

**Skale samooceny stanu psychicznego w schizofrenii:  
ocena rzetelności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S),  
„Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS)  
oraz dwóch skal analogii wzrokowej**

**Self-rating scales in schizophrenia: assessment of the reliability of  
the Paranoid-Depressivity Scale (PD-S), Frankfurt Self-feeling Scale  
(FBS), and two visual analogy scales**

Ewa Schaeffer, Jacek Wciórka

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Wciórka

**Summary**

**Aim:** To assess the reliability of the Paranoid-Depressivity Scale (PD-S, *Paranoid-Depresivitäts-Skala*), the Frankfurt Self-feeling Scale (FBS, *Frankfurter Befindlichkeitsskala*), and of two visual analogy scales of a sense of illness (WAC) and of self-feeling (WAS).

**Material:** 210 patients with schizophrenia of various clinical courses.

**Method:** All patients in the study group were required to complete each scale twice (test-retest) at 48hr intervals, in order to assess each method's reproducibility. In addition, the two complex questionnaire scales were analysed for internal coherence.

**Results:** Spearman's rho correlation coefficient for reproducibility was found to be very high for all the scales. Also, the Cronbach's alpha coefficient for internal coherence was found to be acceptably high for both complex questionnaire scales, with reference to the scales as a whole, as well as to their dimensions (paranoid and depression dimensions of the PD-S).

**Conclusion:** patients suffering from schizophrenia can reliably use the above-mentioned scales.

*Słowa kluczowe:* schizofrenia, skale samooceny

*Key words:* schizophrenia, self-rating scales

Wydaje się, że po latach koncentracji uwagi na obiektywnych wskaźnikach klinicznych, badanie subiektywnych aspektów przeżywania zaburzeń psychiatrycznych zyskuje ostatnio większe zainteresowanie. Pojawiają się próby teoretycznego usytuowania tej problematyki w praktyce, próby badań empirycznych nad subiektywną stroną przeżywania niektórych zjawisk psychopatologicznych [1–9].

Temat ten podejmowano w odniesieniu zarówno do bardziej całościowego spojrzenia pacjentów na przeżywaną chorobę – rozumianą jako swego rodzaju doświadczenie życiowe, jak i do wielu zagadnień szczegółowych, ważnych w praktyce klinicznej – np. radzenia sobie, respektowania zaleceń, wglądu chorobowego [10–14] czy, w ostatnich latach, jakości życia pacjentów chorych psychicznie [9, 15, 16].

Subiektywne spojrzenie chorego na przeżywane stany psychotyczne jest jednym z istotnych czynników pośredniczących w kształtowaniu rokowania choroby (jej nawrotowości, przewlekania się, utraty przystosowania społecznego). Powstają metody leczniczego wykorzystania tej wiedzy w programach terapeutyczno-rehabilitacyjnych [17, 18].

Jednym z interesujących zagadnień praktycznych i teoretycznych jest pytanie, jaką zbieżność w ocenie zjawisk stanowiących przedmiot ich wspólnego zainteresowania uzyskują przeżywający swe doświadczenie chory (podmiot) i oceniający je klinicysta (obserwator)? Jak klinicysta i pacjent oceniają doświadczenia związane z chorobą, które dla pierwszego z nich są przedmiotem refleksji i działania zawodowego, a dla drugiego żywym doświadczeniem indywidualnym?

W badaniu chorych na schizofrenię skale samooceny znajdują, jak dotąd, ograniczone zastosowanie. Są to na ogół 20–40-punktowe kwestionariusze [19–22], czasem narzędzia wykorzystujące do oceny wzrokową analogię skal (linia z krańcami opisanymi w postaci zdań lub rysunku) [23, 24]. Częściej takie próby podejmowane są w badaniach chorych z zaburzeniami innymi niż schizofrenia, np. niepsychotycznymi lub afektywnymi. Zastosowanie skal samooceny u chorych na schizofrenię budzi wątpliwości związane najczęściej z ich często niedostatecznym krytycyzmem i zainteresowaniem oceną swego stanu. Niewysoka jest też na ogół zbieżność wyników samooceny stanu psychicznego z oceną zewnętrznego obserwatora. [25, 26, 20]. Powstaje jednak pytanie, czy użycie skal samooceny może dostarczyć wartościowych informacji o zmianach stanu psychicznego pacjenta. Informacji równoległych, choć niekoniecznie takich samych, czy podobnych do informacji gromadzonych w skalach wypełnianych przez klinicystę na podstawie badania stanu psychicznego.

