



Samoocena stanu psychicznego w schizofrenii: przydatność skróconej wersji „Frankfurckiej skali samopoczucia”

*Self-rated mental status in schizophrenia:
usefulness of an abbreviated version
of the Frankfurter Befindlichkeits-Skala*

JACEK WCIÓRKA, ANNA BEMBENEK, DOROTA BOŻYK,
BARBARA BUDYTA, BEATA HINTZE, MONIKA KASPRZAK,
HANNA KOZDRA-POPIEL, MAGDALENA MAŁECKA,
ANNA OLAK, JUSTYNA RAWSKA, EWA SCHAEFFER

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Do niektórych celów klinicznych przydatne byłoby skorzystanie z narzędzi samooceny stanu psychicznego przez chorych na schizofrenię. Sprawa budzi jednak wiele kontrowersji. W poprzednich pracach wskazaliśmy na dobrą rzetelność i specyficzną trafność przeznaczoną do takiego celu „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) wg Süllwold i Herrlich. Jednak, w celu poprawy praktyczności narzędzia, zaproponowaliśmy skrócenie oryginalnej skali na podstawie wtórnej, retrospektywnej analizy psychometrycznej. **Cel** – Obecne badanie skróconej wersji „Frankfurckiej skali samopoczucia” (sFBS) zmierzało do oceny jej podstawowych właściwości psychometrycznych na podstawie badań bezpośrednich, prospektywnych. **Badane osoby** – Zbadano 30 chorych o różnych rozpoznaniach (w tym 19 chorych na schizofrenię wg ICD-10). **Metoda** – Jako referencyjnego narzędzia samooceny używano dwóch skal analogii wzrokowej, a jako alternatywnego narzędzia do oceny klinicznej użyto skali KOSS (Kliniczna ocena zespołów schizofrenicznych). Pacjenci oceniali swój stan co tydzień, lekarze oceniali ich stan niezależnie, co 2–4 tygodnie. **Wyniki** – sFBS może być stosowana rzetelnie. Jej trafność wydaje się swoista i w niewielkim stopniu związana z oceną kliniczną. Struktura czynnikowa skali jest jedno-wymiarowa (sygnały dezorganizacji). Rzetelność i struktura czynnikowa są stabilne w czasie kolejnych tygodni, mimo zmian stanu psychicznego chorych. Skala różnicuje opis obserwowanych stanów

psychicznych i wydaje się praktyczna w użyciu. **Omówienie** – Wyniki bezpośredniego badania wartości sFBS są zbieżne z wnioskami wcześniejszej, wtórnej analizy jej wartości. Skrócona wersja zachowuje właściwości psychometryczne wersji pełnej, jest natomiast łatwiejsza do praktycznego zastosowania. **Wnioski** – Skala może być przydatna do śledzenia zmian w zakresie samooceny stanu psychicznego chorych.

SUMMARY. Self-rating scales that measure schizophrenic patients' mental state could be useful for some clinical purposes. However, the issue is the subject of much controversy. In our earlier studies the Frankfurter Befindlichkeits-Skala (sFBS) developed by Süllwold and Herrlich was found to have a high reliability and specific validity. Nevertheless, in order to improve its practical applicability, we proposed to abbreviate the original instrument on the grounds of a secondary, retrospective psychometric analysis. **Aims** – The aim of this prospective study was to evaluate basic psychometric properties of the shortened version of the Frankfurter Befindlichkeits-Skala (sFBS) in a new sample. **Subjects** – 30 patients diagnosed with various disorders (in that number 19 with the diagnosis of schizophrenia according to ICD-10) participated in the study. **Method** – Two scales of visual analogy were used as the referential self-rating instrument, while the Clinical Assessment of Schizophrenic Syndromes (CASS) scale served as an

alternative clinical diagnostic tool. The patients' mental state was self-rated weekly, and besides independently by physicians (psychiatrists?) every two to four weeks. **Results** – The sFBS may be used reliably. Its validity seems to be specific and only slightly related to clinical diagnosis. The scale has a one-dimensional factorial structure (disorganisation signals). Both reliability and factorial structure of the scale were stable over successive weeks, despite changes in the patients' mental state. The scale dif-

ferentiated the description of the observed mental states and seemed useful in practice. **Discussion** – The results of the sFBS evaluation directly on a new sample corroborated the conclusions drawn from our earlier, secondary analyses of the scale properties. The shortened version retained the psychometric properties of the full scale, but can be more easily administered in practice. **Conclusions** – The sFBS may be useful for monitoring changes in the patients' self-rating of their mental state.

