
Posudzovanie bludových syndrómov: Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS)

Forgáčová L.

Psychiatrická klinika SZU FNŠP, Bratislava - Ružinov,
prednosta doc. MUDr. A. Rakús

Súhrn

Paranoidný syndróm môže byť samostatný, alebo sa môže kombinovať s inými (primárnymi, osovými) syndrómami, endomorfnými, organickými, alebo so syndrómami porušeného vedomia. Cieľom meracej škály s pracovným názvom Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS) je určiť stupeň intenzity prejavu paranoidného syndrómu, ktorý sa mení v závislosti od primárneho syndrómu. SCPS je symptómová škála, obsahuje 7 položiek (logická skľbenosť, systemizácia, stabilita, presvedčenie, vplyv na konanie, extenzia, inzercia), skórovanie od 1-5. Výsledky štatistickej analýzy potvrdili dobré psychometrické charakteristiky škály, Cronbachov koeficient alfa = 0,8327. Škála prierezovo zachytí zmeny bludnej štruktúry v závislosti od primárneho syndrómu a môže prispieť k presnejšej diagnostike paranoidných stavov.

Kľúčové slová: bludové syndrómy, dimenzie bludnej štruktúry, čistý paranoidný syndróm, škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS).

Summary

Forgáčová L.: The Assessment of Delusional Syndromes. The Scale for Clear Paranoid Syndrome (SCPS)

Paranoid syndrome can be autonomous or it can combine with other (primary, axial) syndromes: endomorphic, organic or syndromes of consciousness disorders.

The first aim of the SCPS scale was to demonstrate the intensity degree of paranoid syndrome expression which depends on the primary (axial) syndromes. The SCPS scale consists of 7 items (logical organization, systemization, stability, conviction, influence on the action, extension, insertion), scored from 1 to 5. Results of the statistical analysis confirm a good psychometric characteristics of the scale, Cronbach coefficient alfa = 0.8327. The scale may contribute to better diagnostics of paranoid states.

Key words: delusional syndromes, dimensions of delusional structure, clear paranoid syndrome, Scale for Clear Paranoid Syndrome (SCPS).

Čes. a slov. Psychiat., 102, 2006, No. 7, pp. 381–387.

ÚVOD

Blud patrí medzi základné psychopatologické symptómy a bludový (paranoidný) syndróm medzi základné psychopatologické syndrómy. Podľa klasickej nemeckej psychiatrie sa termín „paranoidný“ vzťahuje ku všetkým typom bludov, ktoré jediniec produkuje [23, 2]. V anglicky hovoriacich krajinách sa termín používa v užšom význame, na označenie bludov perzekučných a vzťahovačných [17].

Termín „bludový“ (angl. „delusional“) sa objavil v súvislosti so zavedením novej diagnostickej kategórie v klasifikácii Amerického psychiatickej asociácie DSM-III-R (1987) – delusional disorder (porucha s bludmi), ktorej hlavným prejavom sú bludy

rôzneho obsahu [7]. Tento termín, ktorý sa v anglicko-americkéj literatúre udomácňuje už od 70. rokov minulého storočia, navrhol používať vzhľadom k terminologickým nejasnostiam súvisiacim s pojmom „paranoidný“ Winokur [28]. Ukazuje sa, že históriou nezaťažený širší pojem „bludový“ je z hľadiska vzájomného porozumenia medzi odborníkmi užitočnejší.

DIMENZIE BLUDNEJ ŠTRUKTÚRY – PREDMET PSYCHOPATOLOGICKÉHO VÝSKUMU

Od začiatku 19. storočia pretrváva tendencia klasifikovať bludy podľa obsahu (bludy depresív-

ne, hypochondrické, blud žiarlivosti atď.). Klinický psychopatologický výskum si však vyžiadal zavedenie ďalších premenných (dimenzií), napríklad stupeň presvedčenia, stupeň systemizácie, organizovanosť bludu, stabilita bludu a ďalšie, ktoré umožňujú presnejšie popísať charakter bludnej štruktúry.

V súvislosti s hodnotením bludov a bludnej štruktúry pri rôznych duševných poruchách boli vytvorené viaceré dimenzionálne škály: The Brown Assessment of Beliefs Scale [8], Dimensions of Delusional Experience [16], Belief Rating Scale [14], Characteristic of Delusional Experience [11]. Ich cieľom je napríklad potvrdiť, že blud je multidimenzionálna entita, odhaliť bludnú štruktúru pri rôznych duševných poruchách, potvrdiť/vylúčiť prítomnosť bludu, stanoviť stupeň bludného prežívania. Autori týchto škál vychádzajú z predpokladu, že bludy predstavujú multidimenzionálny klinický fenomén, ktorý má svoju štruktúru. Vybrali určitý počet charakteristík (dimenzií) bludu ako položky škály, pričom sa opierali o údaje v odbornej literatúre a o vlastné skúsenosti. Psychometrické vlastnosti a ďalšie charakteristiky týchto škál sú podrobnejšie uvedené v prehľadovej práci [10]. Aká je však „váha“ jednotlivých položiek uvedených škál z hľadiska závažnosti či hĺbky bludového syndrómu? Je porucha hlboká vtedy, ak je blud bizarný, paralogický, alebo vtedy, ak je logicky dobre organizovaný a vytvára pevný systém? Názory na tento problém sú nejednotné. Napríklad podľa škály Dimensions of Delusional Experience [16] najvyššie skóre dosahujú pacienti s bizarnými paralogickými a nesystemizovanými bludmi.

