraz ich zaangażowanie w proces terapeutyczny [5, 6].

Próby wykorzystania subiektywnej oceny chorych na schizofrenię do opisu objawów negatywnych podejmowano już na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku. W 1988 roku Liddle i Barnes [7] stworzyli w tym celu skalę SEDS (*Subjective Experience of Deficits in Schizophrenia*) składającą się z 21 objawów służących do oceny deficytu myślenia, emocji, energii, percepcji i nietolerancji czynników zewnętrznych. W 1990 roku Jaeger i wsp. [8] zaproponowali skalę SDSS (*Subjective Deficit Syndrome Scale*), ujawniając korelację jej wyników z ogólnym nasileniem psychopatologii w ostrym okresie choroby, natomiast brak takiej korelacji z objawami negatywnymi schizofrenii. Kolejnym etapem była skala SENS (*Subjective Experience of Negative Symptoms*), którą stworzyli w 1993 roku Selten i wsp. [9] na podstawie itemów skali SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) według Andreasen [10], wykazując jej stabilność w kilku punktach czasowych oceny. Można jednak uznać, że wymienione skale nie są skalami samooceny w dosłownym tego słowa znaczeniu, opierają się bowiem w dużej mierze na przeprowadzonym wywiadzie, podczas gdy objawy zaliczane do deficytowych nie spełniają współczesnych kryteriów definiujących objawy negatywne (najbliższa tym kryteriom byłaby skala SENS).

Za pierwszą skalę w pełni spełniającą kryteria samooceny uznać można *Motivation and Pleasure Scale – Self Report (MAP-SR)* zaproponowaną przez Llerenę i wsp. w 2013 roku [11]. Narzędzie to oparte jest na kwestionariuszu *Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS)* [12] i służy do szybkiej, wstępnej identyfikacji osób z nasilonymi objawami negatywnymi. Składa się z 18 pytań dotyczących motywacji oraz odczuwania przyjemności w zakresie relacji społecznych, pracy, nauki i rekreacji ocenianych indywidualnie przez chorego w zakresie od 0 do 4, w okresie minionego tygodnia lub, dla aktywności spodziewanych – tygodnia nadchodzącego. I tak 6 itemów opisuje doznaną lub spodziewaną przyjemność w relacjach społecznych,

rekreacji i pracy, 6 itemów odczucia i motywację w relacjach rodzinnych, partnerskich i przyjacielskich, kolejnych 6 motywację i zaangażowanie w różnorodną aktywność. Ograniczeniem skali MAP-SR jest ocena objawów negatywnych tylko w dwóch wymiarach – motywacji i przyjemności.

Ostatnio badacze francuscy (Dollfus i wsp.) [13] opracowali skalę samooceny *Self-evaluation of Negative Symptoms* (SNS) (franc. *Auto-évaluation des Symptômes Négatifs*) oceniającą wszystkie 5 grup objawów negatywnych, tj. wycofanie społeczne, spłylenie afektu, awolicję, anhedonię i alogię. Wycofanie społeczne (asocjalność) ocenia relacje towarzyskie badanego oraz skłonność do nawiązywania nowych kontaktów; spłylenie afektu (błady afekt) ocenia odczuwanie szczęścia lub smutku w sytuacjach, w których zazwyczaj emocje te występują; awolicja ocenia motywację, poziom energii oraz zdolność do realizacji założonych celów; anhedonia opisuje przyjemność odczuwaną i oczekiwaną; alogia zaś (zubożenie mowy) ma charakter subiektywnej oceny badanego. Skala zawiera 20 pytań, po 4 dla każdego objawu negatywnego, a ocena dotyczy ostatniego tygodnia. W celu maksymalnego uproszczenia narzędzia autorzy ograniczyli możliwe odpowiedzi do trzech: „zgadzam się całkowicie” punktowane jako 2, „trochę się zgadzam” punktowane jako 1 oraz „nie zgadzam się zupełnie” punktowane jako 0. Wynik jest sumą punktacji z 20 pytań i zawiera się w przedziale od 0 punktów (brak objawów negatywnych) do 40 punktów (ciężkie nasilenie objawów negatywnych). Wypełnienie kwestionariusza powinno zająć choremu około 5 minut [2].