Słowa kluczowe: schizofrenia / skale samooceny / Frankfurter Befindlichkeits-Skala

Key words: schizophrenia / self-rating scales / Frankfurter Befindlichkeits-Skala

Zainteresowanie subiektywnymi aspektami oceny różnych aspektów doświadczenia chorych na schizofrenię jest w ostatnich latach dość wyraźne [np. Cutting i Dunne 1989, Lieberman 1989]. Wiąże się jednak ono najczęściej z oceną skutków farmakoterapii („samopoczucie w czasie leczenia”, „stopień dysforii”, „postawa wobec leku”) [Awad 1992, Day i Wood 1995, Hogan i wsp. 1983] stosunkiem do samej choroby, jej wpływu na adaptację do wymogów życia („przystosowanie”) [Larsen i Gerlach 1996, Birchwood i wsp. 1989] i zadowolenie z niego („jakość”) [Jarema i wsp. 1995].

Znacznie rzadziej podejmowana jest analiza zdolności do oceny własnego stanu psychicznego. Dominuje przekonanie, iż samoocena stanu psychicznego przez chorych na schizofrenię jest nieprzydatna klinicznie, ponieważ z powodu dezorganizacji i deficytów poznawczych oraz braku krytycyzmu nie osiąga zadowalających wskaźników wartości psychometrycznej – nie jest rzetelna, trafna, ani praktyczna [Ullmann 1961, Ernst i Vingiano 1989, Hobi 1984, Maurer i Dietrich 1979, Priebe i Gruyters 1994]. Jednak, w świetle stosunkowo nielicznych badań [przegląd por. Schaeffer 2000], ten kontrowersyjny problem wydaje się raczej zastanawiający niż rozstrzygnięty.

Z przedstawionych poprzednio wyników badań nad kilkoma narzędziami samooceny stanu psychicznego w schizofrenii [Wciórka i wsp. 1997, Schaeffer i Wciórka 2003a, b, c]

wynikają następujące wnioski. Po pierwsze, cechują się one znaczną rzetelnością ocenianą jako spójność wewnątrzna i powtarzalność. Po drugie, ich trafność jest stosunkowo niewielka, jeśli za układ odniesienia traktować wyniki oceny klinicznej, lecz wiele przesłanek wskazuje, iż trafność samooceny może odnosić się do bardziej specyficznych właściwości stanu psychicznego chorych, innych niż te, które ocenia klinicysta. Po trzecie, praktyczność narzędzi samooceny wynika zwłaszcza z ich złożoności, która dla chorych może być nużąca i zniechęcająca. Oczywiście nawet najbardziej rzetelne i trafne narzędzie nie znajdzie zastosowania, jeśli trudno je praktycznie zastosować. Dlatego, kierując się uzyskanymi wynikami zaproponowano w tamtych badaniach skrócenie tłumaczenia oryginalnej wersji „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS, *Frankfurter Befindlichkeits-Skala*), opracowanej przez Süllwold i Herrlich [1987] na podstawie obszerniejszego narzędzia do badania tzw. objawów podstawowych [Süllwold 1977] – z 23 do 7 pozycji. Przesłanką wyboru była siła ich związku z oceną klinicysty. Wtórna analiza tak skróconej wersji (sFBS, p. aneks) wskazywała, iż zachowuje ona dobre właściwości psychometryczne wersji pierwotnej. Pozostała jednak wątpliwość, czy FBS zachowa wartość, gdy zostanie zastosowana samodzielnie w skróconej formie. To pytanie stanowiło punkt wyjścia do obecnie przedstawianego badania.

CEL

Celem badania była ocena podstawowych wskaźników wartości psychometrycznej skróconej FBS, tj. jej:

- rzetelności (miara: współczynnik spójności wewnętrznej alfa Cronbacha),
- trafności diagnostycznej (miara: współczynnik korelacji z oceną klinicysty oraz skalami samooceny typu analogii wzrokowej),
- trafności treściowej (na podstawie analizy związków z innymi zmiennymi klinicznymi),
- trafności teoretycznej (na podstawie analizy struktury czynnikowej),
- praktyczności (na podstawie obserwacji w trakcie wypełniania skal).

Zmierzałyśmy do analizy zarówno statycznych właściwości narzędzia, jak i jego właściwości dynamicznych, tzn. związanych z regularnym zastosowaniem w trakcie kolejnych tygodni pobytu w szpitalu.

BADANE OSOBY

Zbadano 30 chorych leczonych w Oddziale Zapobiegania Nawrotom, wśród których

około połowę (14 osób) stanowiły kobiety. Charakterystykę tej grupy przedstawia tabl. 1.