Možno mať na tento problém aj iný pohľad. Namiesto o „hĺbke“ alebo „závažnosti“ paranoidného (bludového) syndrómu hovoriť o intenzite jeho prejavu – či je plne rozvinutý (tzv. čistý paranoidný syndróm), alebo sa v závislosti od primárnej psychickej poruchy, pri ktorej sa vyskytuje, jeho štruktúra „rozpadá“. To znamená, že ak by sa vyhodnocovalo skóre paranoidného (bludového) syndrómu pomocou vhodne zostavenej škály, tak by bolo dosiahnuté skóre najvyššie pri tzv. čistom paranoidnom syndróme (logicky sklbený a systemizovaný blud) a najnižšie pri paranoidnom syndróme s paralogickými, bizarnými a nesystemizovanými bludmi (teda opačne ako v prípade vyššie uvedených škál).

ČISTÝ PARANOIDNÝ SYNDRÓM

Paranoidný syndróm môže byť samostatný, alebo sa môže kombinovať s inými syndrómami, endomorfnými, organickými, alebo so syndrómami porušeného vedomia. Túto klinickú realitu reflektujú niektoré označenia, s ktorými sa možno stretnúť aj v domácej odbornej psychiatrickej literatúre. Pogády a Guensberger popisujú paranoidný

syndróm v čistej forme, ktorý sa vyznačuje relatívnu neprítomnosťou ďalšej psychopatológie a vyskytuje sa pri paranoji a čiastočne pri parafrénií [24]. Žucha hovorí o samostatnom paranoidnom syndróme vtedy, ak téma vzťahovosti dominuje a organizuje „okolo seba“ všetko psychopatologické dianie [29].

Na základe vyhodnotenia mnohých súborných prác venovaných problematike paranoidných stavov možno skonštatovať, že popisy samostatného paranoidného syndrómu zodpovedajú popisu klasickému paranoje [19, 15, 21]. Bludy sú logicky sklbené, ale zakladajú sa na mylných, nesprávnych premisách. Majú tendenciu vytvárať pevný, koherentný bludný systém. Bludný systém je stabilný, presvedčenie hlboké a neodkloniteľné, má značný vplyv na konanie a zasahuje mnohé oblasti života postihnutého. Obsah bludného systému je zakotvený v realite, časté sú bludy paranoidné, perzekučné, kverulačné, žiarlivostné, inventórne, menej časté sú bludy erotomanické. Z ďalších príznakov môžu byť prítomné stenicko-astenické črty osobnosti a dysforická nálada [12, 25].

Pracovníci viedenskej školy [1, 5] sa problematikou paranoidných stavov zaoberajú systematicky už niekoľko desaťročí. V ich prácach sa v súvislosti s vyhodnocovaním bludnej štruktúry objavuje termín *čistý paranoidný syndróm*, ktorý má svoje presnejšie vymedzenie. Viedenský autori rozlišujú niekoľko typov bludových syndrómov na základe vyhodnotenia bludnej štruktúry v závislosti od prítomnosti normálnych alebo patologických výstavbových elementov. Pokiaľ sa pri formovaní bludu uplatňujú normálne výstavbové elementy (neporušené vnímanie, skutočné spomienky a spomienkové klamy), vznikajú logicky sklbené a do systému organizované *jednoduché bludové syndrómy: paranoický syndróm* (je vzácny a zodpovedá klasickej koncepcii paranoje) a *čistý paranoidný syndróm (Rein paranoides syndrom)* [3, 4]. Pri uplatnení patologických výstavbových elementov (bludné nápady, bludné vnímanie, pocity ovplyvňovania, misidentifikácia, ilúzie, halucinácie, fabulácie) vznikajú paralogicky formované systemizované alebo nesystemizované *parafrenické syndrómy*. Ďalším aspektom bludnej štruktúry je podľa autorov vzťah bludov k vonkajšiemu svetu (inercia do vonkajšieho sveta alebo nezávislosť „odtrhnutosť“ od vonkajšieho sveta) [2, 4].

ŠKÁLA PRE ČISTÝ PARANOIDNÝ SYNDRÓM (SCPS)

Vývoj škály

Nedeliteľnou súčasťou procesu vytvárania škály je inšpirácia dostupnými poznatkami, publikovanými prácami podobného zamerania, a nemalú úlohu zohrávajú aj určité teoretické východiská.