Skala dostępna jest w języku angielskim, francuskim, niemieckim i hebrajskim [13]. Oceny właściwości psychometrycznych dokonano dotychczas dla wersji francuskojęzycznej. Dollfus i wsp. [13] u 49 chorych na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne hospitalizowanych w klinikach uniwersyteckiego szpitala psychiatrycznego w Caen stwierdzili wysoką zgodność wewnętrzną skali oraz istotną pozytywną korelację z wynikiem całkowitym skali SANS, jak również z objawami negatywnymi zawartymi w skalach *Clinical Global Impression* (CGI-S) oraz *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Hervochoch i wsp. [14] u 60 pacjentów oddziału dziennego z rozpoznaniem schizofrenii potwierdzili te właściwości, zarówno pod względem zgodności wewnętrznej, jak i korelacji z wynikami uzyskanymi z zastosowaniem innych instrumentów mierzących objawy negatywne (SANS, BPRS, CGI). Utworzenie skali SNS w wersji polskiej oraz ocena jej właściwości psychometrycznych stanowi drugie w kolejności opracowanie tego typu po wersji francuskojęzycznej.

W niniejszej pracy podjęto się przygotowania polskiej wersji skali SNS, a następnie – w grupie chorych na schizofrenię w okresie objawowej stabilizacji choroby – dokonania oceny rzetelności (zgodności wewnętrznej) tej skali oraz oceny trafności skali za pomocą analizy korelacji między oceną w skali SNS a oceną w *Krótkiej Skali Objawów Negatywnych* (*Brief Negative Symptom Scale* – BNSS). Ocena ta ma dotyczyć zarówno całości owych skal, jak i ich domen, takich jak asocjalność, błady afekt, alogia, awolicja i anhedonia.

Metodyka badań

Procedura opracowania polskiej wersji skali SNS

Polską wersję *Skali Samooceny Objawów Negatywnych (Self-evaluation of Negative Symptoms – SNS)* opracowano w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Po uzyskaniu zgody autorki skali (prof. Sonia Dollfus, Uniwersytet Caen, Francja) przetłumaczono na język polski oryginalną francuskojęzyczną wersję skali *Auto-évaluation des Symptômes Négatifs* (Marta Ziembowska-Olejniczak). Następnie polskie tłumaczenie przekazano niezależnemu ekspertowi (Małgorzata Ptak-Adamczewska) w celu retranslacji na język francuski. Powstałe w ten sposób tłumaczenie wysłano autorce skali. Ostatecznego uzgodnienia polskiej wersji skali oraz jej przeglądu klinicznego dokonano w korespondencji między prof. Sonią Dollfus a prof. Januszem Rybakowskim. W dniu 15 lutego 2016 roku polska wersja skali SNS uzyskała oficjalny certyfikat prof. Soni Dollfus.

Badania psychometryczne

Osoby badane

Badaniem objęto 40 chorych (20 mężczyzn i 20 kobiet) z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej według klasyfikacji ICD-10. Pacjenci pozostawali pod opieką Poradni Przyklinicznej przy Klinice Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu (20 pacjentów) oraz byli podopiecznymi Środowiskowego Domu Samopomocy Zielone Centrum w Poznaniu (10 pacjentów) bądź Środowiskowego Domu Samopomocy Fountain House w Poznaniu (10 pacjentów). Wiek pacjentów wynosił 44 ± 13 lat, lata edukacji – 13 ± 3 lata, a długość trwania choroby – 17 ± 10 lat. Wszyscy pacjenci pozostawali w fazie objawowej stabilizacji choroby, traktowanej jako uzyskanie sumarycznego wyniku w skali *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* maksimum 80 punktów i otrzymywali niezmiennione leczenie farmakologiczne w okresie ostatnich 3 miesięcy.

