

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

**Self-rating scales in schizophrenia: assessment of the practical
applicability of the Paranoid-Depressivity Scale (PD-S),
the 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 practical feasibility of the Paranoid-Depressivity Scale (PD-S, Paranoid-Depressivitäts-Skala), the Frankfurt Self-feeling Scale (FBS, Frankfurter Befindlichkeits-skala), and two visual analogy scales of: sense of illness (WAC) and self-feeling (WAS).

Method: 210 patients with schizophrenia of various clinical courses.

All patients in the study group were required to complete each scale twice, at 48hr intervals. For statistical analysis, two sets of data were singled out (1) the relationship between refusal/inability to complete the scale repeatedly and the selected clinical variables; (2) observations made by the doctor, while the patient was completing the scales.

Results: Statistical analysis revealed, that clinical factors like restlessness, autism, maladaptation, recurrence/remission and lower educational status imply a significantly lower readiness of the patient towards completion of self-rating scales. The visual analogy scales were those more readily – and easily - completed by the patients; their interpretation, however, is difficult. Given this, the authors of this paper decided to shorten the questionnaire scales, which reducing the whole to aspects of vital diagnostic relevance. Whether this operation would influence the scales' diagnostic value, required ex-post analysis, which was subsequently performed. Summary analysis revealed that the application of the shortening of the PD-S and FBS had no significant impact on these scales' reliability and validity indices; furthermore, it resulted in a significant decline in the number of ambiguities and thus improved the comprehensiveness of the questionnaire's structure. Also, a significant increase in concordance between the self-rating results and the clinicians' diagnoses was observed.

Conclusions: Visual analogy scales are the more readily and easily applied in practice; a comprehensive interpretation is, however, virtually impossible. On the other hand, the PD-S and FBS are the more difficult for the patients to complete, due to their length, but their interpretation does not constitute a major problem. Ex-post analysis reveals, that shortening the complex questionnaires to their core aspects does not affect their psychometric value negatively; in fact – the contrary. The latter statement, however, requires verification in prospective studies.

Slowa klucze: schizofrenia, skale samooceny

Key words: schizophrenia, self-rating scales

Dość powszechnie sądzi się, że leczenie zaburzeń schizofrenicznych powinno być kompleksowe. Różne są jednak zdania co do optymalnego kształtu takiego kompleksu. Dyskutowana jest sprawa indywidualnego wyboru celów i metod oddziaływania leczniczego odpowiadających indywidualnym potrzebom chorych. Nie brak głosów, że przebieg zaburzeń schizofrenicznych i wynik ich leczenia zależą w znacznym stopniu od samych chorych, od ich postaw wobec zaburzeń.

Rozmowa (wywiad) stanowi zasadnicze źródło wiedzy klinicysty na temat postaw pacjentów wobec przeżywanych przez nich zaburzeń psychotycznych. Jej zalety są nieocenione, lecz trudne do wykorzystania: do porównywania, gromadzenia i rzetelnego przetwarzania dla potrzeb analizy wykraczającej poza zakres jednego przypadku. Zastosowanie metod standaryzowanych zwiększa rzetelność i możliwości szerszej, empirycznej analizy uzyskiwanej w ten sposób wiedzy, lecz zarazem pozbawia ją indywidualnego kolorytu i w pewnym sensie splyca.

W badaniu chorych na schizofrenię skale samooceny znajdują jak dotąd ograniczone zastosowanie. Są to na ogół 20–40-punktowe kwestionariusze, czasem narzędzia wykorzystujące wzrokową analogię skal (linia z krańcami opisanymi w postaci zdań lub rysunku). Zastosowanie skal samooceny u chorych na schizofrenię budzi wątpliwości związane najczęściej z ich często niedostatecznym krytycyzmem i zainteresowaniem oceną swego stanu, który może ograniczać trafność ich samooceny. Innym źródłem niepowodzenia w ich stosowaniu mogą być bardziej praktyczne względy, związane np. ze słabą motywacją i wytrwałością lub nawet niechęcią chorych do podejmowania takiego zadania. Tego rodzaju właściwość psychometryczna narzędzi, może szczególnie ważna w przypadku narzędzi samooceny proponowanych chorym psychicznie, bywa określana w piśmiennictwie angielskim jako *feasibility*, tj. bardziej dosłownie jako „stosowalność”, a może bardziej poprawnie jako ich „praktyczność”.

Cel pracy

Celem tej pracy jest ocena praktyczności czterech skal samooceny – polskich wersji dwóch rozbudowanych narzędzi, złożonych z wielu pozycji, tj. „Skali nastawień i nastroju” (PD-S) [1] i „Frankfurckiej skali samopoczucia (FBS) [2] oraz dwóch prostych skal graficznej analogii wzrokowej: poczucia choroby (WAC) i samopoczucia (WAS) u chorych na schizofrenię.

Badani pacjenci

Charakterystykę kliniczną i społeczno-demograficzną 210 chorych na schizofrenię z rozpoznaniem uwzględniającymi kryteria ICD-10, stanowiących badaną grupę osób, przedstawiono szczegółowo w pierwszej części pracy [3].

Metoda

Wszystkich chorych oceniano klinicznie za pomocą wymienionych skal jednorazowo, a o wypełnienie skal samooceny prosiło 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.

Narzędzia oceny i samooceny. Jako skale oceny wykorzystano: fragment KOSS (*Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych*), BPRS (*Brief Psychiatric Rating*

Scale), CGI (*Clinical Global Impressions*) oraz CGI-SE (*Clinical Global Impression – Side Effects*). Do samooceny stanu psychicznego wykorzystano cztery alternatywne narzędzia – dwa narzędzia kwestionariuszowe: „Frankfurcką skalę samopoczucia” (FBS), złożoną z 43 pozycji, i „Skalę nastawień i nastroju” (PD-S), złożoną z 36 pozycji, oraz dwie proste skale o charakterze graficznej analogii wzrokowej: skalę samopoczucia (WAS) i skalę poczucia choroby (WAC), stanowiące pojedyncze skale porządkowe. Bliższą charakterystykę tych narzędzi przedstawiono w poprzedniej części pracy [3].

Analiza statystyczna. Do analizy statystycznej używano procedur dostępnych w pakiecie SPSS-PC wersja 8.0.

Wyniki

Ocena praktyczności skal samooceny

Tak jak w przypadku wielu innych narzędzi diagnostycznych, wypełnienie zastosowanych kwestionariuszy wymagało od pacjenta dostatecznej koncentracji i zainteresowania, a od klinicysty czuwania nad przebiegiem pracy. Nie wszyscy pacjenci chcieli ten trud podjąć, niektórzy nie byli dostatecznie wytrwali w trakcie pracy, szczególnie przy powtórnych wypełnieniu skal. U ok. 1/3 badanych okazało się to niemożliwe lub nieskuteczne. Trudności te były mało zależne od fazy choroby. Często skłaniały do dodatkowej pomocy chorym w postaci np. zachęty, przyciągania uwagi, dodatkowej instrukcji. Szczególną przeszkodą, podkreślaną przez pacjentów, była długość skal. Wypełnianie ich może być dla chorych trudne, nużące, nieinteresujące. Obserwacje związane z wypełnianiem skal analogii wizualnej (WAS i WAC) wskazywały, że były one interesującym uatrakcyjnieniem trudu dokonywania samooceny.