Cielom meracej škály s pracovným názvom Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS) je určiť stupeň intenzity prejavu paranoidného syndrómu (či je plne rozvinutý „čistý“, alebo sa v závislosti od primárneho syndrómu (primárnej poruchy) „rozpadá“, znižuje sa intenzita jeho prejavu.

Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS) je škála symptómová, zameraná na aktuálny stav. Štatistickými metódami sa zistilo, že pre symptómové škály, zamerané na užšiu oblasť merania, postačuje 5–10 položiek [27]. Optimálny spôsob skórovania je päť stupňový, tzv. Likertova škála [18] vedie k vyššej reliabilite skórovania. Dôvodom použitia päť stupňového skórovania je predpoklad, že charakteristiky, ktoré sa stali podkladom položiek škály, sa prejavujú dimenzionálne. Vzhľadom na tieto údaje, škála SCPS obsahuje 7 položiek a skórovanie od 1–5 (stupeň intenzity prejavu príznaku).

Výber položiek škály determinovali dva významné faktory: klinické skúsenosti (klinický popis čistého paranoidného syndrómu) a teoretické východisko vyplývajúce z koncepčných prác autorov Bernera a spolupracovníkov [3, 4].

Klinický popis čistého paranoidného syndrómu:

Bludy pri čistom paranoidnom syndróme sú logicky sklbené (*logická sklbenosť*) a majú tendenciu vytvárať pevný, koherentný bludný systém (*systemizácia*). Bludný systém je stabilný, neodkloniteľný (*stabilita*), bludná viera a presvedčenie hlboké a naliehavé (*presvedčenie*). Logicky sklbený stabilný bludný systém s hlbokým presvedčením má značný vplyv na konanie (*vplyv na konanie*) a zasahuje mnohé oblasti života postihnutého (*extenzia*). Obsah bludného systému je zakotvený v realite (*inzercia do vonkajšieho sveta*). Bludový syndróm sa vyznačuje relatívnou neprítomnosťou ďalšej psychopatológie.

Položky škály:

Logická sklbenosť, Systemizácia, Stabilita, Presvedčenie, Vplyv na konanie, Extenzia, Inzercia.

Skórovanie intenzity prejavu znaku narastá od 1 do 5: žiadny alebo veľmi nízky, veľmi slabý (1), nízky, slabý (2), stredne silný (3), silný (4), veľmi silný (5). Jednotlivé položky (dimenzie) môžu byť v klinickom obraze rôzne intenzívne vyjadrené. Ich vyjadrenie závisí od prítomnosti primárneho syndrómu.

Položky škály zároveň korešpondujú s posudzovaním bludnej štruktúry Bernera a spolupracovníkov: blud logicky usporiadaný, organizovaný do systému, ktorý sa viaže na reálny svet (čistý paranoidný syndróm) alebo bludy paralogické, nesystemizované, autistické, „odtrhnuté od reality“ (parafrenické syndrómy) [3, 4].

Charakteristika škály:

- Pracovný názov škály: Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS).
- Typ škály: Symptómová škála, počet položiek 7,

skórovanie od 1 do 5 (hodnotenie stupňa skúmanej dimenzie).

- Cieľ meracej škály: určiť stupeň intenzity prejavu paranoidného syndrómu.
- Približné trvanie hodnotenia: 30 minút.
- Zdroj údajov: verbálny (neverbálny) prejav pacienta.
- Technika získavania dát: klinický rozhovor.
- Hodnotené obdobie: posledný týždeň.
- Reliabilita škály: vnútorná konzistencia škály - Cronbachov koeficient $\alpha=0,8327$. Vzájomná korelácia položiek škály a vyhodnotenie reliability škály štatistickými metódami sú podrobnejšie uvedené v časti Výsledky.

VÝSLEDKY

Charakteristika súboru

Do výberového štatistického súboru bolo postupne zaradených 109 pacientov (52 žien a 57 mužov) hospitalizovaných na Psychiatrickej klinike v Bratislave v rokoch 1998 – 2002, ktorí spĺňali vstupné kritériá: vek > 18 rokov, paranoidný syndróm v klinickom obraze, neprítomnosť poruchy vedomia, neprítomnosť akútneho telesného ochorenia. U každého pacienta bola na základe klinického vyšetrenia a na základe kritérií ICD 10 (1992) stanovená psychiatrická diagnóza [13]. Podľa týchto diagnóz bol výberový súbor rozdelený do 4 skupín: **schizofrénie, afektívne poruchy, bludové poruchy a organické duševné poruchy** (tab. 1). U každého pacienta v diagnostických skupinách sa v priebehu prvých 2-3 dní hospitalizácie aplikovala Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS) na určenie stupňa intenzity prejavu paranoidného syndrómu.

Tab. 1. Charakteristika súboru.

