

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Psychologica 10 (2017)

ISSN 2084-5596

DOI 10.24917/20845596.10.14

Anna Potoczek¹, Katarzyna Prochwicz

Institut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

Skala Urojeń Peters i współpracowników (PDI) jako narzędzie do badania doświadczeń podobnych do psychotycznych w populacji ogólnej

Streszczenie

Celem artykułu jest omówienie zjawiska doświadczeń podobnych do psychotycznych (ang. PLEs – psychotic-like experiences) oraz przedstawienie narzędzi do pomiaru doświadczeń quasi-urojeniowych – skali Peters et al. Delusions Inventory (PDI, Peters, Pickering, & Hemsley, 1999), jej skróconej wersji – PDI-21 (Peters, Joseph, Day, & Garety, 2004), a także polskiej adaptacji skali PDI – Skali Urojeń Peters i współpracowników (Prochwicz & Gawęda, 2015). Skale pozwalają na pomiar w populacji ogólnej doświadczeń quasi-psychotycznych z kontinuum urojeń. PDI-40 oraz PDI-21 posiadają zarówno wysoką rzetelność, jak i trafność. Oprócz częstości występowania poszczególnych doświadczeń, skala mierzy związany z nimi dystres, stopień zaabsorbowania niezwykłymi myślami oraz wiarę w prawdziwość przekonań. Badania z użyciem narzędzia pokazały, że różnica pomiędzy osobami zdrowymi i diagnozowanymi z powodu zaburzeń psychotycznych ma charakter przede wszystkim jakościowy, a nie tylko ilościowy. Oprócz opisu narzędzia w artykule przedstawiona została hipoteza kontinuum zaburzeń psychotycznych i wspierające ją badania empiryczne, jak również czynniki demograficzne, biologiczne i społeczne związane z występowaniem doświadczeń quasi-psychotycznych.

Słowa kluczowe: doświadczenia podobne do psychotycznych, hipoteza kontinuum psychotycznego, Peters et al. Delusions Inventory, skale do pomiaru doświadczeń quasi-psychotycznych

Peters and colleagues Delusions Inventory as a tool to measure psychotic-like experiences in the general population

Abstract

The aim of the article is to discuss the psychotic-like experiences (PLEs) phenomena, as well as to present the scales designed to measure it: the Peters et al. Delusions Inventory (PDI, Peters, Pickering, & Hemsley, 1999), its short version – PDI-21 (Peters, Joseph, Day, & Garety, 2004), as well as the Polish adaptation of the PDI scale (pol. Skala Urojeń Peters i współpracowników, Prochwicz & Gawęda, 2015). The scales were designed to measure delusional ideation in the general population. Their psychometric properties confirmed that they are valid and reliable instruments to measure psychotic-like experiences. The scales can

¹ Adres do korespondencji: anna.potoczek@gmail.com

be used not only to measure the number of PLEs reported by an individual, but they also measure distress, preoccupation, and conviction associated with them. Studies conducted using PDI scales have shown that the differences between clinical and healthy populations are not only quantitative, but also – and primarily – qualitative. Apart from the description of the instruments, the article presents the continuum hypothesis of psychosis and empirical studies that support it, as well as demographic, biological, and social factors related to psychotic-like experiences.

Key words: psychotic-like experiences, continuum hypothesis of psychosis, Peters et al. Delusions Inventory, delusional ideation scales

Wprowadzenie

Tradycyjny paradygmat badania zaburzeń psychicznych, który ujmuje zaburzenia psychiczne w sposób dychotomiczny (występowanie objawów w populacji klinicznej i ich brak w populacji zdrowej) był przez długi czas dominującym zarówno w obszarze diagnozy psychologicznej, jak i psychiatrycznej (Johns & van Os, 2001). Rozpatrywanie symptomów zaburzeń w kategoriach występowania lub całkowitego ich braku u danej jednostki było pomocne szczególnie w procesie podejmowania decyzji o rozpoczęciu leczenia. Zjawisko to dotyczy m.in. zaburzeń psychotycznych, które w praktyce klinicznej często wciąż traktowane są jako osobna kategoria opozycyjna w stosunku do zdrowia psychicznego. Zmiana w postrzeganiu doświadczeń psychotycznych następowała stopniowo, wraz z pojawieniem się postulatów badania ich bez konieczności odwoływania się do populacji klinicznej (np. Meehl, 1962). Wiązała się ona z przyjęciem założenia o istnieniu kontinuum doświadczeń psychotycznych w populacji ogólnej oraz o tym, że doświadczanie przekonań o charakterze urojeniowym czy przeżyć podobnych do halucynacji nie musi być powiązane z występowaniem u danej jednostki zaburzeń psychicznych. Wyniki wielu badań (np. van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009; Peters, Pickering, & Hemsley, 1999) pokazały, że niektóre myśli i odczucia, dotychczas kojarzone z objawami klinicznymi, są powszechne w populacji. Doświadczenia te, jeśli występują u osób zdrowych z populacji ogólnej, określane są wspólnym mianem „doświadczeń quasi-psychotycznych” lub „doświadczeń podobnych do psychotycznych” (ang. *psychotic-like experiences – PLEs*, Kelleher & Cannon, 2011).

Doświadczenia podobne do psychotycznych – charakterystyka i problemy definicyjne

W literaturze przedmiotu badacze podkreślają problemy z jasnym zdefiniowaniem PLEs ze względu na ich heterogeniczny charakter. Doświadczenia te opisywane są zazwyczaj jako pewne zniekształcenia w myśleniu i postrzeganiu rzeczywistości, charakteryzujące się niekonwencjonalną logiką, które jednak nie muszą być powiązane z żadnego rodzaju zaburzeniem psychicznym. Choć treścią przypominają symptomy obecne u pacjentów psychotycznych, są one znacznie mniej intensywne, trwałe i nieprzystosowawcze. Występowanie PLEs może, choć nie musi, jak w większości przypadków, zwiększać ryzyka wystąpienia w przyszłości pełnych objawów

zaburzeń psychicznych (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giraldez, Paino, & Sierra-Baigrie, 2011).

Przegląd badań dokonany niedawno przez Lee i współpracowników (Lee et al., 2016) wykazał, że definicja PLEs znacząco różni się w poszczególnych pracach badawczych. Fonseca-Pedrero & Debbane (2017) wskazują na fakt, iż pojęcia takie jak doświadczenia podobne do psychotycznych, schizotypowe cechy (ang. *schizotypal traits*) czy podatność psychotyczna są używane zamiennie, bez odpowiedniej operacjonalizacji tych terminów.