Jeśli możliwość lub niemożliwość przeprowadzenia powtórnego badania (*retest*) za pomocą wymienionych narzędzi samooceny traktować jako pośredni wskaźnik ich praktyczności (gotowości pacjentów do powtórnego pokonywania trudności związanych z dokonywaniem samooceny swego stanu psychicznego za pomocą tych narzędzi), to można analizować zależność różnych szczegółów charakterystyki pacjentów od takiego „wskaźnika praktyczności”. Tab. 1 wskazuje, że gotowość do powtórnej samooceny nie zależała od analizowanych zmiennych demograficzno-społecznych (płci, wieku i wykształcenia), wykazywała natomiast pewne zależności od zmiennych klinicznych. Pacjenci w rezydualnej fazie choroby wyraźnie chętniej reagowali na propozycję ponownego badania niż pacjenci w okresie zaostrzenia lub remisji, a więc ci, dla których przeżycia chorobowe są doświadczeniem nieodległym. Biorąc pod uwagę nasilenie i rodzaj aktualnych objawów spostrzegamy, że pacjenci mniej chętnie reagujący na propozycję ponownego badania – to osoby o mniejszym nasileniu całego zespołu i większości jego objawów (zdrowsze). Wyjątek stanowią tu jedynie trzy grupy objawów (podniecenie, niedostosowanie i autyzm), w odniesieniu do których wyniki wykazują tendencje odwrotną. Tylko jednak w odniesieniu do niektórych szczegółów obrazu psychopatologicznego (zaburzenia poczucia siebie, rozkojarzenie, objawy katatoniczne, podniecenie, zahamowanie, stany zagrażające) opisane zależności mają charakter istotny statystycznie. Tak więc, jedynie podniecenie było objawem istotnie bardziej nasilonym u tych, którzy niechętnie zareagowali na propozycję powtórnego dokonania samooceny swego stanu psychicznego. Warto zwrócić uwagę na to, iż wpływu na tę gotowość nie miały te objawy wiążące się ze

Tabela 1

Wykonanie lub niewykonanie powtórnego badania samooceny (*retest*)
a podstawowe zmienne kliniczne i społeczno-demograficzne

Analizowane zmienne	Powtórne badanie		Test
	Nie wykonane (n=50)	wykonane (n=130)	
(a) Zmienne kliniczne			
Stan psychiczny	Odczucie rangi		Test Manna-Whitneya
Ciepłotowe nasilenie zaburzeń wg KOSS-C	1,22 (95)	1,42 (110)	n.s.
KOB3-WF. Trudności kontaktów	0,97 (90)	1,10 (100)	n.s.
KOB3-WF. Zniżona zdolność racjonalności	1,17 (106)	1,17 (100)	n.s.
KOB3-WB. Zaburzenie poczucia siebie	0,34 (90)	0,70 (116)	$p=0,00^*$
KOB3-WB. Kształtowanie myślenia	0,39 (90)	0,60 (111)	$p=0,03^*$
KOB3-WB. Zachowanie kulturalne	0,07 (96)	0,26 (110)	$p=0,03^*$
KOB3-WB. Objawy somatyczne	1,16 (103)	1,34 (107)	n.s.
KOB3-WF. Zaburzenia pamięci	0,71 (107)	0,70 (107)	n.s.
KOB3-WF. Zaburzenia aktywności	0,60 (77)	1,14 (117)	$p=0,00^*$
SPRS13: Podniecanie	116,6 (110)	101,0 (107)	$p=0,01^*$
SPRS13: Zainteresowanie	77,1 (77)	110,0 (117)	$p=0,00^*$
KOB3-WB. Lęk	0,37 (97)	0,63 (109)	n.s.
KOB3-WF0. Niezadowolony	1,00 (90)	0,91 (107)	n.s.
KOB3-WF1. Brak myślenia kierowanego	1,31 (114)	1,40 (100)	n.s.
KOB3-WF2. Apatyizm	1,14 (114)	0,90 (107)	n.s.
KOB3-WF3. Stany zgorzkniałości	0,17 (94)	0,34 (110)	$p=0,01^*$
Forma choroby: zaostrzenie remisja residuum	30% 37% 11%	64% 63% 30%	Test χ^2 $p=0,001$
(b) Zmienne demograficzno-społeczne			
Płeć kobiety mężczyźni	33% 23%	67% 77%	Test χ^2 : n.s.
Forma wykształcenia: podstawowy średni wyższy	31% 28% 24%	69% 72% 76%	Test χ^2 : n.s.
Wiek: latyca (średnia)	40,0	39,01	Test t : n.s.

Zacieniono objawy wykazujące tendencję odwrotną do pozostałych

zniekształceniem oceny rzeczywistości i brakiem wglądu, które najczęściej uważane są za źródło małej praktyczności narzędzi samooceny.

Także i ta analiza danych empirycznych zdaje się sugerować, że główne utrudnienia w podaniu zadaniu wypełnienia kwestionariuszy samooceny płyną mogą raczej z niecierpliwości pacjentów, ich niedostosowania i autystycznego niezainteresowania oraz ze związanej ze zdrowieniem niechęci powracania do względnie świeżych (zastrzeżenie, remisja) przeżyć chorobowych niż z niemożności związanej z błędną oceną rzeczywistości czy brakiem wglądu.

W sumie, zgromadzone obserwacje zdają się dowodzić potrzeby skrócenia stosowanych narzędzi tak, by ich długość nie stwarzała zbyt dużej bariery motywacyjnej.

Skrócona wersja podskali paranoidalnej PD-S (sPD-Sp)

Jeśli szukać narzędzia samooceny dającego wyniki zbieżne z oceną kliniczną – to można ograniczyć wykorzystanie skali PD-S do tych składników, które najsilniej korelują z taką oceną.