Ze względu na zróżnicowany czas pobytu chorych w oddziale, czas „podłużnej” obserwacji wahał się w granicach 14 tygodni (średnia, mediana, modalna ok. 7 tygodni).

METODA

Badani wypełniali trzy narzędzia samooceny stanu psychicznego (aneksy):

- skróconą wersję „Frankfurckiej skali samopoczucia” (sFBS),
- skalę oceny „Wzrokowej analogii samopoczucia” (WAS),
- skalę oceny „Wzrokowej analogii poczucia choroby” (WAC).

Chorzy oceniali swój stan psychiczny wielokrotnie – na początku pobytu (pomiar t₀), a następnie co tydzień (t₁...t_n) aż do końca pobytu (t_k). Badania te monitorowali i prowadzili terapeuci prowadzący chorych (pielęgniarki, psychologzy). W momencie początkowym, a następnie co 2 lub 4 tygodnie aż do zakończenia pobytu (t₀, t₂, t₄...t_n, t_k) proszono o ocenę stanu psychicznego lekarzy leczących poszczególnych chorych,

Tablica 1. Podstawowe zmienne charakteryzujące badaną grupę chorych

	Zmienna	n = 30
Wiek (lata)	średnia ± odchylenie standardowe rozpiętość	32,4 ± 9,7 19-54
Wiek zachorowania (lata)	średnia ± odchylenie standardowe rozpiętość	23,5 ± 8,4 13-49
Wykształcenie	podstawowe średnie wyższe	17% 60% 23%
Rozpoznanie	schizofrenia (ICD-10) inne zaburzenia	77% 23%
Zespół kliniczny	paranoidalny lub paranoidalno-... inny	77% 23%
Faza choroby	pierwszy epizod (hospitalizacja) nawrót stan rezydualny stan przewlekły	20% 47% 10% 23%

za pomocą dwóch skal należących do KOSS, „Klinicznej oceny zespołów schizofrenicznych” [Wciórka 1998]:

- co 2 tygodnie wg skali KOSS-C – pojedynczej, czterostopniowej skali oceny całości zespołu (typu CGI),
- co 4 tygodnie wg skal KOSS-W – 13 czterostopniowych skal oceny podstawowych grup objawów, wymiarów zespołu klinicznego.

Tak więc, ocena i samoocena dokonywane były niezależnie.

W obliczeniach wykorzystano procedury dostępne w programie statystycznym SPSSPC, wersja 10.

WYNIKI

Rzetelność – spójność wewnętrzna

Współczynniki spójności wewnętrznej alfa Cronbacha, stanowiące tu miarę rzetelności narzędzia, wykazywały stabilny wysoki poziom we wszystkich tygodniach oceny (tabl. 2).

Rzetelność – powtarzalność wg analizy autokorelacji

Ta analiza stanowiła przybliżenie do oceny rzetelności jako powtarzalności wyników (*test-retest*). Badanie powtarzano wielokrotnie i oczywiście wykazywało ono zmienność w czasie, związaną najprawdopodobniej ze zmianami stanu psychicznego w toku leczenia szpitalnego. Jednak, jak łatwo zauważyć (tabl. 3), oceny w tygodniach blisko sąsiadujących ze sobą korelowały ze sobą najczęściej wyraźnie silniej niż z oceną w tygodniach bardziej odległych w czasie (np. korelacja oceny t0 z oceną t1 była silniejsza niż z każdym następnym momentem oceny – t2...t8, tk). Taki układ autokorelacji wartości sFBS wskazuje na pewną powtarzalność ocen w bliskim odstępie czasu, zwykle zmniejszającą się potem, zgodnie z wpływem czynników zmieniających stan psychiczny chorego.

Trafność diagnostyczna

Konkurencyjną trafność diagnostyczną oceniano porównując wartości samooceny za pomocą sFBS, z samooceną wg innych na-

Tablica 2. Współczynnik alfa Cronbacha dla sFBS w kolejnych tygodniach badania i w badaniu końcowym

Współczynnik spójności wewnętrznej (alfa Cronbacha)	Czas badania									
	t0	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t8	tk
	n = 30	n = 23	n = 24	n = 24	n = 21	n = 20	n = 19	n = 15	n = 12	n = 29
	0,83	0,88	0,90	0,91	0,95	0,92	0,88	0,96	0,96	0,94

Tablica 3. Autokorelacje wartości sumarycznej sFBS między wybranymi (kolumny) i kolejnymi (wiersze) punktami oceny