Diagnózy	Počet pacientov Spolu(ženy/muži)	Priem. vek [roky]
Schizofrénie (F20,F21,F23,F25)	67 (35/32)	35,5
Afektívne poruchy (F30,F31,F32,F33)	15 (6/9)	45,4
Bludové poruchy (F22)	11 (6/5)	51,2
Organické poruchy (F00,F01,F06)	16 (5/11)	64,6
Pacienti spolu	109 (52/57)	49,2

Štatistická analýza

Pre účely vyhodnotenia štatistických parametrov škály SCPS bol použitý súbor 109 pacientov (tab. 1). Pre skúmanie štatistických závislostí boli vytvorené charakteristiky: celkové, priemerné skóre súboru, rozptyl/smerodajná odchýlka v rám-

Tab. 2. Výberové korelácie položiek škály s celkovým skóre.

Položka škály	Priemerné skóre	Smerodajná odchýlka	Korelácie položiek /celkové skóre (N=109)	
			R	P
Logická sklbenosť	2,73	1,2	0,635	<0,01
Systemizácia	2,42	1,1	0,853	<0,01
Stabilita	2,90	1	0,781	<0,01
Presvedčenie	3,78	0,9	0,648	<0,01
Vplyv na konanie	3,00	1	0,712	<0,01
Extenzia	2,64	0,9	0,686	<0,01
Inzercia	2,97	1,1	0,615	<0,01
Celkové skóre	2,92	1,04	1	0

R – koeficient korelácie

P – hladina významnosti (dvojstranný odhad)

Tab. 3. Medzipoložkové korelácie.

Položka škály	Logická sklbenosť	Systemizácia	Stabilita	Presvedčenie	Vplyv na konanie	Extenzia	Inzercia
Logická sklbenosť	1,00	0,598**	0,204*	0,005	0,125	0,128	0,809**
Systemizácia		1,00	0,683**	0,427**	0,434**	0,463**	0,547**
Stabilita			1,00	0,607**	0,637**	0,624**	0,214
Presvedčenie				1,00	0,715**	0,610**	0,056
Vplyv na konanie					1,00	0,695**	0,085
Extenzia						1,00	0,060
Inzercia							1,00

** Korelácie signifikantné na hladine 0, 01 (2-stranný odhad).

* Korelácie signifikantné na hladine 0, 05 (2-stranný odhad).

ci položiek a celkového skóre, výberové korelácie položiek, medzipoložkové korelácie (korelačná matica Pearson-váhových korelácií, T-test - testovanie štatistickej významnosti korelačného koeficientu) a vnútorná konzistencia (Cronbachov koeficient alfa). Ďalej sa zisťovala distribúcia pokrytia definičného intervalu škály – rozloženie priemerného skóre škály SCPS podľa jednotlivých diagnostických skupín (kvartilový graf, histogramy). Pre vyhodnotenie bol použitý štatistický software MS EXCEL 2000.

Výberové korelácie položiek škály SCPS (N = 109)

Korelácie jednotlivých položiek škály boli vykonané medzi skóre jednotlivých položiek a celkovým skóre s exkluzivitou skóre danej položky. Štatistická významnosť korelačných koeficientov bola testovaná na hladine P s 108 stupňami voľnosti. Hodnoty korelácií dobre akceptujú vnútornú konvergenciu a homogenitu položiek škály (P < 0,01) (tab. 2.).

Medzipoložkové korelácie škály SCPS (N = 109)

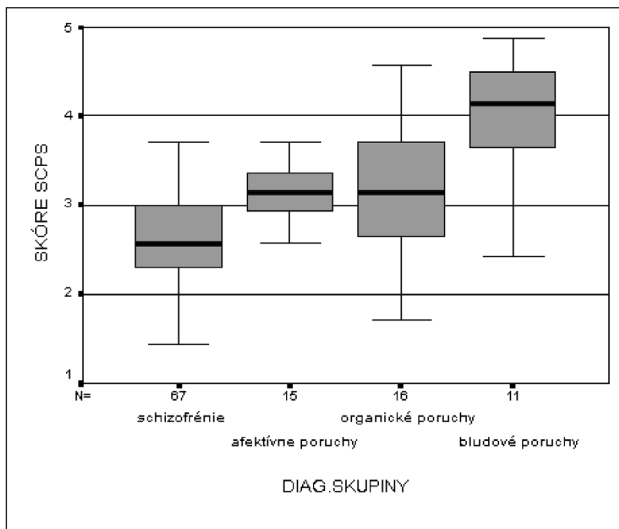
Vzájomná závislosť položiek škály je posudzovaná medzipoložkovými koreláciami (Korelačná

matica Pearson-váhových korelácií). Z analýzy vyplýva asociácia položiek „logická sklbenosť“, „systemizácia“, „stabilita“, „extenzia“ a „inzercia“. Položky „presvedčenie“ a „vplyv na konanie“ tvoria relatívne konzistentnú nezávislú skupinu tvoriacu väzbu s položkou „extenzia“ (tab. 3).

Výsledky štatistickej analýzy poukázali, že hodnoty vzájomných korelácií dobre akceptujú vnútornú konvergenciu a homogenitu položiek škály. Vnútorná konzistencia škály – Cronbachov koeficient alfa = 0,8327.