### **Cel pracy**

Jest nim ocena rzetelności czterech skal samooceny – polskich wersji dwóch rozbudowanych narzędzi, złożonych z wielu pozycji, tj. „Skali nastawień i nastroju” (PD-S) i „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) oraz dwóch prostych skal graficznej analogii wzrokowej: poczucia choroby (WAC) i samopoczucia (WAS) u chorych na schizofrenię.

### **Badani pacjenci**

#### Charakterystyka kliniczna

Badaniem objęto 210 pacjentów leczonych na różnych oddziałach (stacjonarnych i dziennych) I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w latach 1995–1997. Warunkiem włączenia do badań było rozpoznanie schizofrenii paranoidal-

nej, spełniającej kryteria ICD-10. Najważniejszą cechą, różnicującą charakterystykę kliniczną badanych, był ich obecny stan właściwy dla jednej z trzech wyróżnionych faz choroby: zaostrzenia (tj. okresowego nasilenia objawów), remisji (ich względnego ustąpienia) oraz stanu rezydualnego (tj. utrwalonej obecności względnie wyraźnych objawów). Chorzy byli dobierani tak, by liczebność grup była taka sama.

Przeważali pacjenci z wieloletnim przebiegiem choroby. Przeciętny czas trwania zaburzeń wynosił  $12,8 \pm 9,8$  lat (rozpiętość: 0–41 lat). Wiek zachorowania wahał się między 17 a 52 rokiem życia (przeciętnie:  $27 \pm 7,3$  rok życia).

Nasilenie zaburzeń, wg skal określających stan psychiczny całościowo, oceniano najczęściej jako niewielkie lub umiarkowane. Wg skali KOSS-C było ono najczęściej „niewielkie” (48%) lub „wyraźne” (43%), tylko nieliczni nie przejawiali w tym czasie żadnych objawów (18%), a u jednego pacjenta zaburzenia określono jako nasilone „wybitnie”. Podobnie wg skali CGI nasilenie było najczęściej „nieznaczące” (47%) lub „umiarkowane” (39%), rzadziej obserwowano „brak objawów” (6,2%) lub nasilenie „dość ciężkie” (8,6%). Zaburzeń „bardzo ciężkich” w ujęciu tej skali nie odnotowano.

Nasilenie oceniane wg sumarycznych wartości skal klinicznych o złożonej budowie sytuowało się poniżej środka potencjalnej rozpiętości, tzn. wg BPRS-UCLA wynosiło przeciętnie  $40 \pm 11$  pkt (rozpiętość 24–62, mediana 39,5), a wg skali KOSS-W: średnio  $11 \pm 7$  pkt (rozpiętość 0–24 i mediana 10). Obraz psychopatologiczny opisany za pomocą BPRS i KOSS wskazuje, że najczęściej występowały u badanych: objawy wytwórcze (zniekształcenie rzeczywistości), trudności w kontakcie, zaburzenia aktywności i objawy deficytowe, natomiast rzadko: zachowania katatoniczne, zaburzenia poczucia siebie, rozkojarzenie myślenia, lęk.

Globalna ocena nasilenia ubocznych objawów farmakoterapii lekami neuroleptycznymi wskazywała u większości chorych na ich „brak” (66,7%), u części na nasilenie „niewielkie” (24,8%), a wyjątkowo na „umiarkowane” (7,6%) lub „dość ciężkie” (1%). Nie obserwowano objawów ubocznych o nasileniu „bardzo ciężkim”.

Większość analizowanych cech charakterystyki klinicznej różniła się w zależności od fazy choroby, przy czym nasilenie zaburzeń i objawów ubocznych było największe w fazie zaostrzenia, najmniejsze w fazie remisji, a pośrednie w fazie rezydualnej. Czas trwania i liczba hospitalizacji wskazywały na raczej przewlekły, nawracający charakter zaburzeń. Wiek zachorowania nie pozwalał różnicować chorych wg faz obserwowanych zaburzeń.

### Charakterystyka społeczno-demograficzna

Wśród badanych, zgodnie z oczekiwaniami, nieznacznie przeważały kobiety (ponad 50%), osoby stanu wolnego (75%), przeważnie mieszkające z rodziną (78%). Pacjenci o wykształceniu średnim (51%) przeważali nad chorymi o wykształceniu podstawowym (29%) i wyższym (20%). Między tymi cechami a fazą choroby nie stwierdzono istotnych zależności.