Na podstawie analizy korelacji poszczególnych stwierdzeń podskali paranoidalnej PD-S z sumarycznymi wartościami obu wykorzystanych skal klinicznych, tj. KOSS-W

Tabela 2

Korelacje poszczególnych pozycji podskali paranoidalnej PD-S z sumaryczną wartością skal BPRS-UCLA i KOSS-W (n=210) – współczynniki korelacji Spearmana [rho]

Pozycje podskali paranoidalnej PD-S	Skale kliniczne	
	BPRS (suma)	KOSS-W (suma)
F1. Ludzie wpływają na mnie wbrew mojej woli	0,30**	0,30**
F9. Mam poczucie przeżywania końca świata	0,26**	0,30**
F11. Inni uważają mnie za chorego	0,29**	0,25**
F12. Nie kontroluję ruchów swojego ciała	0,20**	0,20**
F15. Próbuje mnie zniszczyć	0,60**	0,54**
F19. Zdarza się, że gorzej się koncentruję	-0,29**	-0,27**
F20. Jestem obserwowany	0,58**	0,56**
F22. Moje ciało zmienia się	0,23**	0,29**
F23. Ktoś próbuje wykradnąć moje myśli	0,50**	0,55**
F25. Ktoś chce komentować moje zachowanie, myśli	0,53**	0,51**
F27. Moja wiedza, odrywa się przedmiotem zawiłości	0,19**	0,20**
F28. Mam niezwykle przecięcia	0,30**	0,30**
F30. Ktoś chce żyć na moje życie	0,52**	0,45**
F32. Jestem pod wpływem promieni, prądów hipnozy	0,36**	0,30**
F35. Mam nadludzką moc	0,26**	0,29**
F37. Moje myśli są znane innym	0,54**	0,58**
F38. Tworzę słowa, których inni nie rozumieją	0,22**	0,23**

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

oraz BPRS (tab. 2), wybrano sześć pozycji wykazujących maksymalne korelacje z obu narzędziami klinicznymi ($\rho > 0,55$, wiersze cieniowane).

Traktując wyodrębnione pozycje jako skróconą wersję podskali paranoidalnej PD-S (sPD-Sp) można było ex post analizować właściwości psychometryczne takiego zmodyfikowanego narzędzia. Jego trafność diagnostyczna w badanej populacji chorych, oceniana na podstawie korelacji z sumarycznymi wartościami oceny klinicznej wg wszystkich zastosowanych narzędzi (KOSS, BPRS, CGI) oraz samooceny wg obydwu kwestionariuszy (PD-S, FBS), okazała się satysfakcjonująca (tab. 3). Podobnie jak w przypadku rozwiniętego pierwowzoru (PD-Sp), tak i w przypadku wersji skróconej praktycznie nie stwierdzono związku ze skalami analogii wizualnej, a związek z ogólną

Tabela 3

Korelacje podskali paranoidalnej PD-S (sPD-Sp)
z narzędziami samooceny oraz oceny klinicznej

Skale samooceny i skale kliniczne	Skrócona podskala paranoidalna PD-S (sPD-Sp)
(a) Skale samooceny	
PDS (wartość sumaryczna)	0,90**
FBS (wartość sumaryczna)	0,73**
UAS	-0,05
UAC	0,04
(b) Skale kliniczne	
BPRS (wartość sumaryczna)	0,67**
KOSS-U (wartość sumaryczna)	0,65**
KOSS-C	0,64**
CGI	0,63**
CGHSE	0,25**

** korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

oceną niepożądanego działania leków pozostawał na poziomie bardzo podobnym.

Skrócona wersja wykazuje też wysokie korelacje z sumarycznymi wartościami obu oryginalnych podskal PD-S (tab. 4). Uderza szczególnie silna korelacja z oryginalną podskalą paranoidalną. Korelacje ze skalami kontrolnymi osiągają wartości podobne

Tabela 4

Korelacje skróconej podskali paranoidalnej PD-S (sPD-Sp)
z poszczególnymi podskalami oryginalnej PD-S

Podskala oryginalnej PD-S	Skrócona podskala paranoidalna PD-S (sPD-Sp)
PDS _p – paranoidalna	0,92**
PDS _d – depresja	0,77**
PDS _k – kontrola	-0,61
PDS _m – motywacja	-0,04

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

do uzyskanych za pomocą skal oryginalnych.

Także trafność czynnikowa wydaje się zadowalająca. Skrócona wersja podskali paranoidalnej PD-S ma prostą, jednoczynnikową strukturę wewnętrzną (tab. 5), wyczerpującą ponad 60% zmienności w próbie, a treść włączonych pozycji (ktoś obserwuje, komentuje, zagraża, odślania i wykrada myśli) zyskuje prostą i jednoznaczną

Tabela 5

Analiza zasadniczych składników skróconej podskali paranoidalnej PD-S

Analiza wybranych składników skali PD-Sp Skrócona podskala paranoidalna: metoda ekstrakcji: zasadnicze składniki, kryterium ekstrakcji: eigenvalue > 1 rozwiązanie: jednoczynnikowe – bez rotacji, całkowita wyjaśniona wariancja – 63,82%	Składnik t przeżycia paranoidalne
Przebieg skali	
F20. Jestem obserwowany	0,87
F25. Ktoś może komentuje moje zachowanie, myśli	0,85
F30. Ktoś może narazić na moje życie	0,80
F15. Ktoś może mnie zniszczyć	0,78
F37. Ktoś może mi skradnieć myśli	0,78
F28. Ktoś może próbować wykraść moje myśli	0,70
% wyjaśnionej wariancji	63,82

interpretację – „przeżycia paranoidalne”.

Mimo skrócenia, rzetelność zmodyfikowanej skali, oceniana wg współczynnika jej spójności wewnętrznej, osiąga zadowalający poziom (alfa Cronbacha = 0,88).

Tak więc, ostatecznie można było wykazać, że oparta na uzyskanych wynikach modyfikacja (skrócenie) podskali paranoidalnej PD-S nie spowodowała utraty dobrych właściwości psychometrycznych nowej skali, natomiast jej konstrukcja zyskała na jednoznaczności i interpretacji kliniczno-teoretycznej.

Skrócona wersja podskali depresyjnej PD-S (sPD-Sd)

Postępując analogicznie w stosunku do podskali depresyjnej PD-S wybrano (tab. 6) sześć pozycji o najsilniejszych korelacjach z obydwoma (KOSS-W, BPRS) skalami oceny klinicznej ($\rho > 0,29$, pozycje zacienione).

Skrócone narzędzie korelowało (tab. 7) umiarkowanie z sumarycznymi ocenami klinicznymi wg zastosowanych narzędzi (KOSS, BPRS, CGI), zdecydowanie silnie z sumarycznymi wartościami kwestionariuszy samooceny (PD-S, FBS), natomiast praktycznie nie korelowało ze skalami analogii wizualnej.