Autokorelacje sFBS (sumarycznie) rho Spearmana		Czas badania									
		t0	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t8	tk
		n=30	n=23	n=24	n=24	n=21	n=20	n=19	n=15	n=12	n=29
Czas badania	t0		0,63**	0,58**	0,58**	0,49*	0,51*	0,21	0,41	0,38	0,51**
	t4	0,49*	0,82**	0,76**	0,82**		0,86**	0,78**	0,73**	0,75**	0,76**
	t8	0,38	0,71*	0,56	0,69**	0,75**	0,86**	0,84**	0,98**		0,87**
	tk	0,51**	0,78**	0,76**	0,82**	0,76**	0,83**	0,88**	0,88**	0,87**	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tablica 4. Korelacje (rho Spearmana) między samooceną wg sFBS a ocenami klinicznymi wg skal KOSS oraz samoocenami wg skal analogii wzrokowej w poszczególnych tygodniach obserwacji

Narzędzie porównywane	Czas badania					
	t0	t2	t4	t6	t8	tk
	n = 30	n = 24	n = 21	n = 19	n = 12	n = 29
	sFBS (skrótowa Frankfurcka skala samopoczucia – sumarycznie)					
KOSS-C (ocena całości)	0,46*	0,55**	0,48*	0,40	-0,15	0,13
KOSS-W (suma ocen wymiarów)	0,26	na	0,26	na	0,18	0,07
WAS (samoocena samopoczucia)	-0,63**	-0,74**	-0,81**	-0,70**	-0,91**	-0,61**
WAC (samoocena poczucia choroby)	-0,68**	-0,75**	-0,88**	-0,80**	-0,92**	-0,59**

rzędzi samooceny oraz skal oceny wypełnianych przez diagnostów klinicystów. Tabl. 4 pokazuje, że samoocena koreluje wysoko tylko z innymi miarami samooceny, przy czym korelacja jest najwyższa w późniejszych tygodniach (t4-t8). Oceny klinicystów są umiarkowanie zgodne z samooceną pacjentów tylko na początku pobytu (t0...t4) i tylko wtedy, gdy ocena klinicysty jest mało wystandaryzowana (KOSS-C jest skalą typu CGI, tzn. opartą na ogólnym wrażeniu klinicznym). Oceny bardziej szczegółowe i późniejsze zdecydowanie różnią się z samooceną samopoczucia przez chorych.

Trafność treściowa

Analizowano tu zakres i siłę korelacji poszczególnych pozycji sFBS z pozycjami KOSS-W, opisującymi podstawowe grupy objawów występujących w zespołach schizofrenicznych. Analizę powtarzano dla tych wszystkich tygodni, w których taka rozbudowana ocena kliniczna była dokonywana (tabl. 5). Jak widać, o ile na początku pobytu (t0) poszczególne pozycje sFBS korelują z różnymi objawami ujmowanymi w KOSS-W, to w tygodniu czwartym korelacje te ograniczają się do zaburzeń nastroju i stanów zagrażających (w tym autoagresji lub agresji), w ósmym do zaburzeń nastroju i niedostosowania, a na koniec pobytu (tk) do zaburzeń jaźni. Warto tu podkreślić, że moment tk nie był jednorodny diachronicznie (wypis następował przeciętnie ok. 7 tygodnia, przy rozpiętości od 1 do 14), lecz

zapewne był jednorodny klinicznie (oznaczał poprawę stanu i wypis). Uzyskane wyniki wskazują na bardzo interesującą zmianę relacji między samooceną i oceną kliniczną w toku wielotygodniowej obserwacji.

Tabl. 6 porównuje średnie wartości sumaryczne sFBS oddzielnie dla grupy chorych na schizofrenię i grupy chorych na inne zaburzenia. Samopoczucie chorych określane za pomocą skali sFBS okazuje się zawsze niższe u chorych na schizofrenię niż u pozostałych (zaburzenia afektywne, reaktywne), choć tylko w niektórych tygodniach okazuje się niższe istotnie. Uchwycenie istotności statystycznej utrudniają niewielkie liczebności porównywanych grup, jak również niejednorodność grupy „innych” zaburzeń, jednak wyniki sugerują, że ocena samopoczucia przy pomocy sFBS może mieć pewne cechy specyficzne dla schizofrenii.

Do bardzo podobnych wniosków skłania analiza tabl. 7 porównującej średnie wartości sum sFBS dla grup wydzielonych za pomocą bardziej precyzyjnej definicji psychopatologicznej (zespół psychopatologiczny), choć tu różnice średniego nasilenia okazały się najczęściej statystycznie istotne.

Łącznie wyniki przedstawione w tabl. 6 i 7 wskazują, jak się wydaje, na sensowne zależności między sFBS a innym zmiennymi klinicznymi (rozpoznanie, obraz zespołu). Natomiast wykres 1 ilustruje kazuistyczną zmienność przebiegu zaburzeń opisywanego przez sFBS w toku 10 tygodni obserwacji u dwóch dłużej hospitalizowanych pacjentów.