Zdaniem autorów wspomniana wymiennosc powyższych terminów nie odnajduje uzasadnienia w wynikach badań. Fonseca-Pedrero i Debbane jako schizotypię (ang. schizotypy) określają specyficzną strukturę osobowości wiążącą się ze zwiększoną podatnością na różnego rodzaju zaburzenia psychotyczne. Jak zauważają, istnieje także konieczność odróżnienia doświadczeń podobnych do psychotycznych od schizotypowych cech. Badania pokazują, że, te pierwsze mają mniej trwały charakter, często zanikają wraz z upływem czasu (największą ilość PLEs deklarują adolescenty, a wśród starszych grup wiekowych ich liczba sukcesywnie spada, np. Linscott & van Os, 2013; Debbané, Badoud, Balanzin, & Eliez, 2013), podczas gdy schizotypowe cechy są raczej stabilne w czasie (Debbané & Barrantes-Vidal, 2015). Doświadczenia podobne do psychotycznych określa się najczęściej jako zestaw niezwykłych doświadczeń przypominających pozytywne symptomy psychotyczne, przede wszystkim halucynacje i urojenia (np. dziwaczne doświadczenia percepcyjne, idee prześladowcze, przekonanie o własnej wyjątkowości), które nie stanowią jednak homogenicznej całości (Yung et al., 2009). Cechy schizotypowe obejmują zaś szersze spektrum charakterystyk, jak np. zniekształcenia poznawczo-percepcyjne, problemy w funkcjonowaniu społecznym czy ogólną dezorganizację zachowania (Fonseca-Pedrero & Debbane, 2017).

Emanuelle Peters i współpracownicy w artykule opisującym właściwości psychometryczne skali PDI nie podają jasnej definicji PLEs, a raczej skupiają się na opisaniu różnicy pomiędzy doświadczeniami quasi-psychotycznymi i urojeniami. Zdaniem autorki kluczowa jest różnica pomiędzy doświadczeniami urojeniowymi (*delusional experiences*) a urojeniowymi przekonaniem (*delusional beliefs*). Garety & Hemsley (1994) definiują urojenia jako oceny pewnych zjawisk (zarówno pochodzenia zewnętrznego, jak i wewnętrznego). Same zjawiska nie mają jednak charakteru psychotycznego – urojeniowość uwidacznia się dopiero w sądach dotyczących tych zjawisk. Peters et al. (1999) przytaczają przykład obiektywnie występującego zdarzenia, jakim jest szept pomiędzy dwiema osobami. W zależności od interpretacji obserwatora, może on być oznaką wymiany prywatnych informacji, bądź też dowodem na zawiązywanie spisku pomiędzy rozmówcami. Jak podkreśla autorka, by zrozumieć, a więc także być w stanie badać urojenia, powinno się mieć informację nie tylko o ich treści, ale także o sile przekonania co do ich prawdziwości. Garety & Hemsley (1987) badając pacjentów deklarujących myśli urojeniowe, wyróżnili także takie komponenty urojeń jak wywoływany przez nie dystres, siłę wiary w ich prawdziwość, destrukcyjność urojeń oraz stopień, w jakim myśli te są dla osoby zajmujące. Te i inne badania (np. Harrow, Rattenbury, & Stoll, 1998) potwierdziły, że urojeń nie powinno się traktować w sposób dychotomiczny (stwierdzać albo

ich występowanie albo całkowity brak), lecz raczej należy próbować usytuować ich różne komponenty na kontinuum w zależności od nasilenia. Zdaniem Peters et al. (1999) to właśnie wymienione wcześniej charakterystyki myśli urojeniowych, a nie sama informacja o występowaniu urojeń lub ich braku, są kluczowe dla możliwości przewidywania wystąpienia załamania psychicznego u danej osoby. Podsumowując, deklaracja o pojawieniu się na przestrzeni życia doświadczeń podobnych do psychotycznych (np. wrażenie, że posiada się wyjątkowe moce lub doświadcza braku jakichkolwiek myśli) nie musi koniecznie pociągać za sobą ich urojeniowej interpretacji (jak np. bycie wybrańcem Boga lub kradzież myśli jednostki przez wrogie siły).

Idea istnienia kontinuum pomiędzy zdrowiem psychicznym a chorobą jest obecna w literaturze psychologicznej od bardzo dawna (np. Bleuler, 1911; Meehl, 1962). W latach 80. i 90. XX wieku zyskała ona znaczne wsparcie w badaniach wskazujących m.in. na to, że osoby z populacji ogólnej, które deklarują występowanie podobnych doświadczeń jak osoby z diagnozą psychozy stykały się z podobnymi czynnikami ryzyka (Claridge, 1994), a także że występowanie podobnych doświadczeń wiąże się ze zwiększonym prawdopodobieństwem zapadnięcia na zaburzenia psychotyczne (np. Cannon, Mednick, & Parnas, 1990).

Jak zauważają Johns & van Os (2001), doświadczenia quasi-psychotyczne powinno się postrzegać w kategoriach raczej jakościowych, a nie ilościowych – od „normy” na jednym krańcu aż po ostre objawy psychotyczne na drugim krańcu kontinuum. Zdaniem badaczy mówienie o zaburzeniach psychotycznych w kategoriach dychotomicznych (zdrowia i choroby), mogłoby mieć miejsce tylko w przypadku, jeśli ich wystąpienie byłoby uwarunkowane pojedynczym czynnikiem, na przykład genetycznym. Etiologia tych zaburzeń jest jednak bardziej złożona, a objawy występujące u danej jednostki prawdopodobnie zależą od wielu czynników oraz od zachodzących między nimi interakcji (Johns & van Os, 2001).

Rozpowszechnienie symptomów psychotycznych i doświadczeń podobnych do psychotycznych w populacji

Pierwsze badania dotyczące rozpowszechnienia symptomów psychotycznych w populacji ogólnej pochodzą jeszcze z końca XIX wieku. Wywiady przeprowadzone wówczas z grupą 17 tysięcy osób niediagnostowanych z powodu zaburzeń psychicznych pokazały, że 8% mężczyzn oraz 12% kobiet deklarowało doświadczenie halucynacji przynajmniej raz w ciągu całego życia (Sidgwick, Johnson, Myers, Podmore, & Sidgwick, 1894, za: Johns & van Os, 2001).