Metodyka badań psychometrycznych

1. Ocena wstępna nasilenia objawów choroby została przeprowadzona za pomocą skali PANSS [15]. Wartości skali PANSS (średnia \pm SD) w badanej grupie pacjentów były następujące: ocena sumaryczna 56 ± 16 punktów, objawy pozytywne 11 ± 4 punkty, objawy negatywne 14 ± 6 punktów, psychopatologia ogólna 25 ± 6 punktów.
2. Ocena objawów negatywnych została przeprowadzona za pomocą polskiej wersji skali SNS. Oszacowano rzetelność skali oraz obliczono moc dyskryminacyjną poszczególnych itemów skali i jej podskal (asocjalność, błady afekt, alogia, awolucja i anhedonia).
3. Dokonano oceny trafności skali SNS za pomocą analizy korelacji z wynikami *Krótkiej Skali Objawów Negatywnych (Brief Negative Symptom Scale – BNSS)* zarówno w zakresie wyniku całkowitego, jak i wyników odpowiednich podskal (asocjalność, błady afekt, alogia, awolucja i anhedonia).

Metody statystyczne

Obliczenia statystyczne przeprowadzono z użyciem pakietu Statistica (StatSoft Polska), wersja 12. Poziom istotności statystycznej ustalono na $p < 0,05$. Rzetelność skali SNS oceniano za pomocą współczynnika alfa-Cronbacha. Analizę rzetelności wykonano i dla całej skali, i dla jej poszczególnych podskal. Ponadto z wykorzystaniem współczynnika korelacji Pearsona oceniano związek pozycji (danego pytania) z wynikiem ogólnym, wyznaczając współczynnik mocy dyskryminacyjnej. Trafność skali SNS oceniano na podstawie współczynnika korelacji między skalami SNS i BNSS zarówno w zakresie wyniku całkowitego, jak i wyników odpowiednich podskal (asocjalność, błady afekt, alogia, awolicja i anhedonia).

Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wszyscy pacjenci zostali poinformowani o celu i metodyce przeprowadzanych badań i wyrazili pisemną zgodę na udział.

Wyniki

Polska wersja skali SNS oraz certyfikat są dostępne na stronie Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu www.psychiatria.ump.edu.pl w zakładce Skala SNS.

W tabeli 1 podano średnie wyników poszczególnych pozycji i podskal SNS, ich rzetelność (wskaźnik alfa-Cronbacha) oraz moc dyskryminacyjną w badanej grupie chorych.

Tabela 1. Nasilenie objawów, rzetelność i moc dyskryminacyjna polskiej wersji skali SNS

Wyszczególnienie	Śr.	SD	α C1	MD1	α C2	MD2
1. Wolę pozostać sam/sama we własnym kącie.	0,78	0,73	0,91	0,70	0,77	0,71
2. Czuję się lepiej, kiedy jestem sam/sama ponieważ nie czuję się dobrze z osobą, która jest blisko mnie.	0,80	0,82	0,91	0,54	0,78	0,68
3. Nie mam ochoty na wychodzenie z kolegami lub rodziną.	0,53	0,64	0,91	0,52	0,82	0,58
4. Nie szukam specjalnie kontaktu lub spotkań z przyjaciółmi (mail, telefon, SMS itd.)	0,78	0,73	0,91	0,52	0,78	0,68
Asocjalność – suma	2,88	2,49	-	-	0,83	-
5. Mówią mi, że nie jestem ani wesół/a, ani smutny/a i że nie złoścę się zbyt często.	0,83	0,81	0,92	0,25	0,60	0,31
6. Jest dużo rzeczy w życiu smutnych albo wesółych, ale ja nie czuję, żeby mnie dotyczyły.	0,95	0,81	0,91	0,50	0,44	0,51
7. Oglądanie filmu wesółego albo smutnego, przeczytanie smutnej lub wesółej historii nie jest dla mnie specjalnym powodem ani do łez, ani do śmiechu.	0,68	0,69	0,91	0,49	0,47	0,49
8. Innej osobie trudno jest rozpoznać moje emocje.	1,00	0,75	0,91	0,49	0,62	0,27