## Metoda

Stan psychiczny chorych oceniano za pomocą wymienionych skal klinicznych jednorazowo, natomiast o wypełnienie skal samooceny proszono ich dwukrotnie, w odstępie ok. 48 godzin. Warunkiem uczestnictwa była zgoda pacjenta i jego chęć współpracy.

Ponowne badanie kwestionariuszowe udało się przeprowadzić u 151 osób, a skale graficzne ponownie wypełniło 149 osób. Ten ilościowy ubytek wiązał się z odmową lub brakiem motywacji nie pozwalającym oczekiwać rzetelnego wykonania zadania.

### Narzędzia diagnostyczne

Do oceny stanu psychicznego wykorzystano następujące narzędzia:

1. KOSS (*Kliniczną ocenę syndromów schizofrenicznych*) – wybrano tu dwa narzędzia należące do KOSS:
  - skalę KOSS-C jako miarę nasilenia całości zespołu oraz
  - skalę KOSS-W do oceny 13 wymiarów zespołu;
2. Skalę BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) w wersji kalifornijskiej (BPRS-UCLA), bardziej rozbudowaną (24 pozycje) i lepiej zdefiniowaną (definicje przedziałów o rozpiętości oceny: 0–6) niż wersja klasyczna;
3. CGI (*Clinical Global Impressions*) – tj. prostą skalę porządkową o rozpiętości przedziałów od 0 do 4 (zaburzenia bardzo nasilone, dość ciężkie, umiarkowane, nieznaczne, brak zaburzeń) do oceny całościowego nasilenia zaburzeń;
4. CGI-SE (*Clinical Global Impression – Side Effects*), tj. prostą skalę porządkową z przedziałami o rozpiętości od 0 do 4 (bez objawów, objawy nieznaczne, umiarkowane, dość ciężkie, bardzo nasilone) do oceny całościowego nasilenia ubocznych objawów działania leków neuroleptycznych.

Do samooceny stanu psychicznego wykorzystano trzy alternatywne narzędzia.

1. *Frankfurcka skala samopoczucia* (FBS, *Frankfurter Befindlichkeitsskala*) [27] jest pochodną obszerniejszego (103 stwierdzenia) narzędzia (FBF– *Frankfurter Beschwerde-Fragebogen*) [28] opracowanego do badania tzw. objawów podstawowych. Powstała w następstwie wyselekcjonowania tych stwierdzeń FBF, które częściej występowały u chorych na schizofrenię. Jest skalą samooceny, składającą się z 36 zdań opisujących różne odcienie samopoczucia pacjentów. Wstępne wyniki zastosowania jej oryginalnej, niemieckiej wersji były zachęcające, wskazywały na zadowalające parametry psychometryczne [27]. Podobne wnioski dotyczyły polskiego tłumaczenia tego narzędzia [29].

2. *Skala nastawień i nastroju* (PD-S, *Paranoid-Depressivitäts-Skala*) [22] jest 43-punktowym narzędziem pozwalającym na oddzielną charakterystykę wymiaru depresji (D), paranoidalnego (P) oraz za pomocą skal kontrolnych oceniających wiarygodność podejmowanej oceny (Kv) i zainteresowanie jej podejmowaniem (M). W swojej wersji pierwotnej skala PND-S [21] składała się z 99 punktów, pozwalających na ocenę trzech wymiarów: paranoidalnego, neurotycznego i depresyjnego. W wykorzystanej tu wersji

była chętnie stosowana do porównań z innymi narzędziami samooceny [19], a także do oceny objawów depresyjnych u pacjentów ze schizofrenią podczas kuracji neuroleptykami [30]. Polską wersję przedstawiono w aneksie. Przynależność poszczególnych pozycji skali (p. aneks) do dwóch założonych wymiarów klinicznych (paranoidalny, depresyjny) oraz do dwóch podskal kontrolnych (zaprzeczanie chorobie, motywacja) przedstawia poniższe zestawienie. PD-S nie była dotąd stosowana w Polsce.