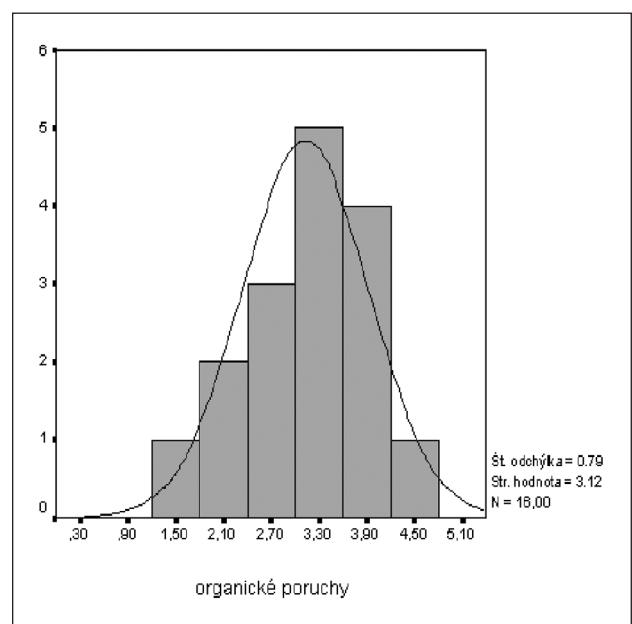
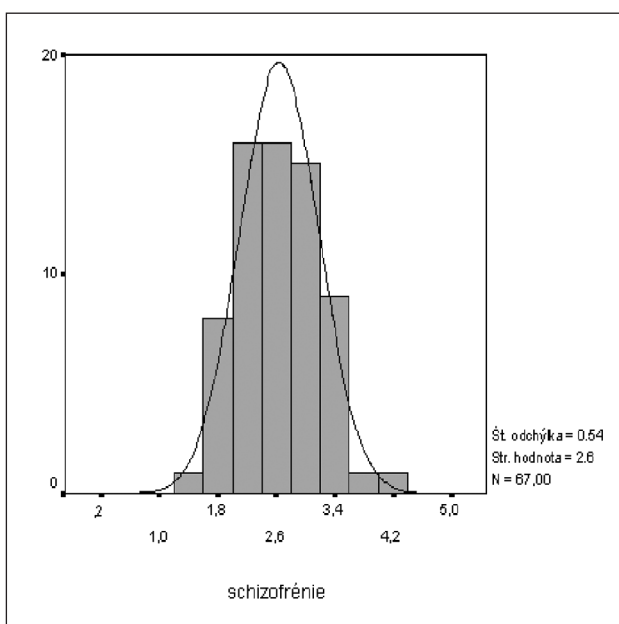
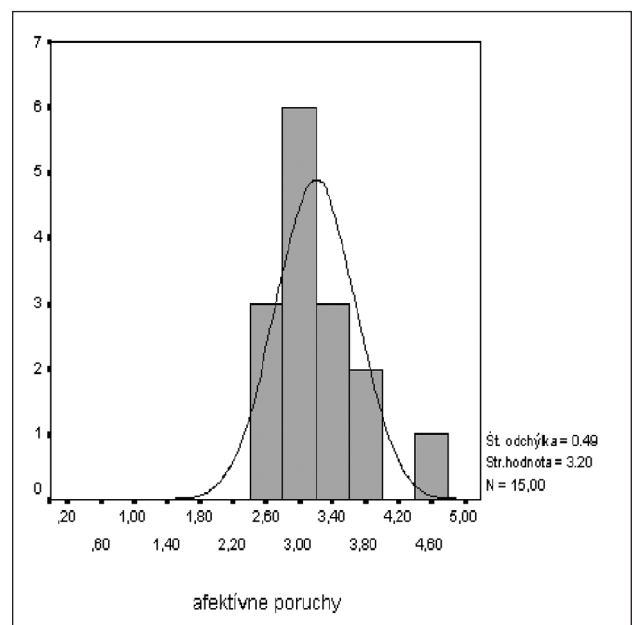
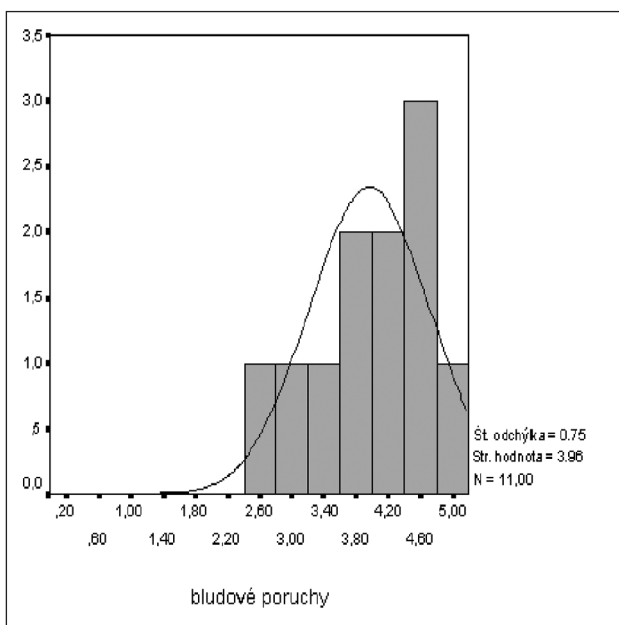
Distribúcie pokrytia definičného intervalu škály SCPS (N = 109)