Jak pokazuje tab. 8, uzyskane skrócone narzędzie korelowało silnie z obiema podskalami oryginalnej PD-S, przy czym wyraźnie silniej z podskalą depresyjną Podskale

Tabela 6

Korelacje pozycji podskali depresyjnej PD-S z sumaryczną wartością oceny wg skal BPRS-UCLA i KOSS-W (n=210) – współczynnik korelacji Spearmana [rho]

Pozycje podskali depresyjnej PD-S	Skale kliniczne	
	BPRS-(suma)	KOSS-U (suma)
P3. Różne zjawiska sprasują mi radość	0,25**	0,27**
P4. Zależy mi na umiark.	0,17*	0,18*
P5. Słabem się lekko	0,34**	0,29**
P8. Zależy przede	0,22**	0,26**
P9. Boję się, że stracę rozum	0,41**	0,33**
P14. Czuję się samotny	0,28**	0,23**
P16. Nie wszystko co czytam, rozumiem	0,28**	0,24**
P17. Najchętniej zabiłbym się	0,36**	0,33**
P21. Gorzej czuję się rano	0,22**	0,14*
P24. Zobojźniałem	0,47**	0,32**
P31. Jestem wielki załamania	0,43**	0,31**
P34. Boję się zrobienia czegoś złego	0,38**	0,37**
P36. Nie interesuję się życiem erotycznym	0,07	0,05
P39. Czuję się niedanie	0,34**	0,27**
P41. Nie mogę posunąć się do myśli	0,18**	0,23**
P42. Nie mam żadnych uczuć	0,28**	0,26**

* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Tabela 7

Korelacje podskali depresyjnej PD-S (SPD-Sd) z narzędziami samooceny oraz oceny klinicznej

Skale samooceny i skale kliniczne	Składowa podskala depresyjna PD-S (SPD-Sd)
(a) Skale samooceny	
PDS (wartość sumaryczna)	0,87**
FBS (wartość sumaryczna)	0,87**
UAS	-0,04
UAC	-0,04
(b) Skale kliniczne	
BPRS (wartość sumaryczna)	0,56**
KOSS-U (wartość sumaryczna)	0,50**
KOSS-C	0,55**
CGI	0,53**
CGI-SE	0,49**

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Tabela 8

Korelacje skróconej podskali depresyjnej PD-S (sPD-Sd)
z poszczególnymi podskalami oryginalnej PD-S

Podskala oryginalnej PD-S	Skrócona podskala depresyjna PD-S (sPD-Sd)
PDSp – paranoidalne	0,60**
PDSD – depresja	0,77**
PDSk – kontrola	-0,51
PDSm – motywacja	-0,03

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

kontrolne wykazywały korelacje podobne, jak w przypadku skal oryginalnych.

Analiza czynnikowa (tab. 9) wskazuje, że nowa, skrócona skala ma prostą strukturę wewnętrzną – opisaną przez rozwiązanie jednoczynnikowe, wyczerpujące ok. 54% zmienności w próbie, przy czym wszystkie pozycje jednoznacznie wskazują na „przeżycia depresyjne”, z wyjątkiem pozycji P24 („zobojętniałem”), której treść wiąże się

Tabela 9

Analiza zasadniczych składników skróconej podskali depresyjnej PD-S

Analiza wybranych składników skali PD-Sd Skrócona podskala depresyjna: metoda ekstrakowania: zasadnicze składniki, kryterium ekstrakowania: eigenvalue > 1 rozwiązanie jednoczynnikowe – bezrotacji, całkowita wyjaśniona wariancja – 54,32%	Składnik I przeżycia depresyjne
Pozycje skali	
PS1. Jestem wielki załamania	0,87
PS3. Boję się, że stracię rozum	0,81
PS4. Boję się zrobienia czegoś złego	0,79
PS7. Najchętniej zabiłbym się	0,76
PS. Słabem się i zdziwy	0,74
PS4. Zobojętniałem	0,34
% wyjaśnionej wariancji	54,32

z depresją mniej jednoznacznie. Jej korelacja z czynnikiem jest względnie słaba.

Rzetelność skróconej skali, oceniana za pomocą wskaźnika spójności wewnętrznej (alfa Cronbacha), jest zadowalająca (alfa= 0,82), przy czym wzrasta ona (alfa= 0,85) po wyeliminowaniu pozycji „zobojętniałem” (P24), co, podobnie jak słaba korelacja takiej wypowiedzi pacjenta z czynnikiem „przeżycia depresyjne” (0,34), sugeruje, iż ta pozycja skali (inaczej niż w oryginalnych wynikach autora skali PD-S) w niewielkim stopniu wiąże się z depresyjnym nastrojem pacjenta.

Ostatecznie jednak, w podsumowaniu można stwierdzić, że mimo skrócenia

podskali depresyjnej PD-S, powstałe stąd nowe, zmodyfikowane narzędzie nie traci dobrych właściwości psychometrycznych, zyskuje natomiast na jednoznaczności. Zachowuje się więc podobnie, jak skrócona wersja podskali paranoidealnej analizowana poprzednio.

Skrócona wersja skali PD-S

Łącząc ze sobą skrócone wersje podskal paranoidealnej i depresyjnej otrzymujemy skróconą wersję całości oryginalnej PD-S, z pominięciem podskal kontrolnej i motywacyjnej. Jak dowodzi spojrzenie na tab. 10, uzyskany zestaw 12 pozycji, wybranych oddzielnie z obu podskal oryginalnych, stanowi jednocześnie zestaw pozycji należących do najsilniej korelujących spośród wszystkich pozycji całości oryginalnej PD-S.

Tabela 10

Korelacje poszczególnych pozycji wg skali PD-S z sumaryczną wartością oceny wg skal BPRS-UCLA i KOSS-W (n=210) – współczynnik korelacji Spearmana [rho]

Pozycje skali paranoidealnej PD-S	Skale kliniczne	
	BPRS (suma)	KOSS-UJ (suma)
P1. Instrukcja	-0,22**	-0,29**
P2. Obiecaję odpowiedzieć zgodnie z prawdą ¹	-0,17*	-0,17*
P3. Ktoś nie załatwia sprawuję ¹ mi nadto	0,25**	0,27**
P4. Nie lubię mnie samego	0,17*	0,18*
P5. Stałem się lżejszy	0,34**	0,29**
P6. Czasami przeobrażam się	-0,17*	-0,18*
P7. Ludzie wpływają na mnie wbrew mojej woli	0,30**	0,30**
P8. Nie lubo przebie	0,22**	0,26**
P9. Nie mogę poczuć przyjemności końca świata	0,26**	0,30**
P10. Bywam zmęczony	-0,24**	-0,15*
P11. Inni uważają mnie za chorego	0,29**	0,25**
P12. Nie kontroluję ruchów swojego ciała	0,20**	0,20**
P13. Boję się, że stracię rozum	0,41**	0,33**
P14. Czuję się smutny	0,28**	0,23**
P15. Próbuje mnie zniszczyć	0,60**	0,54**
P16. Nie wszystko co czytam, rozumiem	0,28**	0,24**
P17. Najchętniej zabiłbym się	0,36**	0,33**
P18. Bywałem tak niespokojny, że nie mogłem zasnąć	-0,39**	-0,34**
P19. Zdarza się, że gorzej się koncentruję	-0,29**	-0,21**
P20. Jestem obserwowany	0,58**	0,56**
P21. Gorzej czuję się rano	0,22**	0,14*