Tablica 5. Współczynniki korelacji (rho Spearmana) między pozycjami sFBS a pozycjami KOSS-W, w kolejnych tygodniach i pod koniec pobytu. Uwzględniono wszystkie korelacje osiągające poziom statystycznej istotności lub bliskie tego poziomu

Ocena kliniczna	sFBS – pozycje skróconej Frankfurckiej skali samopoczucia (w uproszczeniu)						
	jestem niespokojny	nie panuję nad sobą	myśli mieszają mi się	nasuwają się myśli bez sensu	czuję się udręczony	nie umiem się chronić	nie potrafię jasno ująć myśli
czas badania t0, n = 30							
Trudny kontakt				0,36 [?]	0,44*	0,38*	
Objawy wytwórcze	-0,37*						
Zaburzenia katatoniczne	-0,45*						
Zaburzenia nastroju				0,36 [?]			
Niedostosowanie		0,40*		0,38*			
Stany zagrażające						0,46*	
czas badania t4, n = 21							
Zaburzenia nastroju	0,58**	0,70**	0,72**	0,65**	0,49*	0,60**	0,71**
Stany zagrażające		0,45*		0,44*		0,49*	0,49*
czas badania t8, n = 12							
Zaburzenia nastroju	0,53 [?]			0,50 [?]	0,62*		0,53 [?]
Niedostosowanie		0,57 [?]					
czas badania tk, n = 23							
Zaburzenia jaźni („ja”)		0,57**	0,44*	0,44*	0,50*	0,50*	0,43*
Brak wglądu		0,42*					

[?] p bliskie istotności; * p<0,05; ** p<0,01

Tablica 6. Porównanie średnich sum pozycji sFBS w grupach chorych na schizofrenię i inne zaburzenia psychiczne. Dla lepszej ilustracji przedstawiono to porównanie również w postaci wykresu (wykres 1)

Rozpoznanie	sFBS – skrócona Frankfurcka skala samopoczucia – wartości średnie													
	czas badania													
	p (t0) n=30	t1 n=23	t2 n=24	t3 n=24	t4 n=21	t5 n=20	t6 n=19	t7 n=15	t8 n=12	t9 n=10	t10 n=10	t11 n=8	t12 n=5	k n=29
Schizofrenia	14,35	13,06	12,16	12,05	11,65	11,59	10,88	12,69	13,22	12,43	11,86	12,40	12,67	10,60
Inne zaburzenia	18,00	15,00	17,60	17,40	15,00	12,75	14,67	15,33	17,67	17,67	17,33	16,00	16,00	13,00
Istotność* (p)	ns	ns	0,03	0,05	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

* Test różniczy rang Manna-Whitneya, istotność dokładna, jednostronna

Wykres ilustruje zarówno pewne podobieństwa dynamiki, jak i drobne swoistości zmian samopoczucia (wg sFBS) w niektórych okre-

sach pobytu w szpitalu. Wykres 2 pokazuje natomiast zróżnicowanie zmian samopoczucia u pacjentów o różnej dynamice i czasie

Tablica 7. Porównanie średnich sum pozycji sFBS w grupach osób ujawniających zespół paranoidalny lub inne zespoły. Dla lepszej ilustracji przedstawiono to porównanie również w postaci wykresu (wykres 2)

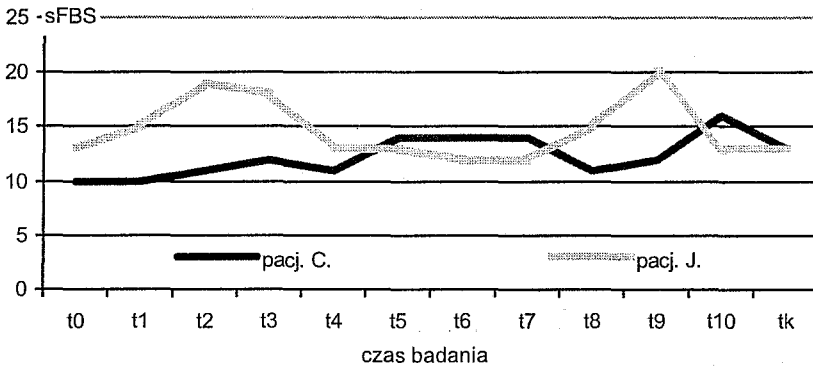
Rozpoznanie	sFBS – skrócona Frankfurcka skala samopoczucia – wartości średnie													
	czas badania													
	p (t0) n=30	t1 n=23	t2 n=24	t3 n=24	t4 n=21	t5 n=20	t6 n=19	t7 n=15	t8 n=12	t9 n=10	t10 n=10	t11 n=8	t12 n=5	k n=29
Zespół paranoidalny	14,1	11,9	11,1	11,0	10,5	10,1	10,0	11,5	12,0	10,0	9,7	9,8	7,5	9,8
Inne zespoły	18,7	19,2	19,9	19,7	18,0	17,4	15,6	17,0	19,0	20,0	19,3	17,8	18,3	15,1
Istotność* (p)	0,049	0,008	0,000	0,000	0,005	0,012	0,028	0,044	ns	0,01	0,033	ns	ns	0,008