Najvýznamnejšie zastúpenie pacientov má skupina **Schizofrénia** (N = 67) s najnižšími hodnotami skóre (stredná hodnota 2,6). Dve skupiny, **Organické poruchy s bludmi** a **Afektívne poruchy** pokrývajú stredné pásmo škály (N = 16, resp. N = 15, stredná hodnota 3,2, resp 3,12). Najvyššie skóre škály poskytuje skupina **Poruchy s bludmi** (stredná. hodnota 3,98). Uvedenú situáciu je možné vidieť v kvartilovom grafe 1 a tak tiež v grafe 2 rozdelenia početností skóre v jednotlivých diagnostických skupinách (histogramy) (graf 2).



Graf 1. Kvartilový graf skóre SCPS v jednotlivých diagnostických skupinách (N=109).

Graf 2. Rozdelenie počtosti skóre SCPS v jednotlivých diagnostických skupinách.



DISKUSIA

Doklad o reliabilite posudzovacej stupnice je absolútnou požiadavkou psychiatrického výskumu. Reliabilitu vyjadruje tzv. Cronbachov koeficient alfa [6], ktorý vyjadruje vnútornú konzistenciu posudzovacej stupnice a má byť väčší ako 0,7. Ďalším veľmi významným parametrom reliability je korelačný koeficient kappa, ktorý vyjadruje stupeň zhody pri použití stupnice viacerými výskumníkmi [20]. Vzhľadom na to, že zber všetkých dát, ktoré sa stali podkladom pre štatistické spracovanie, uskutočnil autor výskumnej práce bez spoluúčasti ďalších pracovníkov, nebolo možné vyhodnotiť korelačný koeficient kappa. Výsledky štatistickej analýzy, ktorá zahŕňala údaje z celého súboru (n=109), potvrdili dobré psychometrické charakteristiky škály - hodnoty vzájomných korelácií dobre akceptujú vnútornú konvergenciu a homogenitu položiek škály (tab. 2, tab. 3). Položka „Presvedčenie“ sa prejavuje najmenej dimenzionálne. Podobný výsledok referujú aj autori škál zameraných na skúmanie bludného prežívania [16, 8]. Presvedčenie sa dimenzionálne prejavuje až v prípade, kedy sa do úvahy berie kontinuum, na ktorom sa na jednom konci nachádza presvedčenie zdravého jedinca a na druhom konci bludné presvedčenie [16, 26]. Dokladom reliability škály pre čistý paranoidný syndróm je Cronbachov koeficient alfa = 0,8327 (poukazuje na veľmi dobrú homogenitu škály).

Štruktúra bludu odráža charakteristické znaky primárneho chorobného procesu, pri ktorom sa vyskytuje. Napríklad perzekučný blud bude mať iný charakter pri schizofrénii, pri paranoji (bludovej poruche), pri parafrénii, iný pri demencii. Tento poznatok vyplývajúci z klinickej empirie možno interpretovať v duchu viedenských autorov aj tak, že štruktúra bludového syndrómu sa formuje (mení alebo „rozpadá“) v závislosti od osového (primárneho) syndrómu. Viedenský autori popísali tzv. osové syndrómy, ktoré z hľadiska prebiehajúcej poruchy považujú za primárne (endogenomorfný schizofrenický, endogenomorfný cyklotýmny a organomorfný osový syndróm). Poukázali na prípady, pri ktorých je osový syndróm skrytý a v popredí klinického obrazu sa manifestuje paranoidný syndróm vo svojej rozvinutej podobe – čistý paranoidný syndróm. Vzácné sa môže vyskytovať paranoický syndróm, ktorý podľa autorov vzniká bez osového syndrómu [5, 22].

Na základe klinickej skúsenosti vieme, že pri schizofrénii sa bludná štruktúra paranoidného syndrómu formuje paralogicky, obsah bludu je „odtrhnutý“ od reality, často bizarný (napríklad bludy autistické, depersonalizačné, bludy ovplyvňovania), vplyv bludov na konanie a tendencia k vytváraniu systému sú nekonštantné. Táto skutočnosť sa odrazila aj v úrovni dosiahnutého skóre v škále SCPS v diagnostickej skupine **Schizofré-**

nia (n = 67). Priemerné skóre SCPS dosahovalo v tejto skupine najnižšie hodnoty – stredná hodnota 2,6 (graf 1, graf 2).