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Błady afekt – suma	3,45	2,09	-	-	0,61	-
9. Nie mam tyle do powiedzenia co inni.	1,00	0,88	0,91	0,51	0,74	0,54
10. Mówienie jest dla mnie 10 razy trudniejsze niż dla większości ludzi.	0,70	0,85	0,90	0,72	0,62	0,73
11. Często zwraca mi się uwagę, że mało mówię.	0,75	0,70	0,91	0,55	0,69	0,63
12. Przyjaciółom lub moim bliskim mam ochotę dużo powiedzieć, ale mi nie wychodzi.	0,95	0,71	0,91	0,61	0,79	0,42
Alogia – suma	3,40	2,44	-	-	0,77	-
13. Trudno mi osiągnąć cele, które sobie wyznaczyłem/łam.	1,05	0,75	0,91	0,52	0,86	0,57
14. Ciężko mi wykonywać regularnie codzienne czynności.	0,67	0,76	0,91	0,63	0,78	0,79
15. Jest wiele rzeczy, których nie robię ponieważ brak mi motywacji lub ochoty.	0,95	0,78	0,91	0,69	0,81	0,81
16. Wiem, że muszę wykonać różne czynności (np. wstać lub umyć się), ale brakuje mi energii.	0,78	0,83	0,91	0,48	0,63	0,63
Awolucja – suma	3,45	2,61	-	-	0,85	-
17. Nie odczuwam specjalnie przyjemności dyskutując z innymi.	0,83	0,81	0,90	0,74	0,68	0,75
18. Trudno mi odczuwać przyjemność nawet podczas tych czynności, które sam wybrałem/łam.	0,60	0,78	0,91	0,63	0,69	0,73
19. Kiedy wyobrażam sobie, że wykonuję tę lub inną czynność, to również nie sprawia mi to przyjemności.	0,70	0,79	0,91	0,69	0,69	0,72
20. Seks, nie widzę w tym żadnej korzyści.	0,65	0,74	0,91	0,44	0,89	0,29
Anhedonia – suma	3,45	2,47	-	-	0,80	-
SNS – suma	16,4	9,7	0,91	-	-	-

α C1 – współczynnik alfa Cronbacha dla całej skali; α C2 – dla podskal; MD1 – wskaźnik mocy dyskryminacyjnej dla całej skali; MD2 – dla podskal

W badanej grupie chorych średnie nasilenie objawów negatywnych schizofrenii mierzonych za pomocą skali SNS wynosiło $16,4 \pm 9,7$ punktu. Wskaźnik alfa-Cronbacha dla całej skali wynosił 0,91 i wartość ta nie ulegała istotnej zmianie po usunięciu każdej z 20 pozycji skali, pozostając w granicach 0,90–0,92. Współczynniki mocy dyskryminacyjnej pozycji w obrębie całej skali wynosiły 0,24–0,74, przy czym najniższa moc dyskryminacyjna (0,24) dotyczyła pozycji 5 opisującej zmniejszenie amplitudy emocjonalnej („Mówią mi, że nie jestem ani wesoły/a, ani smutny/a i że nie złoścę się zbyt często”).

Wskaźnik alfa-Cronbacha dla poszczególnych podskal wynosił 0,61–0,85. Dla podskal asocjalności, alogii, awolucji i anhedonii wahał się w granicach 0,77–0,85, co oznaczało ich bardzo dobrą rzetelność, natomiast nieco niższy był w podskali splotonego afektu (0,61). Współczynniki mocy dyskryminacyjnej pozycji w obrębie podskal wynosiły 0,27–0,81, przy czym najniższa moc dyskryminacyjna występowała

w pozycji 5 (0,31) i 8 (0,27) podskali spłyconego afektu oraz w pozycji 20 (0,29) podskali anhedonii opisującej nastawienie do aktywności seksualnej.

W tabeli 2 przedstawiono współczynniki korelacji skali SNS i jej podskal ze skalą BNSS i jej odpowiednimi podskalami (asocjalność, błady afekt, alogia, awolicja i anhedonia).