F22. Moje ciało zmienia się	0,23**	0,29**
F23. Niepróbuję wytrwać w mojej myśli	0,50**	0,55**
F24. Zrobiłem coś złego	0,47**	0,52**
F25. Nieverbałem komentuję moje zachowanie, myśli	0,53**	0,51**
F26. Odczuwałem w swoim życiu lek	-0,32**	-0,29
F27. Moja wiedza odkryła się przedmiotem zawoła	0,19**	0,20**
F28. Mam niezwykle przeżycia	0,30**	0,30**
F29. Miewam zły humor	-0,22**	-0,14*
F30. Niecierpię na moje życie	0,52**	0,45**
F31. Jestem blisko zła	0,43**	0,31**
F32. Jestem pod wpływem promieni, prądów hipnozy	0,35**	0,30**
F33. Zmawiałem sobie coś złego	-0,20**	-0,22**
F34. Boję się zrobić coś odrażającego	0,38**	0,37**
F35. Mam nadludzką moc	0,25**	0,29**
F36. Nie interesuję się systemem erotycznym	0,07	0,05
F37. Moje myśli są znane innym	0,54**	0,53**
F38. Tworzę słowa, których inni nie rozumieją	0,22**	0,23**
F39. Czuję się niedanie	0,34**	0,27**
F40. Miałem błąd serca z powodu silnego wzbudzenia	-0,07	0,01
F41. Nie mogę posunąć się ku myśli	0,18**	0,23**
F42. Nie mam żadnych uczuć	0,28**	0,26**
F43. Odpowiedziałem na pytania zgodnie z prawdą	0,04	-0,06

Zacienienie silniejsze – najsilniej korelujące pozycje podskali paranoidalnej, słabsze – podskali depresyjnej

* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Korelacje sumarycznych wartości takiej zmodyfikowanej, skróconej PD-S z sumarycznymi wartościami innych porównywanych narzędzi (tab. 11) okazały się satysfakcjonujące. Ich wysokość nie była gorsza niż w przypadku oryginalnej, nie skróconej, pełnej PD-S.

Także korelacje skróconej PD-S z podskalami oryginalnej PD-S okazały się zbliżone do korelacji uzyskiwanych przez narzędzia oryginalne, przy czym były one silniejsze w przypadku korelacji z oryginalną podskala paranoidalną (tab. 12).

Tabela 11

Korelacje skróconej skali PD-S z narzędziami samooceny oraz oceny klinicznej

Skale samooceny i skale kliniczne	Skrócona skala PD-S
(a) Skale samooceny	
PDS (wartość sumaryczna)	0,93**
FBS (wartość sumaryczna)	0,83**
UAS	-0,03
UAC	0,01
(b) Skale kliniczne	
BPRS (wartość sumaryczna)	0,65**
NCSS-U (wartość sumaryczna)	0,67**
NCSS-C	0,63**
CGI	0,64**
CGHSE	0,22**

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Tabela 12

Korelacje skróconej skali PD-S z poszczególnymi podskalami oryginalnej PD-S

Podskala oryginalnej PD-S	Skrócona PD-S (sPD-S)
PDSp – paranooidalna	0,74**
PDSd – depresja	0,67**
PDSk – kontrola	-0,56
PDSm – motywacja	0,00

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Analiza czynnikowa (tab. 13) składników skróconej wersji PD-S pozwala uznać za sensowne rozwiązanie z dwoma czynnikami interpretowanymi jako: „przeżycia depresyjne” i „przeżycia paranooidalne”. Rozdział pozycji między wyodrębnione czynniki z dwoma wyjątkami odpowiadał podziałowi wynikającemu z zaszeregowania ich przez autora skali PD-S. Pierwszy wyjątek stanowiła przynależność pozycji P24 („zobojętniałem”) do czynnika „przeżycia paranooidalne” (w oryginale należy on do podskali depresyjnej). Wyjątek drugi – to włączenie pozycji P15 („ktoś chce mnie zniszczyć psychicznie”) do czynnika „przeżycia depresyjne”, choć w oryginale należy on do podskali paranooidalnej.

Rzetelność (spójność wewnętrzną) nowej, skróconej wersji PD-S jest zadowalająca (alfa =0,91). Pominięcie pozycji, których przyporządkowanie czynnikowe wypadło inaczej niż oczekiwano, nie wpływa znacząco na wartość współczynnika Cronbacha (alfa=0,90).

W sumie, zaproponowane znaczne skrócenie oryginalnej PD-S nie obniża wartości psychometrycznej narzędzia, które zachowuje wysokie wskaźniki rzetelności (spójność wewnętrzną), oraz trafności diagnostycznej i czynnikowej. Zauważone rozbieżności

Tabela 13

Analiza zasadniczych składników skróconej wersji skali PD-S

Analiza wybranych składników skali PD-S Skrócona podskala depresyjna: metoda ekstrakcji: zasadnicze składniki, kryterium ekstrakcji: eigenvalue > 1 rotacja: metoda Varimax, całkowita wyjaśniona wariancja – 68,76%	Składnik I przeżyta depresyjna	Składnik II przeżyta paranooidalna
Pozycje skali		
P1. Jestem blisko zarwania	0,84	
P15. Ktoś chce mnie zniszczyć	0,81	
P5. Słabem się lędziwy	0,77	
P17. Najchętniej zabiłbym się	0,76	
P13. Bój się, że straci rozum	0,74	
P34. Bój się złośliwością innego	0,72	
P37. Moje myśli są związane innym		0,80
P34. Zobojźniałem		0,79
P23. Kto próbuje wykreślić moje myśli		0,74
P25. Ktoś chce komentować moje zachowanie, myśli		0,70
P20. Jestem obserwowany		0,66
P30. Ktoś obserwuje na moje życie		0,57
% wyjaśnionej wariancji	37,3	28,5

między oryginalnym, autorskim przyporządkowaniem dwóch pozycji a wynikami ich przyporządkowania czynnikowego na podstawie przeprowadzonej tu analizy nie mają decydującego znaczenia – uzyskane czynniki zyskują wystarczająco jasną interpretację, a korelacje sumarycznych wartości skal pozostają wystarczająco silne. Gdyby jednak chcieć pozostać w zgodzie z kwalifikacją autora PD-S, należałoby te budzące wątpliwość pozycje (P15, P24) wyeliminować i uwzględnić w skróconej wersji tylko 10 pozostałych, nie budzących żadnych wątpliwości.

Skrócona wersja FBS

Podjęto także próbę skrócenia skali FBS w celu uzyskania narzędzia, które byłoby maksymalnie skorelowane z oceną kliniczną, a nie traciłoby dobrych właściwości psychometrycznych. Analiza korelacji poszczególnych pozycji FBS z sumarycznymi wartościami obu skal oceny klinicznej (KOSS-W, BPRS) pozwoliła na wybór siedmiu pozycji o najsilniejszych korelacjach (10,40) z obiema skalami klinicznymi (zacienienia w tab. 14).