3. *Wzrokowa analogia samopoczucia (WAS) oraz Wzrokowa analogia poczucia*

PD-Sp: wymiar paranoidalny	7, 9, 11, 12, 15, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 30, 32, 35, 37, 38
PD-Sd: wymiar depresyjny	3, 4, 5, 8, 13, 14, 16, 17, 21, 24, 31, 34, 36, 39, 41, 42
PD-Sk: wymiar zaprzeczania chorobie	6, 10, 18, 19, 26, 33, 40
PD-Sm: wymiar motywacji	1, 2, 43

*choroby* (WAC) stanowiły graficzną całość i miały postać dwóch prostych odcinków o krańcach opisanych stwierdzeniami wskazującymi na złe lub dobre samopoczucie (WAS), albo brak poczucia choroby bądź pełne jej poczucie (WAC) – p. aneks. Chorych proszono o oznaczenie miejsca ilustrującego ich aktualną samoocenę. Po wypełnieniu skal przez chorych linię analogową dzielono na pięć równych odcinków, a utworzonym w ten sposób skalom porządkowym przypisano wartości liczbowe od 1 do 5 (1 – źle, 5 – dobrze). Do analizy statystycznej używano procedur dostępnych w pakiecie SPSS-PC wersja 8.0.

## Wyniki

### Porównanie rzetelności skal samooceny

Spośród różnych miar rzetelności zdecydowano się tu wykorzystać dwie: (a) ocenę powtarzalności wyników uzyskanych w dwóch nieodległych momentach czasu (rzetelność typu *test-retest*) oraz (b) ocenę wewnętrznej spójności, zgodności porównywanych narzędzi. Subiektywny, indywidualny charakter analizowanej zmiennej (samoocena stanu psychicznego) wykluczał ocenę rzetelności za pomocą porównania wyników uzyskiwanych przez dwóch lub więcej oceniających. Ocena zgodności wewnętrznej dotyczyła tylko narzędzi złożonych, składających się z pozycji więcej niż jedna.

### Powtarzalność w kolejnych badaniach

Pierwszą miarą rzetelności była powtarzalność (zbieżność) wyników kolejnych dwóch badań, przeprowadzonych w niedługim odstępie czasu (ok. 48 godzin), tak, by względnie zachowana była w obu momentach stałość ocenianego stanu psychicznego, przy możliwie zminimalizowanym wpływie pierwszego pomiaru na drugi. Wykorzystaną miarą zbieżności był tu współczynnik korelacji rangowej Spearmana [rho]. Obliczenia dotyczyły tylko tych 151 (z 210) chorych, którzy wypełnili zadanie także powtórnie. Jak pokazuje zestawienie w tabeli 1, przy tak określonych warun-

kach badania, wszystkie porównywane narzędzia samooceny cechowały się wysoką powtarzalnością, której poziom okazał się bardzo zbliżony.

Także uzyskane w kolejnych badaniach wartości analizowanych podskal PD-S cechowała wysoka zbieżność, wyższa niż w przypadku wartości sumarycznej tej skali

Tabela 1

Ocena zbieżności wartości sumarycznych porównywanych skal samooceny w dwóch kolejnych badaniach

Skala	Współczynnik Spearmana [r <sub>s</sub> ]
FBS – samoocena (samopoczucie)	0,91
PD-S – samoocena (niezłowieczeństwo i niechęć)	0,91
UAS – samopoczucie	0,90
UAC – poczucie choroby	0,90

Wszystkie korelacje istotne na poziomie 0,01 (test dwustronny)

(tab. 2). Nieco niższa, choć w zasadzie zadowalająca, okazała się tylko zbieżność podskali motywacji.

Tak więc, wszystkie porównywane narzędzia cechowały się zadowalającą rzetelnością rozumianą jako powtarzalność wyników w dwóch kolejnych badaniach,

Tabela 2

Ocena zbieżności porównywanych podskal skali PD-S w dwóch kolejnych badaniach

Analizowana podskala PD-S	Współczynnik Spearmana [r <sub>s</sub> ]
PD-Sp – paranooidalna	0,95
PD-Sd – depresyjna	0,94
PD-Sk – kontrola	0,94
PD-Sm – motywacja	0,79

Wszystkie korelacje istotne na poziomie 0,01 (test dwustronny)

nieodległych w czasie.

### Zgodność wewnętrzna

Jako drugą miarę rzetelności porównywanych skal wykorzystano miarę zgodności wewnętrznej – współczynnik zgodności alfa wg wzoru zaproponowanego przez Cronbacha, stanowiący miarę homogenności pozycji wykorzystanych do konstrukcji całej skali, czyli sumarycznie ujęty wskaźnik korelacji poszczególnych pozycji z wynikiem całości narzędzia.