Tabela 2. **Współczynniki korelacji skali SNS i jej podskal ze skalą BNSS i jej odpowiednimi podskalami**

	BNSS Suma	BNSS Asocjalność	BNSS Błady afekt	BNSS Alogia	BNSS Awolicja	BNSS Anhedonia
SNS Suma	$r = 0,495$ $p = 0,001$					
SNS Asocjalność		$r = 0,608$ $p < 0,001$				
SNS Błady afekt			$r = 0,419$ $p = 0,007$			
SNS Alogia				$r = 0,346$ $p = 0,029$		
SNS Awolicja					$r = 0,490$ $p = 0,001$	
SNS Anhedonia						$r = 0,409$ $p = 0,009$

Wynik całkowity SNS, jak i wyniki poszczególnych podskal (asocjalność, błady afekt, alogia, awolicja i anhedonia) wykazywały wysoką, istotną korelację z całkowitym wynikiem BNSS oraz jej odpowiednimi podskalami. Najsilniejsza korelacja dotyczyła asocjalności, a najslabsza, aczkolwiek również istotna – alogii.

Omówienie

Skala SNS to pierwsza skala samooceny objawów negatywnych dokonująca ewaluacji wszystkich pięciu domen objawów negatywnych, tj. wycofania społecznego, spłyconia afektu, awolicji, anhedonii i alogii. Jej twórcy przeprowadzili dwa badania walidacyjne: pierwsze – obejmujące 49 hospitalizowanych chorych na schizofrenię i zaburzenia schizofreniczne, i drugie – wykonane u 60 chorych na schizofrenię przebywających na oddziale dziennym. Średnie nasilenie objawów mierzonych za pomocą skali wynosiło w pierwszym badaniu $13,8 \pm 8,7$, a w drugim $16,6 \pm 7,4$ punktu. W obu badaniach potwierdzono wysoką rzetelność (zgodność wewnętrzną) skali, dającą wskaźnik alfa-Cronbacha odpowiednio 0,87 i 0,81. Stwierdzono również wysoką korelację wyników ze skalą objawów negatywnych SANS: w pierwszym badaniu korelacja z całkowitym wynikiem SANS wynosiła $r = 0,63$, $p < 0,001$; w drugim badaniu korelacja w zakresie podskali alogii wynosiła $r = 0,55$, $p < 0,001$; awolicji

$r = 0,40$, $p = 0,001$; asocjalności $r = 0,43$, $p < 0,001$; anhedonii $r = 0,30$, $p = 0,017$; bladego afektu $r = 0,23$, $p = 0,067$ (nieznamienne) [13, 14].

Niniejsze opracowanie stanowi pierwszą, po wersji francuskojęzycznej, walidację tej skali. W badanej grupie chorych na schizofrenię leczonych w warunkach ambulatoryjnych i otrzymujących stałą farmakoterapię przez ostatnie 3 miesiące średnie nasilenie objawów negatywnych w skali SNS wynosiło 16,4+9,7, czyli było takie jak u francuskich chorych na schizofrenię przebywających na oddziale dziennym. Podobnie jak w badaniach francuskich, uzyskano wysoki wskaźnik alfa-Cronbacha wynoszący 0,91. Najlepsze wyniki uzyskano w podskali spłyconia emocjonalnego, zarówno jeśli chodzi o wskaźnik alfa-Cronbacha (0,61), jak i moc dyskryminacyjną dwóch itemów tej skali. Można tutaj wspomnieć, że w badaniu autorów francuskich podskala ta nie uzyskała znamiennej korelacji z domeną spłyconego afektu w skali SANS.

W związku z opracowaniem polskiej wersji skali BNSS i jej weryfikacją [2] zaistniała możliwość dokonania analizy korelacyjnej polskiej wersji skali SNS z tą najczęściej używaną obecnie skalą kliniczną II generacji przeznaczoną do oceny objawów negatywnych. Pozwoliło to na ocenę trafności treściowej skali SNS. Okazało się, że skala SNS i jej podskale (asocjalność, błąd afekt, alogia, awolicja i anhedonia) wykazywały istotną korelację zarówno z całkowitym wynikiem BNSS, jak i z wartościami jej odpowiednich podskal, w tym również z podskalą spłyconego afektu.

Ograniczenie prezentowanej pracy stanowić może relatywnie mała liczebność ocenianej grupy. Jednakże jest ona porównywalna z liczebnością grupy badanej w procesie walidacji przeprowadzonym przez twórców skali (49 i 60 pacjentów).

