



Samoocena stanu psychicznego w schizofrenii: przydatność skróconej wersji „Skali nastawień i nastroju”

*Self-rating of mental state in schizophrenia:
usefulness of an abbreviated version of the Paranoid-Depressivitäts-Skala*

JACEK WCIÓRKA, ALEKSANDRA DYMECKA-KÜHN, EWA SCHAEFFER

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. W poprzednich badaniach wykazaliśmy dobrą rzetelność, specyficzną trafność i ograniczoną praktyczność „Skali nastawień i nastroju” von Zerssena (PD-S) do samooceny stanu psychicznego u chorych na schizofrenię. W celu poprawy praktyczności użycia skali na podstawie retrospektywnej, wtórnej analizy psychometrycznej, zaproponowaliśmy skrócenie skali, co okazało się możliwe bez utraty wartości psychometrycznej narzędzia. **Cel** – Obecnie, celem badania była ocena wskaźników psychometrycznych skróconej wersji PD-S (sPD-S) w badaniu bezpośrednim, prospektywnym. **Osoby badane** – Za pomocą sPD-S zbadał 41 chorych o różnych rozpoznaniach (w tym 23 chorych na schizofrenię wg ICD-10). **Metoda** – Jako konkurencyjnego narzędzia oceny klinicznej użyto skali KOSS (Kliniczna ocena zespołów schizofrenicznych) w wersji całościowej, typu CGI (KOSS-C) oraz w wersji opisującej podstawowe wymiary kliniczne zespołu psychopatologicznego (KOSS-W). Pacjenci oceniali swój stan co tydzień, lekarze oceniali ich stan niezależnie, co 2–4 tygodnie. **Wyniki** – sPD-S może być stosowana rzetelnie – wykazuje bardzo dobrą spójność wewnętrzną oraz dobrą powtarzalność. Jej trafność wydaje się jednak swoista i w niewielkim stopniu związana z oceną kliniczną. Najlepszym przybliżeniem struktury czynnikowej skali wydaje się rozwiązanie dwuwymiarowe (przeżycia depresyjne i przeżycia paranoidalne), odpowiadające zamiarom twórcy oryginalnego narzędzia. Rzetelność i struktura czynnikowa skali są stabilne w czasie kolejnych tygodni, mimo zmian stanu psychicznego chorych. Skala okazała się też mniej nużąca dla chorych i chętniej przez nich wypełniana. W zastosowaniu klinicznym, zwłaszcza wielokrotnym, wydaje się więc

bardziej praktyczna od pełnej wersji. **Omówienie** – Wyniki bezpośredniego badania wartości psychometrycznej sPD-S są zbieżne z wnioskami wcześniejszej, wtórnej analizy jej wartości. **Wnioski** – Skala może być przydatna do śledzenia zmian w zakresie samooceny stanu psychicznego chorych.

SUMMARY. In our earlier studies the Paranoid-Depressivitäts-Skala (PD-S) designed by von Zerssen to measure schizophrenic patients' mental state was found to have a high reliability, specific validity and limited practical usefulness. In order to improve its practical usefulness we proposed to shorten the original scale on the grounds of a secondary, retrospective psychometric analysis. This turned out to be feasible, with the psychometric properties of the original retained. **Aims** – In the present prospective study psychometric properties of the shortened version of the scale (sPD-S) were assessed directly. **Subjects** – 41 patients diagnosed with various mental disorders (in that number 23 patients with the diagnosis of schizophrenia according to the ICD-10) were examined using the sPD-S. **Method** – The Clinical Assessment of Schizophrenic Syndromes (CASS) both in the full version of the CGI type (CASS-C) and in that describing basic clinical dimensions of the psychopathological syndrome (CASS-W) were used as alternative instruments of clinical diagnosis. The patients self-rated their mental state every week, while psychiatrists assessed the patients' state every two to four weeks. **Results** – The sPD-S may be used reliably – the tool indicates a very high internal consistency and test-retest stability. However, its validity seems to be specific and only slightly related to the clinical diagnosis. The best approximation of the scale factorial

structure seems to be a two-dimensional solution (depressive experiences and paranoid experiences) corresponding to what was intended by the author of the original tool. The scale reliability and factorial structure were stable over successive weeks, despite changes in the patients' mental state. Besides, the scale turned out to be less tiresome for the patients who were more willing to co-operate. Thus, the sPD-S as com-

pared to the full scale seems to be more useful in clinical practice, especially if it is to be used repeatedly.

Discussion – *The results of the direct evaluation of the sPD-S psychometric properties are in agreement with the conclusions drawn from our earlier, secondary evaluation of the scale.* **Conclusions** – *The sPD-S may be useful for monitoring changes in the patients' self-rating of their mental state.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / skale samooceny / Paranoid-Depressivitäts-Skala

Key words: schizophrenia (self-rating scales / Paranoid-Depressivitäts-Skala)

Narzędzie „Skala nastawień i nastroju” jest polską wersją skali opracowanej przez Dietera von Zerssena (*Paranoid-Depressivitäts-Skala*, PD-S) [von Zerssen i wsp. 1976]. Stanowi 43-skalę kliniczną pozwalającą na oddzielną charakterystykę wymiaru depresji (D), paranoidalnego (P) oraz skal kontrolnych oceniających wiarygodność podejmowanej oceny (Kv) i zainteresowanie jej podejmowaniem (M). W swojej wersji pierwotnej skala PND-S [Baumann i wsp. 1974] składała się z 99 punktów, pozwalających na ocenę trzech wymiarów: paranoidalnego, neurotycznego i depresyjnego. Jako PD-S była chętnie stosowana do porównań z innymi narzędziami samooceny [Hobi 1984], a także do oceny objawów depresyjnych u pacjentów ze schizofrenią podczas kuracji neuroleptykami [Bandelow i wsp. 1992].