* Test różnicy rang Manna-Whitneya, istotność dokładna, jednostronna

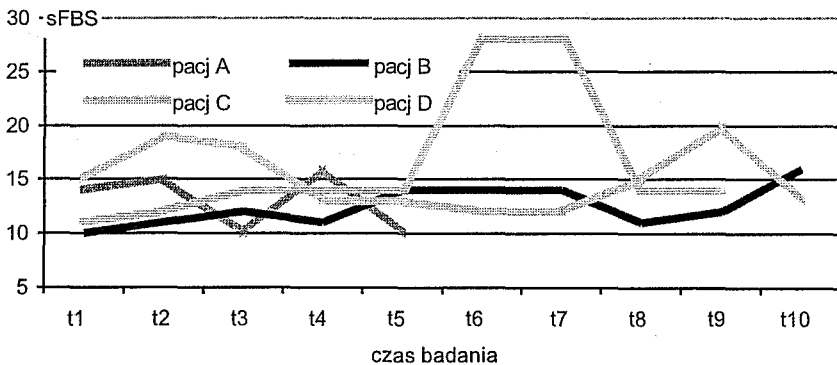
trwania leczenia szpitalnego. Oba wykresy wskazują więc na zróżnicowanie obrazu stanu psychicznego chorych odzwierciedlanego przez ich samoocenę za pomocą sFBS.

Trafność teoretyczna

Jako metodę oceny trafności teoretycznej wybrano analizę czynnikową. Analiza taka przeprowadzona w trzech momentach



Wykres 1. Wartości sumaryczne sFBS u dwóch pacjentów w toku 10-tygodniowej obserwacji



Wykres 2. Wartości sumaryczne sFBS u kilku pacjentów o różnej dynamice i czasie trwania hospitalizacji

Tablica 8. Rozwiązania czynnikowe sFBS w trzech momentach oceny. Metoda wyodrębniania – główne składowe, kryterium: wartość własna > 1

% skumulowanej wariancji	50,3		76,6		74,3	
Pozycje skali sFBS 1 czynnik: sygnały dezintegracji	ładunki czynnikowe					
	czas badania					
	t0		t4		tk	
	ranga	wartość	ranga	wartość	ranga	wartość
Jestem niespokojny	7	0,63	2	0,90	5	0,85
Nie panuję nad sobą samym	5	0,68	3	0,89	2	0,89
Myśli mieszają mi się ze sobą	2	0,75	4	0,88	7	0,80
Nasuwać się bezsensowne myśli	1	0,79	1	0,90	4	0,88
Czuję się bardzo udręczony	3	0,72	6	0,86	1	0,90
Nie umiem się wystarczająco chronić	6	0,66	5	0,87	6	0,82
Nie potrafię jasno ująć myśli	4	0,71	7	0,83	3	0,88

obserwacji (tabl. 8) zawsze prowadziła do rozwiązania jednoczynnikowego, przy czym w późniejszych okresach (t4, tk) ładunki czynnikowe były wyższe, a wyjaśniona część wariancji – większa. Pozwala to zachować interpretację znaczenia czynnika zaproponowaną w poprzedniej pracy („sygnały dezintegracji”), gdy analizowano pełną wersję FBS [Schaeffer i Wciórka 2003b]. Zmiana rangi ładunków czynnikowych w kolejnych punktach oceny mogłaby wskazywać na zwiększające się w toku leczenia znaczenie takich składników dezintegracji, jak brak „panowania nad sobą”, a zmniejszanie takich, jak trudność uporządkowania myśli („mieszają się ze sobą”). Jednak większość ładunków nie wykazuje tak prostych tendencji zmian. W sumie, analiza trafności czynnikowej wskazuje na dość jednorodną i stabilną strukturę skali, której znaczenie poddaje się względnie prostej interpretacji i uprawnia do posługiwania się wartością sumaryczną jej pozycji jako miary mierzonego przez nią samopoczucia (zagrożenia dezintegracją psychiczną).