Wszystkie współczynniki korelacji takiej skróconej FBS z oceną kliniczną i innymi

Tabela 14

Korelacje poszczególnych punktów opisu stanu psychicznego wg skali FBS z sumaryczną wartością oceny wg skal BPRS-UCLA i KOSS-W (n=210). Współczynnik korelacji Spearmana [rho]

Powyższe skali FBS	Skale i składowe	
	BPRS (suma)	KOSS-U (suma)
F1. Jestem wyczerpany	0,31**	0,21**
F2. Jestem nie spokojny	0,32**	0,28**
F3. Z trudem mało spokojnie	0,34**	0,27**
F4. Jestem wewnętrznie niezrównowagowany	0,28**	0,26**
F5. Mam za mało kontroli nad sobą	0,28**	0,28**
F6. Jestem niespokojny	0,31**	0,21**
F7. Stałem się bez powodu śliniak	0,28**	0,11*
F8. Ktoś mi się nie szepie	0,31**	0,28**
F9. Nie chwytałem co się wokół mnie dzieje	0,25**	0,24**
F10. Muszę się bardzo amuzować by coś robić	0,18	0,16*
F11. Hehej bardzo mnie drażni	0,21**	0,27**
F12. Jestem obojętny	0,21**	0,22**
F13. Jestem nadmiernie czujny	0,41**	0,31**
F14. Za bardzo ulegam wpływom z zewnątrz	0,21**	0,27**
F15. Ludzie mi nie szkodzą	0,21**	0,28**
F16. Jestem chętny	0,15*	0,28**
F17. Jestem nie skoncentrowany	0,21**	0,24**
F18. Nie udało mi się bez powodu coś zrobić	0,44**	0,28**
F19. Jestem nudy wewnętrznie	0,21**	0,24**
F20. Miło mi nie dawać w sobie	0,18	0,16*
F21. Myślę o sobie	0,28**	0,22**
F22. Stałem się coś zrobić	0,18	0,11*
F23. Jestem powolny	-0,12	-0,12
F24. Czułem się bardzo udzielnym	0,28**	0,28**
F25. Jestem samotny	0,26**	0,27**
F26. Ludzie mnie przerażają	0,24**	0,28**
F27. Z trudem podjęłam za rozmowami	0,28**	0,21**
F28. Chciałbym być trochę spokojniejszy	0,21**	0,24**
F29. Długo nie siebie obserwuję	0,28**	0,25**
F30. Boję się podjąć pewne dni	0,28**	0,24**
F31. Użył się dookoła mnie drażni	0,41**	0,21**
F32. Jestem już za bliznowany	0,25**	0,22**
F33. Nie mogę się wystrząsnąć co ochronić	0,28**	0,44**
F34. Nie mogę jasno ująć myśli	0,31**	0,27**
F35. Pojęciem nie myślę całkowicie mnie opiewają	0,28**	0,23**
F36. Użył się wydaje mi się nie zasługuję na zaufanie	0,28**	0,28**

* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

wskaźnikami samooceny (poza skalami analogii wizualnej) pozostały satysfakcjonujące (tab. 15). Siła związku między skróconą wersją FBS a oceną niepożądanych działań leków (CGI-SE) nie odbiegała od siły tego związku w przypadku oryginalnej FBS.

Analiza czynnikowa (tab. 16) skróconej wersji FBS prowadzi do rozwiązania jednoczynnikowego, wyczerpującego ok. 54% zmienności w próbie, przy czym różne

Tabela 15

Korelacje skróconej skali FBS z narzędziami samooceny oraz oceny klinicznej

Skale samooceny i skale kliniczne	Skrócona skala FBS
(a) Skale samooceny	
PDS (warto ocen umiarkowana)	0,82**
FBS oryginalna (warto ocen umiarkowana)	0,94**
UAS	-0,06
UAC	-0,17
(b) Skale kliniczne	
BPRS (warto ocen umiarkowana)	0,53**
MOSS-U (warto ocen umiarkowana)	0,52**
MOSS-C	0,56**
CGI	0,61**
CGI-SE	0,16*

* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

właściwości samopoczucia opisywane przez składniki tego czynnika można próbować zinterpretować jako różnorodne, ujmowane subiektywnie sygnały zagrażającej lub dokonującej się dezintegracji, odczuwane po części jako trudności we właściwych, harmonijnych procesach poznawczych (myśli się mieszają, nasuwają się bezsensowne, nie można ich jasno ująć), a po części jako przeżycia lękowe (niepokojny, udręczony) i trudności znajdujące wyraz w zmienionym zachowaniu (mało kontroli, niewystarczająca ochrona).

Rzetelność (spójność wewnętrzną) nowej, skróconej wersji FBS jest wysoka (Cronbacha alfa = 0,92).

Tak więc i w tym przypadku skrócenie narzędzia motywowane potrzebą łatwości jego stosowania, przy jednoczesnej maksymalizacji korelacji ze skalami klinicznymi, pozwoliło zachować jego dobre właściwości, a zarazem większą przejrzystość interpretacji jego konstrukcji (struktury wewnętrznej) i ewentualnych odniesień klinicznych.

Omówienie wyników

Analiza zasadniczych składników skróconej skali FBS

Analiza wybranych składników skali FBS metoda ekstrakcji: zasadnicze składniki, kryterium ekstrakcji: eigenvalue >1 rozwiązanie jednoczynnikowe – bez rotacji, całkowita wyjaśniona wariancja – 54,32%	Składnik I sygnały deintegracji
Przebieg skali	
F8. Myśli mi się mieszają ¹	0,87
F2. Jestem niepokojny	0,86
F18. Niezauważam mi się bezsensowne myśli	0,84
F34. Nie mogę jasno ujź zmyśli	0,84
F5. Mam za mało kontroli nad sobą ¹	0,81
F24. Czuję się bardzo udręczony	0,79
F33. Nie potrafię się dostatecznie ochronić	0,79
%wyjaśnionej wariancji	54,32

Stosowanie skal samooceny u chorych na schizofrenię budzi wątpliwości związane głównie z ich często niedostatecznym krytycyzmem i zainteresowaniem oceną swojego stanu. Pojawiają się też głosy, że u wielu pacjentów nie da się dokonać takiej oceny, bo trudno namówić ich do rzetelnego wypełniania kwestionariuszy. Ullmann [4] przeprowadził bliższą analizę czynników wpływających na to, czy chory na schizofrenię jest w stanie wypełnić skalę samooceny czy też nie. Tylko 16,7% pacjentów w ostrej fazie choroby nie zostało w pełni prawidłowo zbadanych. W grupie chorych, którzy skalę nie wypełnili, znaleziono istotną statystycznie korelację z silnym autyzmem, wyraźnymi formalnymi zaburzeniami myślenia oraz halucynacjami słuchowymi. Mały wpływ miała agresywność i stany lękowe. Z drugiej strony, z badań Ullmanna [4], a także Baumanna i wsp. [5], Maurera i Dittricha [6] wynika, że nie tylko trudność zadania czy zły stan psychiczny chorego, ale i sposób motywowania go przez diagnostę mają wpływ na wypełnienie skali samooceny. Maurer i Dittrich przytaczają badanie, w którym pacjenci nie byli w specjalny sposób motywowani do wypełnienia dość długiej skali samooceny, co jak się wydaje, spowodowało niewypełnienie jej przez dużą część chorych: 48% w ostrej fazie, 63% w remisji. Znaczenie motywowania uwypukliło się więc także w fazie remisji, gdy, pomimo poprawy stanu psychicznego, liczba pacjentów, którzy wypełnili skalę samooceny, zmniejszyła się. Można tłumaczyć to tym, że chorzy nie widzieli żadnej korzyści dla siebie i terapii wynikającej z wypełnienia testu: czuli się lepiej, zwykle znali już termin wypisania ze szpitala. Opisywane w literaturze trudności z podjęciem trudu wypełnienia kwestionariuszy potwierdziły się również w przypadku tego badania. W grupie osób mniej skłonnych do podjęcia tego zadania znajdowali się pacjenci o przeciętnie mniejszym nasileniu zespołu zaburzeń oraz o względnie większym niż u pozostałych nasileniu podniecenia, autyzmu i niedostosowania. Chętniej angażowali się chorzy w fazie rezydualnej niż