Wszystkie wyliczone współczynniki (tab. 3a) przekraczają poziom uważany za satysfakcjonujący (0,8). Zgodność wewnętrzna obu wykorzystanych skal oceny klinicz-

Tabela 3

Współczynniki zgodności wewnętrznej (alfa, Cronbacha)  
dla porównywanych skal samooceny i oceny klinicznej

Skala	Współczynnik Cronbacha [alfa]
<b>(a) Skale samooceny</b>	
FBS – badanie 1	0,90
FBS – badanie 2 (powtórne, retest)	0,90
PD-S – badanie 1	0,81
PD-S – badanie 2 (powtórne, retest)	0,94
<b>(b) Skale oceny klinicznej</b>	
BPRS	0,85
KOSES-U	0,90

nej (tab. 3b) okazała się również satysfakcjonująca. Względnie niska, w porównaniu z pozostałymi, wartość współczynnika alfa dla PD-S w pierwszym badaniu, wzrasta, gdy proponowane przez jej autora podskale (paranoidalna, depresyjna, kontrolna) analizowane są oddzielnie.

Wszystkie wartości są tu wyższe niż w przypadku całej skali, co podkreśla celowość odrębnego analizowania podskal, ponieważ łączenie różnych wymiarów obrazu

Tabela 4

Ocena wewnętrznej zgodności (współczynnik Cronbacha, alfa)  
dla porównywanych podskal PD-S (w badaniu pierwszym)

Podskala PD-S	Współczynnik Cronbacha [alfa]
PD-Sp – podskala paranoidalna	0,87
PD-Sd – podskala depresyjna	0,89
PD-Sk – skala wskaźnik kontroli	0,82
PD-Sm – skala wskaźnik motywacji	0,07

psychopatologicznego (objawów paranoidalnych i depresyjnych) w jednym pomiarze najwyraźniej ogranicza jego homogenność oceny, choć trzeba podkreślić, że w każdym przypadku osiąga ona wartość uważaną za zadowalającą. Podskala oceniająca motywację chorego okazała się mało spójna, co może jednak wynikać z minimalnej liczby składających się na nią pozycji (dwie).

Można więc stwierdzić, że z opisanymi wyjątkami (dotyczącymi podskali motywacji) badane skale kwestionariuszowe (FBS, PD-S) okazały się narzędziami o zadowalającej spójności wewnętrznej.

### Omówienie wyników

W literaturze poświęconej wskaźnikom rzetelności skal samooceny przeważają wątpliwości, jednak pojawiają się również doniesienia dowodzące, że narzędzia wykorzystujące samoocenę chorych mogą cechować się dobrymi wskaźnikami psychometrycznymi. Hogan i wsp. [31] wykazali, na przykład, dużą spójność wewnętrzną i rzetelność skonstruowanego przez siebie kwestionariusza postawy wobec leku (DAI,

### *Drug Attitude Inventory*).

W przedstawionej pracy badano rzetelność samooceny stanu psychicznego dokonywanej za pomocą czterech różnych narzędzi – dwóch kwestionariuszowych o odmiennych założeniach i konstrukcji (FBS i PD-S) oraz dwóch wykorzystujących graficzną analogię wzrokową (WAS i WAC). Odpowiednio do rodzaju narzędzi wykorzystano dwa typy wskaźników rzetelności: ocenę powtarzalności (*test-retest*) oraz zgodności wewnętrznej (*internal consistency*). Subiektywny, indywidualny charakter zmiennej (samoocena stanu psychicznego) uniemożliwił ocenę rzetelności jako porównywalności wyników uzyskiwanych przez dwóch lub więcej oceniających (rzetelność typu *interrater*). Jako miarę powtarzalności wykorzystano współczynnik korelacji rangowej Spearmana [ $\rho$ ]. Wszystkie porównywane w pracy narzędzia samooceny cechowały się wysoką powtarzalnością o bardzo zbliżonym poziomie (0,9–0,91). W przypadku PD-S powtarzalność podstawowych podskal (paranoidalnej, depresyjnej, kontrolnej) okazała się nawet większa niż całej skali (0,94–0,95). Tak więc, uzyskane wyniki wskazują, że skale samooceny, zarówno kwestionariuszowe, jak i analogie wzrokowe, można stosować rzetelnie – powtarzalnie. Wyniki zastosowania oryginalnej niemieckiej wersji skali FBS opisane przez autorki skali [27] były zachęcające, wskazywały na zadowalające wskaźniki rzetelności, trafności diagnostycznej i teoretycznej. Także własne, wstępne badanie walidacyjne [29] sugerowało możliwość rzetelnego stosowania FBS. Dobre wskaźniki rzetelności opisywał dla swej skali autor PD-S [21, 22]. Przytacza on następujące wartości powtarzalności: dla podskali paranoidalnej – 0,78 (0,87), dla podskali depresyjnej – 0,85 (0,91), dla podskali kontroli – 0,78 (0,91).