Praktyczność

Obserwacje czynione w trakcie badań wskazują, iż dla większości chorych wielokrotne wypełnianie skali było możliwe. Porównanie obserwacji towarzyszących wypeł-

nianiu pełnej i skróconej wersji FBS wskazuje na większą łatwość wypełniania wersji krótkiej, choć oczywiście byli też pacjenci, którzy niechętnie podejmowali proponowane zadanie. Pierwsza ocena (t0) budziła na ogół więcej wątpliwości i potrzeby wyjaśnień. Z tych spostrzeżeń można wyciągnąć wnioski, iż narzędzie jest względnie praktyczne.

OMÓWIENIE

Przedstawione analizy wskazują na zadowalające wskaźniki psychometryczne skróconej wersji „Frankfurckiej skali samopoczucia”. Tym samym potwierdzają wnioski wysnuwane wcześniej na podstawie wtórnej analizy tego narzędzia [Schaeffer i Wciórka 2003c]. sFBS okazała się także w użyciu bezpośrednim skalą rzetelną (spójną wewnątrznie i raczej powtarzalną) i względnie praktyczną.

Potwierdzono też wyciągane wcześniej wnioski dotyczące jej trafności. Trafność diagnostyczna w odniesieniu do oceny klinicznej jest niewielka lub żadna, jednak odnoszona do innych miar samooceny (WAC, WAS) pokazuje, że podobne źródło ocen sprzyja zbieżności ocen. Bliższe porównanie szczegółów oceny i samooceny zdaje się dowodzić raczej swoistości niż przypadkowości dokonywa-

nej przez pacjentów oceny własnego stanu – wskazuje na to zmieniające się znaczenie szczegółów oceny klinicysty korelujących z samooceną – od początkowej jego niejednorodności, do wyraźnej koncentracji na związku z nastrojem, a potem z zaburzeniami jaźni. Samoocena za pomocą sFBS zdaje się też odzwierciedlać pewne subtelne odcienie znaczeniowe stanu pacjenta związane z jego kwalifikacją diagnostyczną oraz dynamiką zmian stanu psychicznego w toku kilku tygodni obserwacji. Łącznie, opisane właściwości sugerują iż skala może być treściowo trafna, choć swoiście, w niewielkim tylko stopniu odzwierciedlając to, co o stanie psychicznym pacjenta mówi oceniający go klinicysta.

Również wnioski analizy czynnikowej potwierdzają ustalenia z wcześniejszej wtórnej analizy sFBS. Skrócona wersja „Frankfurckiej skali samopoczucia” ma strukturę jednowymiarową o dość prostej interpretacji wskazującej, iż to, jak pacjent ocenia swe samopoczucie – to przede wszystkim opisywane przez poszczególne pozycje sFBS zagrożenie procesami dezintegracji psychicznej.

Interesującym uzupełnieniem wniosków z wcześniejszej, wtórnej analizy skróconej FBS, jest stwierdzenie, iż rzetelność i zasadnicza (czynnikiowa) struktura narzędzia pozostają stabilne, mimo iż kolejne pomiary wykazują różnorodną dynamikę, zależną między innymi od diagnostycznej kwalifikacji zaburzeń.

WNIOSKI

1. Skrócona wersja „Frankfurckiej skali samopoczucia” (sFBS) badana bezpośrednio zachowuje dobre właściwości psychometryczne stwierdzone przy jej wyodrębnianiu ze skali oryginalnej za pomocą wtórnej analizy (*post hoc*).
2. Samoocena za pomocą sFBS cechuje się stabilną rzetelnością (spójnością wewnętrzną) oraz pewną powtarzalnością, nie utrudniającą jednak obserwacji zmian stanu psychicznego chorych.
3. Analiza trafności skali sugeruje pewną treściową swoistość dokonywanej przy jej pomocy samooceny, wyraźnie odróżniającą ją od oceny dokonywanej przez diagnostę.
4. Trafność teoretyczną zdaje się potwierdzać stabilna jednowymiarowość samooceny wg sFBS oraz prostota jej psychopatologicznej interpretacji (sygnały dezintegracji).
5. Obserwacje wskazują na większą praktyczność narzędzia w porównaniu z oryginalną, pełną wersją skali.