National Comorbidity Survey, pierwsze zorganizowane na masową skalę badania dotyczące zdrowia psychicznego populacji ogólnej, przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych w latach 1990–1992, pokazały, że aż 28,4% badanych odpowiedziało pozytywnie na przynajmniej jedno pytanie o występowanie objawów psychotycznych (Kendler, Gallagher, Abelson, & Kessler, 1996). Podobne wyniki przyniosły badania prowadzone przez zespół van Osa w ramach projektu NEMESIS (The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study; van Os, Hanssen, Bijl, & Ravelli, 2000). Spośród przeszło siedmiu tysięcy badanych aż 17,5% deklarowało doświadczenie przynajmniej jednego symptomu przypominającego kliniczny objaw

psychozy. Mimo to, tylko 2% spośród tej grupy osób otrzymało diagnozę psychozy zgodnie z kryteriami DSM-III-R. To zdaniem van Osa oznacza, że fenotyp psychozy może być nawet 50 razy bardziej rozpowszechniony w populacji ogólnej niż doświadczenia psychotyczne spełniające kliniczne kryteria zaburzeń psychicznych (van Os et al., 2000).

Zespół Nuevo przeprowadził badania zdrowia psychicznego w populacji ogólnej na próbie ponad ćwierć miliona osób z 52 różnych krajów. W tej grupie odsetek osób, u których zdiagnozowano schizofrenię wynosił 1,04%, jednak odsetek osób, które doświadczały myśli urojeniowych był kilkukrotnie wyższy. Występowanie urojeń odnoszących i prześladowczych deklarowało 8,37% osób, urojeń kontroli 4,8% badanych, zaś halucynacji 5,81% (Nuevo et al., 2012).

W zależności od grupy badanej, szacunkowe występowanie doświadczeń podobnych do psychotycznych wynosi od kilku do kilkunastu procent (van Os et al., 2009), podczas gdy rozpowszechnienie zaburzeń spełniających kliniczne kryteria zaburzeń psychotycznych w populacji to jedynie 0,2% do 0,7% (Kendler et al., 1996). Sugeruje to, że w populacji ogólnej tylko niewielki odsetek spośród całości kontinuum objawów stanowią przypadki spełniające kliniczną definicję zaburzenia psychotycznego.

Peters et al. (1999) wskazują, że przekonania urojeniowe są zjawiskiem wieloaspektowym. Związany z nimi dystres, stopień zaabsorbowania niezwykłymi myślami i wiara w prawdziwość przekonań to czynniki pozwalające na odróżnienie urojeń od doświadczeń podobnych do psychotycznych. Osoby zdrowe z populacji ogólnej najczęściej potwierdzają następujące doświadczenia podobne do urojeniowych: dopatrywanie się w wypowiedziach innych osób aluzji lub podwójnych znaczeń (42,2%), bycie w jakiś sposób prześladowanym (25,5%), szczególna bliskość z Bogiem (21,4%), poczucie bycia niezwykłą, specjalną osobą (12,1%) czy przekonanie o istnieniu spisku przeciwko jednostce (10,4% badanych). Stosunkowo często w deklaracjach osób zdrowych pojawiają się także: wiara w popełnianie większej ilości grzechów niż większość ludzi czy powracanie myśli echem (Verdoux et al., 1998a). Kontinuum doświadczeń psychotycznych rozciąga się więc od mało angażujących jednostkę ekscentrycznych przekonań (jak np. wiara w horoskopy), aż po wywołujące znaczny dystres i uniemożliwiające prawidłową percepcję rzeczywistości urojenia i halucynacje (Sisti et al., 2012). Ten stan wiedzy nie odnajdował jednak odzwierciedlenia w narzędziach psychometrycznych, których konstrukcja wymagała udzielenia odpowiedzi twierdzącej lub przeczącej („tak” lub „nie”) na pytania dotyczące występowania u badanych doświadczeń podobnych do urojeniowych.

Czynniki demograficzne, biologiczne i społeczne związane z występowaniem doświadczeń podobnych do psychotycznych

Doświadczenia podobne do psychotycznych przypominają zaburzenia psychotyczne nie tylko jakościowo. Wiążą się one także z podobnymi czynnikami ryzyka (van Os et al., 2009) dysfunkcjami emocjonalnymi (Gawęda, Holas, & Kokoszka, 2012) czy językowymi (Blanchard et al., 2010).

Zgodnie z metaanalizą dokonaną przez van Osa et al. (2009) doświadczenia quasi-psychotyczne, podobnie jak kliniczne zaburzenia ze spektrum psychozy (znajdujące się na drugim krańcu kontinuum psychotycznego), mają związek ze specyficznymi charakterystykami demograficznymi – obserwuje się na przykład częstsze ich występowanie wśród mężczyzn, imigrantów, osób bezrobotnych, gorzej wykształconych czy samotnych. Do czynników ryzyka PLEs zalicza się także dorastanie w środowisku miejskim oraz stosowanie marihuany, alkoholu i innych środków psychoaktywnych (Spauwen, Krabbendam, Lieb, Wittchen, & van Os, 2006; van Os et al., 2009). U osób deklarujących przekonania o charakterze urojeniowym często widoczne są także symptomy depresji, zaburzeń lękowych i zachowań antyspołecznych (Kelleher & Cannon, 2011). Badania pokazały również, że nasilenie doświadczeń podobnych do psychotycznych jest negatywnie skorelowane z wiekiem – najwyższe zaobserwować można u adolescentów i w grupie wiekowej od 18 do 29 roku życia, sukcesywnie maleje ono wraz z wiekiem – niższe niż adolescenci wyniki na skalach mierzących PLEs uzyskują osoby z grupy wiekowej 30–49 lat, jeszcze niższe są one w grupie osób od 50 do 69 roku życia, najniższe zaś u osób powyżej 70 roku życia (Verdoux & van Os, 2002).

Badania obejmujące analizę historii chorób psychicznych w rodzinach osób z doświadczeniami podobnymi do psychotycznych potwierdziły dziedziczność PLEs; odnotowano także większe nasilenie oraz częstsze współwystępowanie PLEs u bliźniąt monozygotycznych niż dzygotycznych (Lataster, Myin-Germeys, Derom, Thiery, & van Os, 2009; Polanczyk et al., 2010). Badania Polanczyka i zespołu ujawniły także kowariancję pomiędzy doświadczeniami podobnymi do psychotycznych a występowaniem zaburzeń ze spektrum schizofrenii u matek, ilością hospitalizacji psychiatrycznych oraz prób samobójczych u członków rodziny (Polanczyk et al., 2010). Wciąż brakuje natomiast jednoznacznych badań wskazujących na powiązania podobnych doświadczeń z konkretnymi genami (Kelleher & Cannon, 2011).