Doniesienia na temat wskaźników psychometrycznych stosowanych narzędzi samooceny pojawiają się rzadko, np. Day i Wood [32] wskazują na satysfakcjonujące wartości rzetelności (*test-retest*) zastosowanej skali samooceny objawów ubocznych działania leków – LUNSERS ( $r=0,811$ ,  $p<0,001$ ), a Dittrich [1975] na dość wysoką rzetelność zastosowanej przez siebie skali APZ ( $r=0,88$ ).

### Zgodność wewnętrzna

Ocenę zgodności wewnętrznej wykorzystano z oczywistych powodów tylko do narzędzi o złożonej strukturze. W przypadku obu takich skal (FBS, PD-S) oraz wszystkich podstawowych podskal PD-S (paranoidalnej, depresyjnej, kontrolnej) poziom wewnętrznej zgodności przekraczał oczekiwaną wartość. W przypadku PD-S wartość współczynnika alfa Cronbacha w pierwszym badaniu okazała się nawet większa dla podskal (najwyraźniej stanowiących wymiary bardziej homogenne) niż dla całej skali. Wyraźnie inaczej wypadła tylko ocena podskali motywacji, która okazała się mało spójna, prawdopodobnie z powodu małej liczby składających się na nią pozycji (3), co ogranicza jej wykorzystanie. Wydaje się, że łączenie w ocenie dość różniących się wymiarów obrazu psychopatologicznego (objawy paranoidalne, depresja) ogranicza nieco jej homogenność w przypadku całego kwestionariusza PD-S.

### Wnioski

1. Zarówno kwestionariuszowe, jak i graficzne narzędzia samooceny stanu psychicz-



- nego chorzy na schizofrenię stosują rzetelnie.
2. Kwestionariusze samooceny cechuje wysoka powtarzalność i spójność wewnętrzną.
  3. Graficzne skale analogii wzrokowej zachowują wysoką powtarzalność.

Řeřer řřěňöliú d'ńěöč=ĺńęĩãĩ řĩńĩĩ'ıč' á řěçĩödlıçç: řölıř äĩãđĩĩãĺńńĩĩńńč „Řeřer ĩĩĩřĩč' č ĩřĩĩđĩĩč'” (PD-S), „Öđřĩöđđĩĩęř' řeřer řřěĩ=öńńãč'” (FSB) ř ĩřęčł äãöö řeřě çđčńłęüũé řĩřěĩãčč

### Ńĩãđęřĩčł

Īř ĩĩĩĩãřĩčč čńęłãĩãřĩčč 210 äĩęüũüö řěçĩödlıççé ĩ đřçĩĩãđřçĩę çęčĩç=ĺńęĩę çđđńçĩę đ'đĩãłãłĩ ĩöłĩö č ĩđřãĩĩčł äĩãđĩĩãĺńńĩĩńńč (đ'ĩãĩđ' ĩęĩĩũũ, äĩöńđĩĩöť ĩã' çĩĩĩũũ) =ĺńũđ,ö çĩĩĩđöčłĩĩã ĩřěĩňöliú d'ńěöč=ĺńęĩãĩ řĩńĩĩ'ıč': đ'ĩęũęččö řãđ'ńřöçč äãöö ĩęřĩçĩũũ řĩęłĩũũ řeřě (PD-S von Zersena, FBS Siillwold i Herrlich) ř ĩřęčł äãöö řeřě çđčńłęüũé řĩřěĩãčč.

### Skalen der Selbstbeurteilung des psychischen Zustandes in der Schizophrenie: Beurteilung der Paranoid-Depresivitäts-Skala (PD-S) und der Frankfurter Befindlichkeitsskala (FBS) und zwei Skalen der visuellen Analogie

#### Zusammenfassung

**Ziel:** Die Beurteilung der Paranoid-Depresivitäts-Skala (PD-S) und der Frankfurter Befindlichkeitsskala (FBS) und zwei Skalen der visuellen Analogie: Krankheitsgefühl (WAC) und Befindlichkeit (WAS).