Bludy pri afektívnych poruchách sú kongruentné alebo inkongruentné s náladou. Bludná štruktúra je logicky usporiadaná, v niektorých prípadoch ľahko paralogická. Bludy môžu mať značný vplyv na konanie, doznievajú spolu s poruchou nálady, zriedka sa organizujú do pevnejšieho systému. V hodnotení bludnej štruktúry podľa SCPS bolo v skupine **Afektívne poruchy** (n = 15) zastúpené stredné pásmo škály – stredná hodnota 3,12 (graf 1, graf 2).

V klinickom obraze organických porúch sú príznaky, ktoré poukazujú na organické poškodenie mozgu (poruchy pamäti, intelektu, pozornosti). V skúmanej skupine **Organické poruchy** (n = 16) sa dosiahnuté skóre úrovne bludnej štruktúry v SCPS približovalo k stredným hodnotám (str. hodnota 3,2), rozptyl v oboch smeroch bol však väčší ako v prípade diagnostickej skupiny **Afektívne poruchy** (graf 1, graf 2).

Bludy pri Poruche s bludmi sú dobre logicky skĺbené, majú tendenciu vytvárať pevný systém, ktorý je stabilný a môže mať značný vplyv na konanie. Obsah bludného systému je zakotvený v realite. Presvedčenie býva hlboké a neodkloniteľné. Túto skutočnosť odráža najvyššie dosahované skóre SCPS (stredná hodnota 3,90) v diagnostickej skupine **Poruchy s bludmi** (n = 11) (graf 1, graf 2). Táto skupina dokumentuje tie prípady, pri ktorých je (primárny) osový syndróm (schizofrenický, afektívny aj organický) skrytý a disponuje k rozvoju paranoidného syndrómu, ktorý sa manifestuje vyššou intenzitou prejavu (čistý paranoidný syndróm).

Významným limitujúcim faktorom pri interpretácii výsledkov v prípade diagnostických skupín Porucha s bludmi, Afektívne poruchy, a Organické poruchy je fakt, že počet skúmaných pacientov bol pomerne nízky.

ZÁVER

Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS) je symptómová škála, zameraná na skúmanie intenzity prejavu paranoidného syndrómu u pacientov, u ktorých sa klinickým vyšetrením zistí blud a stanoví paranoidný syndróm. Obsahuje 7 položiek (logická skĺbenosť, systemizácia, stabilita, presvedčenie, vplyv na konanie, extenzia, inercia), skórovanie od 1-5. Pri výbere položiek sa vychádzalo z klinického popisu čistého paranoidného syndrómu a z klasifikácie paranoidných syndrómov na základe bludnej štruktúry podľa autorov viedenskej školy. Výsledky štatistickej analýzy potvrdili dobré psychometrické charakteristiky škály, Cronbachov koeficient alfa = 0,8327 poukazuje na veľmi dobrú homogenitu škály. Korelačný koeficient kappa sa zatiaľ nevyhodnocoval.

Škála pre čistý paranoidný syndróm (SCPS) môže byť prínosom pre klinickú prax, ak sa ďalším cieľeným výskumom potvrdí jej platnosť a spoľahlivosť a preukáže zhoda medzi viacerými výskumníkmi (vážené kappa).

Môže byť užitočná v rámci psychopatologických rozborov duševných porúch, pri ktorých sa vyskytujú bludové syndrómy a v rámci diferenciálne diagnostických úvah môže prispieť k presnejšej diagnostike paranoidných stavov. Dosiahnuté skóre informuje o úrovni bludnej štruktúry – vysoké skóre poukazuje na čistý paranoidný syndróm, nízke skóre škály poukazuje na prítomnosť osového (primárneho) syndrómu. Škála prierezovo zachytí

zmeny bludnej štruktúry v závislosti od primárneho syndrómu.

Škálu SCPS možno využiť aj pri riešení ďalších výskumných cieľov – hodnotiť zmeny sekundárneho syndrómu v závislosti od primárneho syndrómu. V prípade, že by sa primárny syndróm taktiež hodnotil pomocou vhodnej škály (napr. PANSS škála pri schizofrenickej primárnej poruche), bolo by možné zmeny sekundárneho syndrómu (paranoidného) v závislosti od primárneho syndrómu kvantifikovať a tesnosť vzťahu medzi paranoidným syndrómom a primárnym syndrómom vyhodnotiť pomocou štatistických metód [9].