Jak pokazały badania Poultona oraz Welham, występowanie doświadczeń podobnych do psychotycznych u adolescentów wiązało się z kilku- lub nawet kilkunastokrotnie większą szansą na pojawienia się w dorosłości zaburzeń ze spektrum schizofrenii (Poulton et al., 2000; Welham et al., 2009). Dane te uznawane są za dowód na istnienie kontinuum pomiędzy występowaniem doświadczeń quasi-psychotycznych i zaburzeniami psychotycznymi. Wysokie wyniki uzyskiwane w testach mierzących doświadczenia podobne do psychotycznych stanowią więc predyktor w zakresie zapadania na zaburzenia psychotyczne. Z drugiej jednak strony, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie PLEs, uprawomocnionym jest stwierdzenie, że tylko u niewielkiej części osób prezentujących doświadczenia quasi-psychotyczne w przyszłości rozwiną się zaburzenia psychiczne (van Os et al., 2009).

Skala Urojeń Peters i współpracowników (PDI)

Jak nadmieniono wcześniej, pomiar doświadczeń podobnych do urojeń w populacji ogólnej do czasu stworzenia skali PDI był utrudniony, ponieważ kwestionariusze zawierały opis symptomów pojawiających się niemal wyłącznie u pacjentów z diagnozą kliniczną albo, z drugiej strony, doświadczeń tak powszechnych, że

trudno uznać je za posiadające quasi-urojeniowy charakter. Efektem tego były odpowiednio brak możliwości wykrycia tych doświadczeń w populacji ogólnej (jak na przykład przy użyciu DSSI – The Foulds Delusions-Symptoms-State Inventory, Foulds & Belford, 1975) lub odwrotnie – uzyskiwanie rozkładów wyników nieróżniących się istotnie od wyników pojawiających się u osób cierpiących na schizofrenię (np. w Magical Ideation Scale, Eckblad & Chapman, 1986).

W 1999 roku Peters i współpracownicy stworzyli skalę służącą do badania idei urojeniowych u osób z ogólnej populacji – Skalę Urojeń Peters i współpracowników (Peters et al. Delusions Inventory – PDI; Peters et al., 1999); jak twierdzą autorzy, ich narzędzie powstało właśnie po to, by wypełnić tę lukę w psychometrii klinicznej.

Narzędzie zbudowane zostało na podstawie częściowo ustrukturuwanego wywiadu Present State Examination (Wing, Cooper, & Satorius, 1974), z którego zaczerpnięto pytania i zmodyfikowano je w taki sposób, aby mogły posłużyć do badania przedstawicieli zdrowej populacji. Oryginalna skala zawierała pytania sformułowane w sposób dychotomiczny i odnoszące się do konkretnego punktu w czasie (np. „Czy ktoś celowo chce Cię skrzywdzić?”). W PDI itemy zmienione zostały tak, by uchwytować zdarzenia w dłuższej perspektywie czasowej (np. „Czy kiedykolwiek miewasz poczucie, że ktoś celowo chce Cię skrzywdzić?”). Brzmienie pytań zostało również złagodzone – np. przez dodawanie do nich określeń „w jakiś sposób”, „jak gdyby” (przykładowo pochodzące z PSE pytanie „Czy jesteś pod kontrolą jakiejś obcej mocy?” w PDI brzmi „Czy kiedykolwiek miałeś wrażenie, że kontroluje cię jakaś inna siła poza tobą?”). W ten sposób badacze uzyskali 35 pytań, do których dodali 5 kolejnych, dotyczących ugłaśniania myśli, nasyłania myśli, powracania myśli echem oraz czytania w myślach.

Skala zawiera pytania odnoszące się do 8 kategorii przekonań urojeniowych: (1) urojenia oddziaływania, (2) związane z błędną interpretacją, identyfikacją i ksobne, (3) prześladowcze, (4) wielkościowe, (5) odnoszące się do różnego rodzaju wpływów, (6) inne urojenia, (7) urojenia oparte na poczuciu winy, depersonalizacji, związane z hipochondrią i (8) urojenia związane z czytaniem w myślach i przekazem informacji w niezwykle sposób.

W porównaniu do oryginalnej skali PSE, w PDI dodano trzy podskale, na których badani określają nasilenie 1) stresu wywoływanego przez wymienione doświadczenie (od 1 – „W ogóle nie stresujące” do 5 – „Bardzo stresujące”), 2) pochłonięcie nim (od 1 – „Bardzo rzadko o tym myślę” do 5 – „Myślę o tym cały czas”), a także 3) przekonanie o prawdziwości doświadczenia (od 1 – „W ogóle nie wierzę że to prawda” do 5 – „Jestem absolutnie przekonany, że to prawda”).

W skali PDI badani odpowiadają na 40 pytań dotyczących różnego rodzaju doświadczeń quasi-psychotycznych. Jeśli potwierdzą, że wystąpiło u nich którekolwiek z tych doświadczeń, na trzech dodatkowych podskalach mających postać 5-punktowej skali Likerta zaznaczają nasilenie związanego z tym doświadczeniem dystresu, stopień przekonania o prawdziwości tego doświadczenia oraz stopień zaabsorbowania nim. Jak wskazują Peters i współpracownicy, dzięki temu nowa skala przenosi ciężar ważności pytań z tego *w co* wierzą badani, na to *w jaki sposób* wierzą (Peters et al., 2004). Ponieważ skala składa się z 40 pytań, na które badany odpowiada „tak” lub „nie” oraz z trzech podskal, których pytania punktowane są na

skali 1–5, możliwe jest uzyskanie od 0 do 40 punktów w skali głównej i od 0 do 200 punktów na każdej z trzech dodatkowych podskal.

Trafność i rzetelność skali PDI sprawdzana była w badaniach przeprowadzonych na przedstawicielach populacji ogólnej (272 osoby, które zadeklarowały brak historii leczenia psychiatrycznego), jak również na grupie klinicznej. Większość badanych w pierwszej grupie stanowili uczestnicy szkoły letniej dla dorosłych (w wieku od 19 do 75 lat, $M = 36,5$, $SD = 10,2$). Zgodnie z założeniami autorów badania, grupa była silnie heterogeniczna – jej przedstawiciele różnili się od siebie statusem ekonomicznym, pochodzeniem etnicznym i wykształceniem. Grupa kliniczna składała się z 35 pacjentów, którzy zostali opisani przez prowadzącego klinicystę jako posiadający cechy psychotyczne (przy jednoczesnym braku historii nadużywania alkoholu oraz zaburzeń neurologicznych). Dodatkowo pacjenci zbadani zostali skalą Manchester Scale (Krawiecka, Goldberg, & Vaughan, 1977) w celu wyłonienia z próby klinicznej osób przejawiających urojenia. Po wykluczeniu badanych, którzy nie zostali zakwalifikowani jako przejawiający urojenia oraz tych, którzy odmówili wypełnienia kwestionariusza, wyłoniono grupę badaną składającą się z 20 pacjentów ($M = 35$, $SD = 10$). Wyniki badań Peters et al. (1999) pokazały, że skala PDI-40 charakteryzuje się wysoką rzetelnością (współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,88)², co potwierdziły także badania metodą test-retest – korelacja pomiędzy odpowiedziami badanych w dwóch pomiarach przeprowadzonych w odstępie jednego roku wynosiła $r = 0,82$ ($p < 0,001$). Trafności narzędzia dowodzą natomiast wysokie korelacje z trzema innymi narzędziami służącymi do pomiaru urojeń: STA (Schizotypal Personality Scale, Claridge & Broks 1984), Mgl (Magical Ideation Scale, Eckblad & Chapman 1983) oraz DSSI (Delusions Symptom-State Inventory, Foulds & Bedford 1975) (Peters et al., 1999). Procent wspólnej wariancji pomiędzy tymi miarami a PDI w próbie z populacji ogólnej wynosił kolejno 58%, 52% oraz 54%.