**Die Untersuchten:** Es wurden 210 Schizophrenkranke mit einer unterschiedlichen klinischen Charakteristik untersucht.

**Methode:** Die Kranken wurden zweimal im Abstand von 48 Stunden mit Hilfe von allen möglichen Selbstbewußtseinskalen untersucht (Wiederholbarkeit). Die Skalen mit einer ausgebauten Konstruktion (dh. zusammengesetzt aus mehreren Positionen) wurden unter dem Hinblick auf die innere Kohärenz untersucht.

**Ergebnisse:** Die Korrelationsfaktoren (Spearman's rho) zwischen zwei Beurteilungen waren für alle angewandten Skalen der Selbstbeurteilung sehr hoch. Auch die Faktoren der inneren Kohärenz (Cronbach's alpha) erreichten im Falle der Skalen mit der ausgebauten Konstruktion einen hohen, zufriedenstellenden Level, sowohl für alle Skalen (FBS, PD-S), als auch für Grundaussmaß (paranoid, depressiv) der PD-S.

**Schlussfolgerung:** Die untersuchten Selbstbeurteilungsskalen wurden von den Schizophrenkranken ehrlich angewandt.

### Les échelles de self-estimation de l'état psychique dans la schizophrénie: estimation de la conformité de Paranoid-Depressivity Scale (PD-S), de Frankfurt Self-feeling Scale (FBS) et de deux échelles de l'analogie visuelle

#### Résumé

**Objectif:** Estimation de la conformité de PD-S, Paranoid-Depressivity Scale et de FBS; Frankfurter Befindlichkeitsskala et de deux échelles de l'analogie visuelle –WAC (sentiment de maladie) et WAS (état général de santé).

**Personnes examinées:** 210 schizophrènes avec différentes caractéristiques cliniques.

**Méthode:** Examens répétés deux fois – après 48 heures d'intervalle l'aide des échelles de self-estimation, les échelles composées sont analysées du point de vue de leur interne cohérence.

**Résultats:** Coefficients de Spearman (rho) sont très élevés pour toutes les échelles. Les co-

efficients alpha de Cronbach (de cohérence interne) ont le niveau satisfaisant pour les échelles composés (FBS, PD-S) et pour les dimensions (paranoïde et dépressive) de PD-S.

**Conclusion:** échelles examinées sont utilisées par les schizophrènes d'une manière conforme.

### Piśmiennictwo

1. Jones NF, Kahn MW, MacDonald JM. *Psychiatric patients' views of mental illness, hospitalization and treatment*. J. Nerv. Ment. Dis. 1963; 136: 1:82–87.
2. Freedman BJ. *The subjective experience of perceptual and cognitive disturbances in schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 1974; 30: 333–340.
3. Foulks EF, Persons JB, Merkel RL. *The effect of patients' beliefs about their illnesses on compliance in psychotherapy*. Am. J. Psychiatry 1986; 143, 3: 340–344.
4. Lieberman PB. „Objective” methods and „subjective” experiences. Schizophr. Bull. 1989; 15: 267–275.
5. Strauss J, Carpenter W. *The prediction of outcome in schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 1972; 27, 10: 739–746.
6. Strauss JS, Estroff SE. *Subjective experiences of schizophrenia and related disorders: implication for understanding and treatment—foreword*. Schizophr Bull. 1989; 15, 2: 177–178.
7. Strauss JS. *The person with schizophrenia as a person. II: Approaches to the subjective and complex*. Brit. J. Psychiatry 1994; 164 (supl. 23): 103–107.
8. Cutting J, Dunne F. *Subjective experience of schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1989; 15: 217–232.
9. Awad AG. *Quality of life of schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials*. Hosp. Comm. Psychiatry 1992; 43: 262–265.
10. Mayer-Gross W. *Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenie*. Z. Ges. Neurol. Psychiatr. 1920; 60: 160–212.
11. Soskis DA, Bowers MB. *The schizophrenic experience*. J. Nerv. Ment. Dis. 1969; 149: 443–449.
12. Wciórka J. *Między przyswajaniem a oddalaniem. Postawy chorych wobec przeżywanych zaburzeń schizofrenicznych*. Warszawa: IPiN; 1986.
13. Wciórka J. *Modele ujmowania zaburzeń schizofrenicznych*. Psychoter. 1988; 1, 64: 23–28.
14. Wciórka J, Krzyżanowska J, Bacía-Otto M, Muskat K, Dymecka-Kuhn A, Matalowski P, Paczkowska M. *Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej: 1. Skala „doświadczenie choroby” (DC)*. Psychiatr. Pol. 1996; 3: 381–396.
15. Larsen EB, Gerlach J. *Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics*. Acta Psychiatr. Scand. 1996; 93: 381–388.
16. Jarema M, Konieczńska Z, Głowczak M, Szaniawska A, Meder J, Jakubiak A. *Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji*. Psychiatr. Pol. 1995; 29: 641–654.
17. Faloon IRH. *Optimal Treatment Project*. OTP Newsletter. Sept. 1994.
18. Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prawad R, Harvey C, Bering S. *Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation*. Psychol. Med. 1989; 19 (3): 649–656.
19. Hobi V. *Selbstbeurteilungsfragebogen – Faktorielle Struktur und Hinweise für die Praxis*.