w okresie zaostrzenia czy remisji. Gotowości wypełniania kwestionariuszy narzędzi nie modyfikowały natomiast takie składniki stanu klinicznego, jak brak wglądu lub zniekształcenie rzeczywistości (tzn. urojenie i omamy). Wyniki takie sugerują, że źródłem małej gotowości do wypełniania skal samooceny są raczej niechęć, niezainteresowanie, nieuwaga, znużenie chorych czy nieatrakcyjność kwestionariuszy niż bardziej zasadnicze trudności w adekwatnej ocenie rzeczywistości.

Na podobne uwarunkowania wskazują też bezpośrednie obserwacje poczynione w trakcie prowadzenia badań i motywowania chorych do ich podjęcia i dokończenia. Obserwacje związane z wypełnianiem skal analogii wizualnej (WAS i WAC) wskazywały, że były one bardziej interesującą i atrakcyjną alternatywą pokonywania trudu sprawianego przez kwestionariusze samooceny.

Na podstawie tych wszystkich obserwacji zaproponowano skrócenie FBS i PD-S, które, ułatwiając chorym zadanie, nie powodowałyby zmniejszenia swojej psychometrycznej wartości, a zwiększyłyby diagnostyczną zbieżność z oceną kliniczną.

Trafność diagnostyczna tych skróconych skal oceniana na podstawie korelacji z oceną kliniczną wg wszystkich skal klinicznych oraz alternatywnych skal samooceny okazała się satysfakcjonująca. Podobnie jak w przypadku rozwiniętego pierwowzoru, tak i w przypadku wersji skróconej praktycznie nie stwierdzano związku ze skalami analogii wizualnej, a związek z ogólną oceną niepożądanego działania leku pozostawał na poziomie bardzo podobnym.

Obie podskale kwestionariusza PD-S najpierw analizowano odrębnie. Skrócenie podskali paranoidalnej PD-S nie spowodowało utraty dobrych właściwości psychometrycznych nowej skali, natomiast jej konstrukcja zyskała na jednoznaczności i interpretacji kliniczno-teoretycznej. Podobnie zachowywała się skrócona wersja podskali depresyjnej. W obu przypadkach skrócone wersje ujawniały bardzo przejrzystą, homogeną, jednoczynnikową strukturę wewnętrzną, co wspiera wniosek o ich większej trafności teoretycznej.

Łącząc ze sobą te skrócone wersje podskal paranoidalnej i depresyjnej otrzymano skróconą wersję całości PD-S, z pominięciem podskal kontrolnej i motywacyjnej. Uzyskany zestaw 12 pozycji, wybranych oddzielnie z obu podskal oryginalnych, stanowi

Skrócona wersja podskali paranoidalnej	Skrócona wersja podskali depresyjnej
P20. Jestem obserwowany P25. Ktoś stale komentuje moje zachowania, myśli P30. Ktoś nastaje na moje życie P15. Ktoś chce mnie zniszczyć P37. Moje myśli są znane innym P23. Ktoś próbuje wykradać moje myśli <i>Interpretacja czynnikowa: przeżycia paranoidalne</i>	P31. Jestem bliski załamania P13. Boję się, że stracę rozum P34. Boję się zrobić coś fałszywego P17. Najchętniej zabiłbym się P5. Stałem się lękliwy P24. Zobojętniałem <i>Interpretacja czynnikowa: przeżycia depresyjne</i>

jednocześnie zestaw pozycji należących do najsilniej korelujących z oceną kliniczną spośród wszystkich pozycji całości oryginalnej PD-S. Analiza czynnikowa składników skróconej wersji PD-S pozwala uznać za sensowne rozwiązanie z dwoma czynnikami interpretowanymi jako: przeżycia depresyjne i przeżycia paranoidalne.

Rozdział pozycji między wyodrębnione czynniki z dwoma wyjątkami odpowiadał podziałowi wynikającemu z zaszeregowania ich przez autora skali PD-S. Pierwszy wyjątek stanowiła przynależność pozycji P24 („zobojeźniałem”) do czynnika „przeżycia paranoidalne” (w oryginale należy on do podskali depresyjnej). Wyjątek drugi – to włączenie pozycji P15 („ktoś chce mnie zniszczyć psychicznie”) do czynnika „przeżycia depresyjne”, choć w oryginale należy on do podskali paranoidalnej. Zauważone rozbieżności między autorskim przyporządkowaniem dwóch pozycji a wynikami przyporządkowania czynnikowego na podstawie przedstawionej tu analizy nie mają zasadniczego znaczenia. Uzyskane wyniki zyskują wystarczająco jasną interpretację, a korelacje sumarycznych wartości skal pozostają wystarczająco silne. Gdyby jednak chcieć pozostać w zgodzie z kwalifikacją autora PD-S, należałoby te budzące wątpliwości pozycje (P15, P24) wyeliminować i pozostawić w skróconej wersji tylko 10, które żadnych wątpliwości nie budzą.

Podjęto również próbę skrócenia skali FBS do siedmiu pozycji, najsilniej korelujących z ocenami klinicznymi. I w tym przypadku skrócenie narzędzia pozwoliło zachować dobre jego właściwości, a zarazem większą przejrzystość interpretacji jego

Skrócona wersja „Skali nastawień i nastroju” PD-S	
P31. Jestem bliski załamania P15. Ktoś chce mnie zniszczyć P5. Stałem się lękliwy P17. Najchętniej zabiłbym się P13. Boję się, że stracę rozum P34. Boję się zrobić coś fałszywego P37. Moje myśli są znane innym P24. Zobojeźniałem P23. Ktoś próbuje wykradać moje myśli P25. Ktoś stale komentuje moje zachowania, myśli P20. Jestem obserwowany P30. Ktoś nastaje na moje życie	<i>Interpretacja czynnikowa: przeżycia depresyjne</i> ----- <i>Interpretacja czynnikowa: przeżycia paranoidalne</i>

konstrukcji i ewentualnych odniesień klinicznych. Analiza czynnikowa prowadzi do rozwiązania z jednym czynnikiem, który można interpretować jako sygnały zagrażającej lub dokonującej się dezintegracji.

Zaproponowane modyfikacje zmierzają do zwiększenia zbieżności między samooceną a oceną kliniczną. Trzeba jednak pamiętać, że, jak sugerują i wyniki przedstawionej pracy, i doświadczenia innych zajmujących się tym zagadnieniem autorów, dążenie do pełnej zbieżności nie wydaje się ostatecznie ani możliwe, ani celowe.