Badacze dokonali także analizy głównych składowych z rotacją varimax w celu uzyskania niezależnych składników, bez wcześniejszych założeń co do struktury skali. Wyniki analiz wskazały na istnienie 11 komponentów wyjaśniających 59% całkowitej wariancji, takich jak: przekonania religijne (C1), przekonania przesładowcze (C2), przekonania dotyczące nadzwyczajnej wartości (C3), wiara w zjawiska paranormalne (C4), zaburzenia myślenia (C5), podejrzliwość (C6), przekonania katastroficzne i dotyczące odsłonięcia myśli (C7), negatywne przekonania dotyczące ja (C8), paranoidalne wyobrażenia (C9), przekonania dotyczące wpływu i oddziaływania (C11) oraz depersonalizacja (C12). W późniejszych badaniach prowadzonych z użyciem skali struktura ta nie została jednak zreplikowana w opisanym kształcie (np. Prochwicz & Gawęda, 2015; Jung et al., 2008).

Co istotne, zakres wyników uzyskiwanych przez badanych z grupy osób zdrowych i pacjentów był bardzo zbliżony (od 0 do 31 doświadczeń deklarowanych w pierwszej grupie w porównaniu do 2 do 35 doświadczeń w grupie pacjentów). Osoby zdrowe potwierdzały występowanie średnio 10 spośród 40 doświadczeń w ciągu całego życia, zaś pacjenci – 21 spośród 40 możliwych. Szczególnie duże

² W tekście oryginalnym nie uwzględniono informacji o rzetelności poszczególnych podskal.

różnice pomiędzy dwoma powyższymi grupami widoczne były na podskalach mierzących dystres (22 vs 75 punktów), pochłonięcie swoimi myślami (21 vs 75 punktów) oraz przekonanie o prawdziwości własnych przekonań (30 vs 89 punktów). Dla porównania różnice pomiędzy obiema grupami były znacznie niższe zarówno na skali STA (13 vs 17 na 37 możliwych do uzyskania punktów) i MGI (12 vs 14 na 30 możliwych do uzyskania punktów). Wyniki te potwierdziły, że PDI lepiej niż dotychczas stosowane narzędzia pozwala na rozróżnianie osób zdrowych od osób cierpiących na zaburzenia psychiatryczne.

Skrócona wersja Skali Urojeń Peters i współpracowników (PDI-21)

W 2004 r. Peters, Joseph, Day i Garety stworzyli skróconą wersję PDI złożoną z 21 pytań – PDI-21. Na podstawie analiz statystycznych z 40 itemów pochodzących z poprzedniej wersji skali PDI autorzy wybrali 21, które ich zdaniem najlepiej pozawalały mierzyć PLEs. Celem tego zabiegu było stworzenie spójnej, a jednocześnie mniej czasochłonnej w użyciu skali obejmującej szeroki wachlarz doświadczeń podobnych do psychiatrycznych. Podobnie jak w przypadku oryginalnej skali, badania przeprowadzone zostały na przedstawicielach populacji ogólnej (zdrowych psychicznie uczestnikach otwartej szkoły letniej o zróżnicowanym wiek i wykształceniu), a także na grupie 24 pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi.

Podobnie jak w poprzedniej wersji PDI, do skali głównej dołączone zostały trzy podskale mierzące dystres związany z opisanym doświadczeniem, przekonanie o prawdziwości doświadczenia i stopień zaabsorbowania nim. W związku z tym możliwy do uzyskania przez badanego wynik wynosił od 0 do 21 punktów w ramach skali głównej oraz od 0 do 105 punktów na każdej z trzech podskal.

Analizy statystyczne pokazały, że PDI-21 posiada wysoką rzetelność (współczynnik alfa Cronbacha wynosił 0,82), jak i trafność. Badania metodą test-retest wykonywane w odstępie jednego roku na tej samej grupie badanych dały zbliżone wyniki (r Spearmana = 0,78). W celu potwierdzenia trafności konwergencyjnej sprawdzono korelacje PDI ze skalą DSSI (Delusions Symptom-State Inventory, Foulds & Bedford, 1975), popularnym narzędziem do pomiaru urojeń, które okazały się być satysfakcjonująco wysokie (r Spearmana = 0,61).

Struktura czynnikowa skali PDI-21 była wielokrotnie analizowana w badaniach, jednak ich wyniki nie są spójne. Lopez-Ilundain, Perez-Nievas, Otero, & Mata (2006) uzyskali na podstawie analizy czynnikowej siedem czynników, które zinterpretowali jako przekonania dotyczące wpływu, przekonania depresyjne, paranoidalne, dotyczące nadzwyczajnej wartości, przekonania osobne, religijne oraz myślenie magiczne. Jones & Fernyhough (2007) próbowali zreplikować te wyniki na grupie 493 osób z populacji ogólnej, jednak nie uzyskali potwierdzenia opisanej struktury. Na podstawie tych i innych wyników badań autorzy wyciągnęli wniosek, iż najlepszym rozwiązaniem jest uznanie jednowymiarowej struktury skali PDI-21.

Podobnie jak w wersji oryginalnej, osoby z populacji ogólnej uzyskiwały niższe niż pacjenci wyniki zarówno w głównej skali (średnio 6,7/21 pkt vs. 11,9/21 pkt), jak i w jej trzech podskalach (średnio 59/315 pkt vs 131/315 pkt). Co ciekawe, choć pacjenci uzyskiwali wyższe wyniki od osób zdrowych, ich rozpiętość w obu grupach

była taka sama i wynosiła od 0 do 21 punktów (a więc dokładnie tyle, ile rozpiętość całej skali). Zdaniem badaczy potwierdza to istnienie w populacji kontinuum doświadczeń o charakterze quasi-psychotycznym, a także wskazuje na konieczność rozpatrywania tych doświadczeń w kategoriach nie ilościowych, lecz jakościowych (Peters et al., 2004).