- Schweizer Archiv für Neurologie. Neurochir, Psychiatr. 1984; 134, 1: 131–142.
20. Maurer Y, Dittrich A. *Vergleich von Selbst- und Fremdbeurteilung bei schizophrenen Patienten*. Pharmakopsychiatr. 1979; 12: 375–382.
  21. Zerssen D, von. *Selbstbeurteilungen – Skalen zur Abschätzung des „subjektives Befundes“ in psychopathologischen Querschnitt- und Längsschnitt-Untersuchungen*. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 1973; 217: 299–314.
  22. Zerssen D, von, Koeller DM. *Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München)*. Manuale. Weinheim, Beltz; 1976.
  23. Ernst M., Vingiano W. *Development of a graphic psychiatric self-rating scale*. Compr. Psychiatr. 1989; 30, 2:189–194.
  24. Priebe S, Gruyters T. *Patients' and caregivers' initial assessments of day hospital treatment and course of symptoms*. Compr. Psychiatr. 1994; 35, 3: 234–238.
  25. Baumann U, Meyer B, Suter U. *Formale und inhaltliche Überprüfung der PND-skalen*. Diagnostice 1974; 20: 3–21.
  26. Ullmann LP. *Unstability of schizophrenics upon admission to psychiatric hospitals*. J. Clin. Psychol. 1961; 17: 199–202.
  27. Stüllwold L, Herrlich J. *Frankfurter-Befindlichkeits-Skala (FBS)*. Berlin: Springer; 1987.
  28. Stüllwold L. *Symptome Schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen*. Berlin: Spinger; 1977.
  29. Wciórka J, Schaeffer E, Bacia-Otto M, Hochlewicz A. *Ocena przydatności „Frankfurckiej skali samopoczucia” do samooceny nasilenia objawów schizofrenicznych*. Post. Psychiatr. Neurol 1997; 6: 225–235.
  30. Bandelow B, Muller P. *Depressive syndromes in schizophrenic patients under neuroleptic therapy*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 1992; 241: 291–295.
  31. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity*. Psychol. Med. 1983; 13: 177–183.
  32. Day JC, Wood G. *A self-rating scale for measuring neuroleptic side-effects. Validation in group of schizophrenic patients*. Brit. J. Psychiatry 1995; 166: 650–653.

Otrzymano: 22.01.2001

Zrecenzowano: 05.04.2001

Przyjęto do druku: 23.09.2002

Adres: I Klinika Psychiatryczna IPiN  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 1/9



32	Czuje, że jestem pod wpływem prądów elektrycznych, promieni albo hipnozy			
33	Zmarnowalam (am) sobie już „coś” dła			
34	Staje boje się, że mogłabym (mógłbym) po wleci zdeszczu zrobić szcwa lub szynowego			
35	Nie chce dy czuje w sobie na dladak i przepa hiej c' mnie afē			
36	Wydam erotycznym jesle m ob ocnie azamie resowena (y) ama canie minie]			
37	Kiedy pomysle o czyms to myslje sobie, za raz zmienia innym			
38	Dla wielu rzeczy musze tworzy nowe slowa, ktorych inni ludzie nie rozumie]			
39	Całem czuje się po prostu niedobre			
40	Mnie walam (am) już, kiedy czas zapowodu silnego zaburzenia			
41	Mimo najlepszej woli nie moge pozun zabiegu mysl ani o lroli			
42	Nie mam już żadnych uczuć			
43	Myśle, że na lizade pytania o dpo wle dala tam (am) zgodnie z prawd'			

## Wzrokowa analogia samopoczucia (WAS)

## Wzrokowa analogia poczucia choroby (WAC)

Psychicznie czuję się dziś:

zupełnie źle	_____	zupełnie dobrze
całkiem chora (y)	_____	całkiem zdrowa (y)