Wyniki uzyskane w niniejszej pracy pozwalają na sformułowanie następujących wniosków. Po pierwsze, znamiennej statystycznie poziom zgodności skali SNS oraz jej poszczególnych domen (asocjalność, błąd afekt, alogia, awolicja i anhedonia) z wynikami skali klinicznej BNSS przemawia za adekwatnością oceny objawów negatywnych przez samego chorego na schizofrenię. Po drugie, stwierdzone w niniejszej pracy dobre właściwości psychometryczne polskiej wersji skali SNS mogą wskazywać na jej przydatność w badaniach objawów negatywnych schizofrenii prowadzonych w naszym kraju. W celu potwierdzenia uzyskanych wniosków analizy walidacyjnej powinny być kontynuowane – z uwzględnieniem również innych aspektów właściwości psychometrycznych i z udziałem większych grup badanych.

Piśmiennictwo

1. Wójciak P, Rybakowski J. *Obraz kliniczny, patogeneza i ocena psychometryczna objawów negatywnych schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(2): 185–197.
2. Wójciak P, Górna K, Domowicz K, Jaracz K, Gołębiowska K. i wsp. *Polska wersja Krótkiej Skali Objawów Negatywnych (Brief Negative Symptom Scale – BNSS)*. Psychiatr. Pol. 2018 (w druku) DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/91490.
3. Hamera EK, Schneider JK, Potocky M, Casebeer MA. *Validity of self-administered symptoms scales in clients with schizophrenia and schizoaffective disorders*. Schizophr. Res. 1996; 19 (2–3): 213–219.

4. Selten JP, Wiersma D, Bosch van den RJ. *Clinical predictors of discrepancy between self-rating and examiner ratings for negative symptoms*. Compr. Psychiatry 2000; 41(3): 191–196.
5. Fleischhacker WW, Rabinowitz J, Kemmler G, Eerdeken M, Mehnert A. *Perceived functioning, well-being and psychiatric symptoms in patients with stable schizophrenia treated with long-acting risperidone for 1 year*. Br. J. Psychiatry 2005; 187(2): 131–136.
6. Ohata H, Yotsumoto K, Taira M, Kochi Y, Hashimoto T. *Reliability and validity of a brief self-rated scale of health condition with acute schizophrenia*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2014; 68(1): 70–77.
7. Liddle PF, Barnes TR. *The subjective experience of deficits in schizophrenia*. Compr. Psychiatry 1988; 29(2): 157–164.
8. Jaeger J, Bitter I, Czobor P, Volavka J. *The measurement of subjective experience in schizophrenia: The Subjective Deficit Syndrome Scale*. Compr. Psychiatry 1990; 31(3): 216–226.
9. Selten JP, Sijben NE, van den Bosch RJ, Omlloo-Visser J, Warmerdam H. *The subjective experience of negative symptoms: A self-rating scale*. Compr. Psychiatry 1993; 34(3): 192–197.
10. Andreasen NC. *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Br. J. Psychiatry 1989; 155(7 Suppl.): 53–58.
11. Llerena K, Park SG, McCarthy JM, Couture SM, Bennett ME, Blanchard JJ. *The Motivation and Pleasure Scale – Self Report (MAP – SR): Reliability and validity of a self-report measure of negative symptoms*. Compr. Psychiatry 2013; 54(5): 568–574.
12. Horan WP, Kring AM, Gur RE, Reise SP, Blanchard JJ. *Development and psychometric validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS)*. Schizophr. Res. 2011; 132(2–3): 140–145.
13. Dollfus S, Mach C, Morello R. *Self-Evaluation of Negative Symptoms: A novel tool to assess negative symptoms*. Schizophr. Bull. 2016; 42(3): 571–578.
14. Hervochon C, Bourgeois V, Rotharmel M, Duboc JB, Le Goff B. i wsp. *Validation of the French version of the self-evaluation of negative symptoms (SNS)*. Encephale 2017. pii: S0013-7006(17)30197-5. Doi: 10. 1016/j.encep.2017.10.002. [Epub ahead of print].
15. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13(2): 261–276.

Adres: Paweł Wójciak
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33
e-mail: p.wojciak@neostrada.pl

Otrzymano: 12.06.2018
Zrecenzowano: 29.08.2018
Otrzymano po poprawie: 10.09.2018
Przyjęto do druku: 7.10.2018