Różnice kulturowe

Skale PDI przetłumaczone zostały na szereg języków, m.in. hiszpański (López-Illundian et al., 2006), włoski (Preti, Maronigu, Petretto, Miotto, & Masala, 2007), chiński (Kao, Wang, Lu, Cheng, & Liu, 2012), japoński (Yamasaki et al., 2004), koreański (Jung et al., 2008), polski (Prochwicz & Gawęda, 2015) czy francuski (Verdoux et al., 1998a). Wszystkie wymienione adaptacje cechują się wysoką rzetelnością, jednak przeprowadzone z ich użyciem badania pokazują, że w interpretacji wyników niezwykle ważna jest świadomość istnienia różnic kulturowych.

Na podstawie wyników badań prowadzonych przy użyciu adaptacji skal PDI-40 oraz PDI-21 zaobserwować można istotne różnice w ilości deklarowanych doświadczeń, jak i w nasileniu odczuwanego dystresu, pochłonięcia swoimi myślami i wiary w ich prawdziwość w poszczególnych państwach. Na przykład, podczas gdy w oryginalnej skali średni wynik uzyskiwany przez Brytyjczyków wyniósł 9,7 na 40 możliwych doświadczeń (Peters et al. 1999), próby tajwańska (Kao et al., 2012) i koreańska (Jung et al., 2008) uzyskiwały niższe wyniki (średnio 5,85 oraz 7,82 deklarowanych doświadczeń). Niższe okazały się być także wyniki uzyskane w Niemczech (7 na 40 pkt, Lincoln i in., 2007). W próbie polskiej wynik ten był wyższy niż w badaniach Peters et al. (1999) i wynosił 12,5 na 40 możliwych punktów. Z użyciem skali PDI-21 przeprowadzono również badania w Ugandzie (Lundberg, Cantor-Graae, Kabakyenga, Rukundo, & Ostergren, 2004) które pokazały, że próba ta uzyskiwała wyższe wyniki porównaniu z państwami europejskimi i azjatyckimi (średnio 9,8 na 21 doświadczeń w porównaniu z np. 6,7 na 21 deklarowanych doświadczeń w Wielkiej Brytanii czy 4,9 na 21 doświadczeń w Korei). Co ciekawe, badanie na próbie osób z populacji ogólnej w Ugandzie pokazały, że częstość występowania różnego rodzaju doświadczeń quasi-urojeniowych różni się na terenach miejskich i wiejskich, na przykład w miastach przekonanie o istnieniu czarnej magii deklarowało 17% badanych w porównaniu z 56% na terenach wiejskich.

Różnice kulturowe widoczne są także w częstości deklaracji poszczególnych doświadczeń na skali. Na przykład w próbie koreańskiej 42% respondentów z populacji ogólnej miało wrażenie, że urządzenia elektroniczne wpływają na ich myślenie, w porównaniu z 26% w próbie polskiej. Z kolei stosunkowo popularne w Polsce przekonanie o byciu zdradzonym przez partnera (twierdząco odpowiedziało 41% respondentów) w próbie koreańskiej występowało niezwykle rzadko (u 3,2% badanych). Widoczne są także znaczne różnice w rozpowszechnieniu przekonań o charakterze religijnym. Niezwykłą bliskość z Bogiem deklarowało np. 36% respondentów w Polsce, 30% w próbie brytyjskiej, ale tylko 6% na Tajwanie (Kao et al., 2012, Peters et al., 2004, Prochwicz & Gawęda, 2015).

Powyższe wyniki potwierdzają, że częstość występowania doświadczeń podobnych do urojeniowych jest zależna od kultury, w której wychowała się dana osoba. Doświadczenia, które w niektórych państwach pojawiają się rzadko i uznawane są za anormalne, w innych występują powszechnie wśród przedstawicieli populacji ogólnej, np. stanowiąc element wierzeń religijnych. W związku z tym badacze posługujący się skalą PDI powinni wykazywać wysoką wrażliwość na różnorodność kulturową, a interpretacja wyników danej osoby zawsze powinna być osadzona w kontekście narodowym czy religijnym.

Polska adaptacja Skali PDI – Skala Urojeń Peters i współpracowników

Choć badania dotyczące doświadczeń podobnych do psychotycznych są prowadzone w psychologii od kilku dekad, na gruncie polskim zagadnienie to badane jest od niedawna. W roku 2011 powstała Polska wersja Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (RHS) Morrisona i współpracowników (Gawęda & Kokoszka, 2011), która umożliwiła badanie w populacji ogólnej doświadczeń quasi-psychotycznych z kontinuum omamów. Do czasu opracowania polskiej wersji skali PDI niemożliwy jednak był pomiar doświadczeń podobnych do psychotycznych z kontinuum urojeń.

W badaniach nad polską skalą wzięło udział 421 kobiet i mężczyzn w wieku od 16 do 57 lat o zróżnicowanym poziomie wykształcenia. Bazując na wynikach badań pokazujących, że pytania w skali PDI są uniwersalne kulturowo, autorzy użyli metody translacji (wierne przetłumaczenie oryginału z języka angielskiego na polski), po czym polską wersję poddano tłumaczeniu zwrotnemu. Średni wynik uzyskany przez badanych wynosił 12,5 punktu, zaś rozpiętość wyników wynosiła od 0 do 34 punktów. Podobnie jak w przypadku oryginalnej skali nie zaobserwowano różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, zaś wiek badanych był ujemnie skorelowany z całkowitym wynikiem na skali PDI, jak i wynikami na poszczególnych podskalach.

Analiza czynnikowa przeprowadzona przez Prochwicz & Gawędę potwierdziła strukturę uzyskaną przez Peters jedynie częściowo. Czynniki uzyskane przez badaczy to: przekonania dotyczące oddziaływania i błędnego utożsamienia (C1), przekonania religijne (C2), przekonania dotyczące wpływu (C3), przekonania dotyczące nadzwyczajnej wartości i posłannictwa (C4), podejrzliwość (C5), przekonania prześladowcze i dotyczące zniekształceń ciała (C6), derealizacja (C7), przekonania ksobne i dotyczące odstąpienia myśli (C8), przekonania prześladowcze (C9), wiara w telepatię (C10), przekonania o treści seksualnej (C11), przekonania katastroficzne i dotyczące poczucia winy (C12), przekonania dotyczące utraty kontroli i echo myśli (C13) oraz wiara w zjawiska paranormalne (C14).