PIŚMIENNICTWO

1. Awad AG. Quality of life of schizophrenic patients on medications and implications for new drug trials. *Hosp Community Psychiatry* 1992, 43: 262–5.
2. 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): 649–56.
3. Cutting J, Dunne F. Subjective experience of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989; 15: 217–32.
4. Day JC, Wood G. A self – rating scale for measuring neuroleptic side-effects. Validation in group of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 650–3.
5. Ernst M, Vingiano W. Development of a graphic psychiatric self-rating scale. *Compr Psychiatry* 1989; 30 (2): 189–94.
6. Hobi V. Selbstbeurteilungsfragebogen – Faktorielle Struktur und Hinweise für die Praxis. *Schweizer Archiv für Neurologie Neurochir Psychiatr* 1984; 134 (1): 131–42.
7. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983; 13: 177–83.
8. Jarema M, Koniecznyńska 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: 641–54.
9. Larsen EB, Gerlach J. Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of live in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 381–8.

10. Lieberman PB. „Objective” methods and „subjective” experiences. *Schizophr Bull* 1989; 15: 267–75.
11. Maurer Y, Dittrich A. Vergleich von Selbst – und Fremdbeurteilung bei schizophrenen Patienten. *Pharmakopsychiat* 1979; 12: 375–82.
12. Priebe S, Gruyters T. Patients’ and caregivers’ initial assessments of day hospital treatment and course of symptoms. *Compr Psychiatry* 1994; 35 (3): 234–8.
13. Schaeffer E. Samoocena stanu psychicznego u chorych na schizofrenię. Rozprawa doktorska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
14. Schaeffer E, Wciórka J. Skale samooceny stanu psychicznego w schizofrenii: ocena rzetelności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S) „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) oraz dwóch skal analogii wzrokowej. *Psychiatr Pol* 2003a; 37 (1): 121–133.
15. Schaeffer E, Wciórka J. Skale samooceny stanu psychicznego w schizofrenii: ocena trafności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S) „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) oraz dwóch skal analogii wzrokowej. *Psychiatr Pol* 2003b; 37 (2): 293–314.
16. Schaeffer E, Wciórka J. Skale samooceny stanu psychicznego w schizofrenii: ocena praktyczności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S) „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) oraz dwóch skal analogii wzrokowej. *Psychiatr Pol* 2003c; 37 (2): 315–335.
17. Strauss JS, Estroff SE. Subjective experiences of schizophrenia and related disorders: implication for understanding and treatment-foreword. *Schizophr Bull* 1989; 15 (2): 177–8.
18. Süllwold L, Herrlich J. Frankfurter-Befindlichkeits-Skala (FBS). Berlin: Springer; 1987.
19. Süllwold L. Symptome Schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen. Berlin: Spinger; 1977.
20. Ullmann LP. Untestability of schizophrenics upon admission to psychiatric hospitals. *J Clin Psychol* 1961; 17: 199–202.
21. Wciórka J, Schaeffer E, Bacia-Otto M, Hochlewicz A. Ocena przydatności „Frankfurckiej skali samopoczucia” do samooceny nasilenia objawów schizofrenicznych. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 225–35.
22. Wciórka J. KOSS. Kliniczna ocena zespołów schizofrenicznych. Wersja 5. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.

*Adres: Prof. Jacek Wciórka, I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*

Aneks

sFBS – Frankfurcka skala samopoczucia (wersja skrócona)

wg *Frankfurter Befindlichkeits-Skala* [Süllwold i Herrlich 1987]

ZGODNIE Z WŁASNYM ODCZUCIEM należy zdecydować, czy wymienione dolegliwości obecnie u Pani/Pana występują, a jeśli tak – to jak bardzo są one nasilone.

Jestem niespokojny	nie występują	są nasilone słabo	są nasilone umiarkowanie	są nasilone bardzo
Nie panuję nad sobą samym	nie występują	są nasilone słabo	są nasilone umiarkowanie	są nasilone bardzo
Myśli mieszają mi się ze sobą	nie występują	są nasilone słabo	są nasilone umiarkowanie	są nasilone bardzo
Nasuwają się bezsensowne myśli	nie występują	są nasilone słabo	są nasilone umiarkowanie	są nasilone bardzo
Czuje się bardzo udręczony	nie występują	są nasilone słabo	są nasilone umiarkowanie	są nasilone bardzo
Nie umiem się wystarczająco chronić	nie występują	są nasilone słabo	są nasilone umiarkowanie	są nasilone bardzo
Nie potrafię jasno ująć myśli	nie występują	są nasilone słabo	są nasilone umiarkowanie	są nasilone bardzo

WASiWAC

Skale analogii wzrokowej samopoczucia i poczucia choroby

Psychicznie, czuję się dzisiaj:

zupełnie



źle

zupełnie



dobrze

całkiem



chora / chory

całkiem



zdrowa / zdrowy

Uwaga! Po zaznaczeniu oceny przez pacjenta, jej wartość liczbową określa się przez nałożenie poniższego szablonu

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----