Skrócona wersja „Frankfurckiej skali samopoczucia” FBS

- F2. Jestem niespokojny
- F24. Czuję się bardzo udręczony
- F33. Nie mogę się wystarczająco ochronić
- F34. Nie mogę jasno ująć myśli
- F5. Mam za mało kontroli nad sobą
- F8. Myśli mi się mieszają

Interpretacja czynnikowa: sygnały dezintegracji

Zastosowanie obu rodzajów podejścia do oceny stanu psychicznego może dostarczać innych, choć w swej odmienności sensownych i przydatnych informacji.

Interesującym rozwinięciem podjętego tu badania psychometrycznej wartości narzędzi służących do samooceny stanu psychicznego u chorych na schizofrenię byłoby sprawdzenie w praktyce, w badaniu prospektywnym, wartości zaproponowanych tu krótkich wersji kwestionariuszy samooceny. Wyznacza to kierunki dalszych badań.

Wnioski

1. Praktyczna możliwość zastosowania narzędzi samooceny zależna wydaje się zwłaszcza od ich formy oraz stanu klinicznego chorych.
2. Skale analogii wizualnej wydają się bardziej praktyczne, lecz ich interpretacja jest mniej oczywista.
3. Skale kwestionariuszowe stanowią dla niektórych pacjentów (niespokojnych, autystycznych, niedostosowanych, w okresie zaostrzenia lub remisji, słabiej wykształconych) trud najwyraźniej mało atrakcyjny.
4. Na podstawie uzyskanych wyników można skonstruować dużo prostsze i prawdopodobnie łatwiej stosowalne narzędzia zachowujące co najmniej tak samo dobre, a w niektórych aspektach korzystniejsze właściwości psychometryczne.

Referent: Andrzej Dąbrowski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
„Ódrięódódnńęię ręřęü nręřü-óáññác” (FBS) ċ ááóó ręřę ċđčñłęüñé řířęřäčč

Nááđęříćł

Čřáříćł: łółięř áñññáđđđññč ċ „Řęřęü írññřäćłíć ċ írññđłíć” (ĐDS), „Ódrięódódnńęię ręřęü nręřü-óáññác” (FBS) ċ ááóó ręřę ċđčñłęüñé řířęřäčč =óáññár áłęłćć (WAC) ċ nręřü-óáññác” (WAS).

Ĕłññä: Čññłäřářñ 210 áłęüüó ręřęđđłíćłé ñ đřęđđđđñé ċęćíć-łñęię ċđđñćíć. Áłęüüó čñ-ñłäřářñ áářčäü á ñññóđřó 48 -řññä áñłč ñđřäćárłęüčč řęřęřčč nręřüłięč. Đđřęñč-ñññü čó đđčęłíćłé čññłäřářñ ír ñññáł ñññčññč-łñęięřá řířęčřł ñä ċč ññęřčř ččč íłäćęććññč đřáñđđřáñ áűđřęłíćłé řęřę ñ đřęđđłéč ċđđčáćřñřčč ř ñřęćł ír ñññáł ířäęłäćłé đřóčłññä, ññáđříüó á ółäł áűđřęłíćłé řęřę.

Đłćóęüñřñü: ñññčññč-łñęčč řířęčč óęřčüářłñ ír ññ, =ññ áññäñññü áűđřęłíćłé řęřę nręřüłięč

eliurr' inialiu o inidreiuoo, roncnnc=lnecoo, iddend'niaeliiuo d'roclina, ai adle' on' celiic' cec dlecnec, elil' iadr'iaruuoo. Reruu cdenleuuie rireraccc etconh' aiel' elaqccc a d'ccelilic, ii co cinladdlnroc' elil' i=lacair. Auoia' n nrecoo iraatalic d'lad'dci' ni nredruliel ialco rere rielnu, auacdr' d'ccocet' n ireraiell nceuuie na' cut' n ioliete qecicocennr, f arell rirerccedo' *lo dist*, d'iaec' ln ec nref' d'folaodr' ir d'ncotelnec=lnecot' olinnnu nredruliuuo aldncc. Dianaldcalin, =ni d'icfrmlcc =lnnnnc e aldnnc rere il d'iaaldaecn' noul'naliuu' ccelilic' e, crni co acrainnnc=lnel' nrad'raliel n qecic=lnete ioliete aicdnei, f orenidif' aiohdlu' nndoenodr' icr'cfernu aiel' iaiicir'=ir e d'dinnr.

Auaia: Reruu cdenleuuie rireraccc d'frec=ill, ii co cinladdlnroc' aiel' ndoair'. Aieuiul' rcciodlicle iloinu audrei' n aieacl' rielnu. A rirercc' *lo dist* noul'naliuu' nredruliel' rere il nreue' il oeliureei, ii e a iqiniduo rnd'lenro arel' oeo=rcei d'ncotelnec=lnec' naienar' cnelaiaruuoo rere nreiuolice. Dicoeuinru' ndlaotn' d'ialdec' a d'dind'lencaie' cnelaiaric.

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

Zusammenfassung

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

Methode: Es wurden 210 Schizophrenkranke mit einer unterschiedlichen klinischen Charakteristik untersucht. Die Kranken wurden zweimal im Abstand von 48 Stunden mit Hilfe von allen möglichen Selbstbewußteinskalen 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 Grundaussatz (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).

Méthode: 210 schizophrènes avec différentes caractéristiques cliniques. Examens répétés deux fois – après 48 heures d'intervalle à 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 coefficients alpha de Cronbach (de cohérence interne) ont le niveau satisfaisant pour les échelles composées (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. Zerssen D, von: *Selbstbeurteilung – Skalen Zur Abschätzung des „subjektives Befundes“ in psychopathologischen Querschnitt- und Langschnitt-Untersuchungen*. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 1973; 217: 299–314.
2. Süllwold L, Herrlich J. *Frankfurter-Befindlichkeits-Skala (FBS)*. Berlin: Springer; 1987.
3. Schaeffer E Wciórka J. *Skale samooceny nasilenia objawów schizofrenicznych: ocena rzetelności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S), „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) oraz dwóch skal analogii wzrokowej*. Psychiatr. Pol. 2003; 2: 293–314.
4. Ullmann LP. *Untestability of schizophrenics upon admission to psychiatric hospitals*. J. Clin. Psychol. 1961; 17: 199–202.
5. Baumann U, Meyer B, Suter U. *Formale und inhaltliche Überprüfung der PND-skalen*. Diagn. 1974; 20: 3–21.
6. Maurer Y, Dittich A. *Vergleich von Selbst- und Fremdbeurteilung bei schizophrenen Patienten*. Pharmakopsychiatr. 1979; 12: 375–382.

Otrzymano: 22.01.2001

Zrecenzowano: 5.04.2001

Przyjęto do druku: 5.11.2002

Adres: Ewa Schaeffer
I Klinika Psychiatryczna IPiN
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