Polska wersja językowa Skali Urojeń Peters et al. charakteryzuje się wysoką rzetelnością, zbliżoną do oryginału (alfa Cronbacha = 0,85) i jednoczynnikową strukturą. Przy okazji walidacji polskiej adaptacji skali autorzy przeprowadzili również badania nad częstotliwością występowania doświadczeń w populacji polskiej, które pokazały, że aż 97,9% osób badanych zadeklarowało wystąpienie u nich w ciągu życia przynajmniej jednego doświadczenia z kontinuum urojeń. Średnio badani

potwierdzili występowanie u nich 31,25% doświadczeń mierzonych przy pomocy skali PDI. Wyniki te wsparły omawianą wcześniej hipotezę o niedychotomicznym rozkładzie doświadczeń podobnych do psychotycznych w populacji. Autorzy zwracają jednak uwagę, że najczęściej deklarowane przez badanych doświadczenia dalekie są od klinicznego obrazu psychozy (jak np. „Ludzie rzucają aluzje na mój temat lub mówią rzeczy o podwójnym znaczeniu”), a także w większości są mało absorbujące i nie wzbudzają u badanych silnego dystresu (Prochwicz & Gawęda, 2015).

Podsumowanie

Podsumowując, skala PDI umożliwia wielowymiarową ocenę doświadczeń podobnych do psychotycznych, których złożoności nie były w stanie odzwierciedlić kwestionariusze opierające się na zerojedynkowych odpowiedziach. Skala Peters i współpracowników jest przykładem odejścia od dychotomicznego postrzegania doświadczeń podobnych do psychotycznych – w dostępnych dotychczas kwestionariuszach badani zmuszeni byli do wyboru pomiędzy potwierdzeniem występowania danego doświadczenia, a zaprzeczeniem, że doświadczenie to kiedykolwiek wystąpiło, co nie pozwalało na uchwycenie złożoności i zróżnicowania przekonań badanych osób (Peters et al., 1999).

Skali PDI używa się do badania doświadczeń o charakterze urojeniowym zarówno w populacji ogólnej, jak i w badaniach klinicznych. Pozwala ona na efektywne odróżnianie osób cierpiących na zaburzenia psychotyczne od osób, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych – głównie dzięki wprowadzeniu dodatkowych podskal, które różnicują pacjentów od osób z populacji ogólnej w zakresie nasilenia odczuwanego niepokoju, częstotliwości myślenia o swoich doświadczeniach i wiary w ich prawdziwość (Peters et al., 1999).

Jedne z pierwszych badań prowadzonych z użyciem skali PDI pokazały, że najwyższe wyniki w skali uzyskują osoby cierpiące na zaburzenia psychotyczne, zaś najniższe osoby bez historii zaburzeń psychicznych. Średnie wyniki uzyskują natomiast osoby z diagnozą zaburzeń nastroju (van Os et al., 1999). Wyniki te wsparły hipotezę o istnieniu kontinuum symptomów pomiędzy osobami zdrowymi, osobami z diagnozą zaburzeń nastroju oraz osobami z diagnozą zaburzeń psychotycznych.

Badania empiryczne z użyciem skal PDI pokazały wreszcie, że osoby deklarujące dużą ilość PLEs z większym prawdopodobieństwem niż osoby o niskich wynikach na skalach PDI rozwiną w przyszłości symptomy chorobowe. Jak pokazują wyniki badań, deklarowanie dużej ilości doświadczeń podobnych do psychotycznych wiąże się w większym prawdopodobieństwie rozwinięcia w przyszłości zaburzeń ze spektrum psychozy i innych chorób psychicznych (jak depresja, zespół stresu pourazowego) czy podwyższonym ryzykiem samobójstwa (np. Poulton et al., 2000, Welham et al., 2009, Fisher et al., 2013). W świetle powyższych danych wysoce istotna wydaje się być kwestia prowadzenia badań nad doświadczeniami quasi-psychotycznymi, by odpowiednio wcześniej móc zdefiniować grupę ryzyka rozwoju zaburzeń i opracować skuteczne metody wczesnej interwencji.

Bibliografia

- Blanchard, M.M., Jacobson, S., Clarke, M.C., Connor, D., Helleher, I., Garavan, H., Harley, M., & Cannon, M. (2010). Language, motor and speed of processing deficits in adolescents with subclinical psychotic symptoms. *Schizophrenia Research*, *123*, 71–76.
- Bleuler, E. (1911/1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Cannon, T.D., Mednick, S.A., & Parnas, J. (1990). Antecedents of predominantly negative- and predominantly positive symptom schizophrenia in a high-risk population. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 622–632.
- Claridge, G.S. (1994). Single indicator of risk for schizophrenia: Probable fact or likely myth? *Schizophrenia Bulletin*, *20* (1), 151–168.
- Claridge, G.S., & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, *5*, 633–648.
- Debbané, M., Badoud, D., Balanzin, D., & Eliez, S. (2013). Broadly defined risk mental states during adolescence: Disorganization mediates positive schizotypal expression. *Schizophrenia Research*, *147*, 153–156.
- Debbané, M., & Barrantes-Vidal, N. (2015). Schizotypy from a developmental perspective. *Schizophrenia Bulletin*, *41*, 386–395.
- Eckblad, M., & Chapman, L.J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 215–225.
- Fisher, H.L., Caspi, A., Poulton, R., Meier, M.H., Houts, R., Harrington, H., Arseneault, L., & Moffitt, T.E. (2013). Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: A birth cohort study. *Psychological Medicine*, *43*, 2077–2086.
- Fonseca-Pedrero, E., & Debbané, M. (2017). Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: An update. *Psichothema*, *29*, 5–17.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giraldez, S., Paino, M., & Sierra-Baigrie, S. (2011). Psychotic-like Experiences in Nonclinical Adolescents. In M.S. Payne (Ed.), *Hallucinations: Types, Stages and Treatments* (pp. 131–146). New York: Nova Science Publishers.
- Foulds, G.A., & Bedford, A. (1975). Hierarchy of classes of personal illness. *Psychological Medicine*, *5*, 181–192.
- Garety, P.A., & Hemsley, D.R. (1987). Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*, *236*, 294–298.
- Garety, P.A., & Hemsley, D.R. (1994). *Delusions: Investigations Into the Psychology of Delusional Reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Gawęda, Ł., Holas, P., & Kokoszka, A. (2012). Dysfunkcyjne przekonania metapoznawcze oraz lęk, depresja i samoocena u osób zdrowych psychicznie mających doświadczenia podobne do omamów. *Psychiatria Polska*, *6*, 933–949.
- Gawęda, Ł., & Kokoszka, A. (2011). Polska wersja Zmodyfikowanej Skali Halucynacji (RHS) Morrisona i wsp. Analiza czynnikowa skali oraz częstotliwość występowania doświadczeń podobnych do omamów wśród osób zdrowych psychicznie. *Psychiatria Polska*, *45* (4), 527–543.
- Gawęda, Ł., Prochwicz, K., & Cella, M. (2015). Cognitive biases mediate the relationship between temperament and character and psychotic-like experiences in healthy adults. *Psychiatry Research*, *225*, 50–57.