LITERATÚRA

1. **Berner, P., Katschnig, H.:** Principles of "multiaxial" classification in psychiatry as basis of modern methodology. In: Helgason, Methods in evaluation of psychiatric treatment. Cambridge University Press, Cambridge, 1983.
2. **Berner, P., Kufferle, B.:** Symptom, Syndrom, Krankheitsdiagnose. In: Psychopathologie. Neue Beiträge zu Klinik und Praxis/ hrsg. von Buchard, J. M.. Stuttgart; New York, 1981, pp. 93-100.
3. **Berner, P., Schanda, H., Thau, K. et al:** Heterogeneity of delusional syndromes: diagnostic criteria and course. Psychopathology, 17, 1984, pp. 280-289.
4. **Berner, P., Gabriel, E., Kieffer, W., Schanda, H.:** Paranoid psychoses, New aspects of classification and prognosis coming from Vienna research group. Psychopathology, 19, 1986, pp. 16-29.
5. **Berner, P., Gabriel, E., Katschnig, H., Kieffer, W. et al:** Diagnostic criteria for functional psychoses. Cambridge University Press. Cambridge, 1992.
6. **Cronbach, L. J.:** Coefficient alpha and the internal structure tests. Psychometrika, 16, 1951, pp. 297-334.
7. DSM-III-R. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn., revised, Washington, DC. APA, 1987.
8. **Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A. et al:** The brown assessment of beliefs scale: Reliability and validity. Am. J. Psychiatry, 155, 1998, pp. 102-108.
9. **Forgáčová, L.:** Vzťah paranoidného syndrómu k osovým dispozíciám. Dizertačná práca, Psychiatrická klinika LF UK, Bratislava, 2003, 131 s.
10. **Forgáčová, L.:** Assessment of delusional structure – part of diagnostic proces. Psychiatria, 9, 2002, pp. 140-142.
11. **Garety, P. A., Hemsley, D. R.:** Characteristics of delusional experience. Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci., 126, 1987, pp. 294-298.
12. **Gelder, M. G., Gath, D., Mayou, R.:** Paranoid symptoms and paranoid syndromes. In: Oxford Textbook of Psychiatry, Oxford University Press, pp. 324-344.
13. ICD-10. World Health Organization, WHO: International Classifications of Diseases (ed 10), Geneva, 1992.
14. **Jones, E., Watson, J. P.:** Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics. Br. J. Psychiatry, 170, 1997, pp. 381-386.
15. **Kendler, K. S., Hays, P.:** Paranoid psychosis (delusional disorder) in schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, 38, 1981, pp. 547-554.
16. **Kendler, K. S., Glazer, W. M., Morgenstern, H.:** Dimensions of delusional experience. Am. J. Psychiatry, 140, 1983, pp. 466-469.
17. **Kendler, K. S., Spitzer, R. L., Williams, J. B.W.:** Psychotic disorders in DSM-III -R. Am. J. Psychiatry, 146, 1989, pp. 953-962.
18. **Lissitz, R. W., Green, S. B.:** Effects of the number of scale points of reliability. A Monte Carlo approach. J. App. Psychol., 60, 1975, pp. 10-13.
19. **Manschreck, T. C.:** Delusional disorder. Psychiatric Annals, 22, 1992, pp. 225-285.
20. **Meehl, P., Golden, R. R.:** Taxometric methods. In: Handbook of research methods in clinical psychology. Kendall, P. C., Butcher, J. N., (eds). John Wiley a Sons, New York, 1982, pp. 127-181.
21. **Munro, A.:** Delusional (Paranoid) disorders: Etiologic and taxonomic considerations. I. The possible significance of organic brain factors in etiology of delusional disorders. Can. J. Psychiatry, 33, 1988, pp. 171-174.
22. **Musalek, M., Hobl, B. et al:** Polydiagnostic approach in delusional disorders. Current Opinion in Psychiatry, 12, 1999, suppl.1, pp. 387.
23. **Peters, U. H.:** Das Paranoid-halluzinatorische Syndrom. Fortschr. Med., 85, 1967, pp. 3-6.
24. **Pogády, J., Guensberger, E.:** Základy psychopatológie. Edícia pre postgraduálne štúdium lekárov a farmaceutov. Dérerova zbierka, zväzok 96. Martin, Osveta, 1987, s. 216.
25. **Pull, C. B.:** Atypical psychotic disorders. In: Schizophrenia. Hirsch, S. R., Weinberg, D. R., (eds). Oxford, England Blackwell Science, 1995, pp. 58-72.
26. **Spitzer, M.:** On defining delusions. Compr. Psychiatry, 31, 1990, pp. 377-382.
27. **Widiger, T. A., Hurt, S. W., Frances, A., Clarkin, J. F., Gilmore, M.:** Diagnostic efficiency and DSM-III. Arch. Gen. Psychiatry, 41, 1984, pp. 1005-1012.
28. **Winokur, G.:** Delusional disorder (paranoia). Compr. Psychiatry, 185, 1977, pp. 511-521.
29. **Žucha, I.:** Syndromológia. In: Psychiatria, 1-všeobecná časť. Kafka, J. Kolibáš, E.: Vysokoškolské učebné texty. Univerzita P. J. Šafárika, Košice, 1990a, s. 125-140.

Dodáno redakci: 8. 6. 2006

Po skončení recenzního řízení: 20. 6. 2006

MUDr. *Lubica Forgáčová, Ph.D.*
Psychiatrická klinika SZU, FNŠP
Ružinovská 6
826 06 Bratislava
Slovenská republika
e mail: *forgacova@nspr.sk*