- Skala Urojeń Peters i współpracowników (PDI) jako narzędzie do badania doświadczeń... [235]
- Harrow, M., Rattenbury, F., & Stoll, F. (1998). Schizophrenic delusions: An analysis of their persistence, of related premorbid ideas and three major dimensions. In T.F. Oltmanns, & B.A. Maher (Eds.), *Delusional Beliefs* (pp. 184–212). New York: Wiley.
- Johns, L., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125–1141.
- Jones, S., & Fernyhough, C. (2007). Reliability of factorial structure of the Peters et al. delusions inventory (PDI-21). *Personality and Individual Differences*, 43, 647–656.
- Jung, H.Y., Chang, J.S., Yi, J.S., Hwang, S., Shin, H.K., Kim, J.H., Cho, I.E., & Kim, Y.S. (2008). Measuring psychosis proneness in a nonclinical Korean population: is the Peters et al Delusions Inventory useful for assessing high-risk individuals? *Comprehensive Psychiatry*, 49, 202–210.
- Kao, Y.C., Wang, T.Z., Lu, C.W., Cheng, T.H., & Liu, Y.P. (2012). The psychometric properties of the Peters et al. Delusions Inventory (PDI) in Taiwan: reliability, validity, and utility. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 47, 1221–1234.
- Kelleher, I., & Cannon, M. (2011). Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychological Medicine*, 41, 1–6.
- Kendler, K.S., Gallagher, T.J., Abelson, J.M., & Kessler, R.C. (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1022–1031.
- Krawiecka, M., Goldberg, D., & Vaughan, M. (1977). A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 55, 299–308.
- Lataster, T., Myin-Germeys, I., Derom, C., Thiery, E., & van Os, J. (2009). Evidence that self-reported psychotic experiences represent these transitory developmental expression of genetic liability to psychosis in the general population. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics*, 150B, 1078–1084.
- Lee, K., Chan, K., Chang, W., Lee, E., Hui, C., & Chen, E. (2016). A systematic review on definitions and assessments of psychotic-like experiences. *Early Intervention in Psychiatry*, 10 (1), 3–16.
- Lincoln, T.M. (2007). Relevant dimensions of delusions: continuing the continuum versus category debate. *Schizophr. Res*, 93, 211–220.
- Linscott, R.J., & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133–1149.
- Lopez-Ilundain J.M., Perez-Nievas E., Otero M., & Mata, I. (2006). Peter's delusions inventory in Spanish general population: internal reliability, factor structure and association with demographic variables (dimensionality of delusional ideation). *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 34 (2), 94–104.
- Lundberg, P., Cantor-Graae, E., Kabakyenga, J., Rukundo, G., & Ostergren, P.O. (2004). Prevalence of delusional ideation in a district in southwestern Uganda. *Schizophrenia Research*, 71 (1), 27–34.
- Meehl, P. (1962), Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827–838.

- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J.L. (2012). The Continuum of Psychotic Symptoms in the General Population: A Cross-national Study. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 475–485.
- Peters, E., Pickering, A., & Hemsley, D.R. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25 (3), 553–576.
- Peters, E., Joseph, S., Day, S., & Garety, P. (2004). Measuring Delusional Ideation: The 21-Item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4), 1005–1022.
- Polanczyk, G., Moffitt, T.E., Arseneault, L., Cannon, M., Ambler, A., Keefe, R.S.E., Houts, R., Odgers, C.L., & Caspi, A. (2010). Childhood psychotic symptoms share etiological and clinical features with adult schizophrenia: results from a representative birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 67, 328–338.
- Prochwicz, K., & Gawęda, Ł. (2015). Analiza czynnikowa i ocena rzetelności polskiej wersji Skali Urojeń Peters i wsp. oraz częstotliwość występowania doświadczeń podobnych do urojeń w populacji polskiej. *Psychiatria Polska*, 49 (6), 1203–1222.
- Preti, A., Maronigu, S., Petretto, D.R., Miotto, P., & Masala, C. (2007). Unusual psychotic experiences. Validation of the Italian version of the Peters et al. Delusion Inventory. *Psychiatry Research*, 48, 62–69.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., Murray, R., & Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorders: 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053–1058.
- Sidgwick, H., Johnson, A., Myers, F.W.H., Podmore, F., & Sigwick, E.M. (1894). Report of the census of hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 26, 259–394.
- Sisti, D., Rocchi, M.B.L., Siddi, S.S., Mura, T., Manca, S., Preti, A., & Petretto, D.R. (2012). Preoccupation and distress and relevant dimensions in delusional beliefs. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 1039–1043.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H.U., & van Os, J. (2006). Evidence that the outcome of developmental expression of psychosis is worse for adolescents growing up in an urban environment. *Psychological Medicine*, 36, 407–415.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45, 11–20.
- van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, I. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness – persistent-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179–195.
- van Os, J., Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., Liraud, F., Salamon, R., & Bourgeois, M. (1999). Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 459–463.
- Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., van Os, J., Salamon, R., & Bourgeois, M. (1998a). A survey of delusional ideation in primary care patients. *Psychological Medicine*, 28, 127–134.
- Verdoux, H., van Os, J., Maurice-Tison, S., Gay, B., Salamon, R., & Bourgeois, M. (1998b). Is early adulthood a critical developmental stage for psychosis proneness? A survey of delusional ideation in normal subjects. *Schizophrenia Research*, 29, 247–254.

Skala Urojeń Peters i współpracowników (PDI) jako narzędzie do badania doświadczień... [237]

Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54, 59–65.

Welham, J., Scott, J., Williams, G., Najman, J., Bor, W., O'Callaghan, M., & McGrath, J. (2009). Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. *Psychological Medicine*, 39, 625–634.

Wing, J.K., Cooper, J.E., & Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.

Yamasaki, S., Tanaka, S., Morimoto, S., Yamasue, H., Iwanami, A., & Tanno, Y. (2004). Reliability and validity of the Japanese version of PDI (Peters et al. Delusion Inventory). *Japanese Journal of Clinical Psychiatry*, 33, 911–918.

Yung, A.R., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J.A., Baksheev, G., & Cosgrave, E.M. (2009). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: Implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 118–128.