W kilku wcześniejszych pracach zajmowaliśmy się analizą wartości psychometrycznej (rzetelności, trafności i praktyczności) kilku skal samooceny stanu psychicznego w schizofrenii, w tym PD-S [Schaeffer i Wciórka 2003a, b, c]. Analiza praktyczności prowadziła zwłaszcza do wniosku, iż jednym z podstawowych ograniczeń jej zastosowania jest duża liczba (42) pozycji oryginalnej wersji. Tak jak w przypadku wielu innych kwestionariuszy, tak i tu wypełnienie kwestionariusza wymagało od pacjenta koncentracji i zainteresowania, a od klinicysty czuwania nad przebiegiem pracy, która odbierana była czasem jako trudna, nużąca, nieinteresująca. Podkreślaną przez pacjentów przeszkodą była zwłaszcza długość skali.

Także inne wnioski z przeprowadzonych analiz statystycznych [Schaeffer i Wciórka 2003c] dowodziły potrzeby skrócenia narzędzia tak, by jego długość nie stwarzała zbyt dużej bariery motywacyjnej.

Zaproponowano skrócenie PD-S, które ułatwiając chorym zadanie nie powodowało by zmniejszenia jej psychometrycznej wartości, a zwiększało diagnostyczną zbieżność z oceną kliniczną. W tym celu, kierując się siłą korelacji między pozycjami PD-S a oceną klinicysty, wybrano 12 spośród 42 pozycji skali. Wskaźniki psychometryczne takiej skróconej PD-S (sPD-S), analizowane na podstawie wtórnej analizy danych z oceny narzędzi oryginalnych, okazały się zadowalające. Konieczne jednak wydawało się zbadanie skróconego narzędzia skali w zastosowaniu bezpośrednim. Jest to podstawowe zadanie obecnego studium.

CEL

Celem badania była ocena podstawowych wskaźników wartości psychometrycznej skróconej PD-S, tj. jej:

- rzetelności (miara: współczynnik spójności wewnętrznej alfa Cronbacha),
- trafności diagnostycznej (miara: współczynnik korelacji z oceną klinicysty),
- 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. Niektórzy autorzy zwracali bowiem uwagę, iż wartość skal samooceńy zmienia się w trakcie leczenia, co tłumaczono zwykle ustępowaniem zaburzeń krytycyzmu.

BADANE OSOBY

W badaniu uczestniczyło 41 chorych (w tym 26 kobiet) o różnicowanej charakterystyce demograficznej i klinicznej, które podstawowe cechy zestawiono w tabl. 1.

Badanie prowadzono w oddziale diagnostycznym („przyjęciowym”) Kliniki. Efektywny czas obserwacji badanych wahał się od 0 (9 chorych, tylko badanie po przyjęciu)

do 10 tygodni (3 chorych), średnio trwał około trzech tygodni (mediana: 2 tygodnie).

METODA

Chorzy oceniali swój stan psychiczny za pomocą „Skali nastawień i nastroju” (sPD-S) wielokrotnie, na początku pobytu (pomiar t0), a następnie co tydzień (t1...tn), aż do końca pobytu (pomiar tk). Badania monitorował i prowadził psycholog pracujący w oddziale (AKD). Do 12 pozycji skróconej PD-S, dodano w tym badaniu pochodzące z oryginalnej wersji skali trzy pytania kluczowe motywacyjnego (por. aneks). Odpowiedzi na pytania tego kluczowego były zarówno w pierwszym, jak i ostatnim badaniu (t0, tk) zdecydowanie pozytywne – średnia, mediana, modalna i dolny kwartył osiągnęły wartość 4 (tak).

W momencie początkowym, a następnie co 2 lub 4 tygodnie aż do zakończenia pobytu (t0, t2, t4...tn, tk) proszono lekarzy

Tablica 1. Podstawowe zmienne charakteryzujące badaną grupę chorych

	Zmienna	n = 41
Wiek (lata)	średnia ± odchylenie standardowe rozpiętość	37,3 ± 12,4 19–64
Wiek zachorowania (lata)	średnia ± odchylenie standardowe rozpiętość	28,6 ± 9,8 11–52
Wykształcenie	podstawowe średnie wyższe	19,5% 61% 19,5%
Rozpoznanie	schizofrenia (ICD-10) zaburzenia somatogenne (organiczne i substancje) inne psychotyczne afektywne reaktywne inne	46% 15% 10% 12% 15% 2%
Zespół kliniczny	paranoidalny lub paranoidalno-... depresyjny maniakalny inny	59% 20% 5% 17%
Faza choroby	pierwszy epizod (hospitalizacja) nawrót inne stany (residuum, remisja, przewlekła)	37% 51% 12%

leczących poszczególnych chorych o ocenę stanu psychicznego, za pomocą dwóch skal należących do KOSS – „Klinicznej oceny zespołów schizofrenicznych” [Wciórka i wsp. 1998]:

- co 2 tygodnie wg skali KOSS-C – tj. pojedynczej, czterostopniowej skali oceny całości zespołu, typu CGI (ogólne wrażenie kliniczne),
- co 4 tygodnie wg skal KOSS-W – 13 czterostopniowych skal oceny podstawowych grup objawów, wymiarów zespołu klinicznego (kontakt, zniekształcenie oceny rzeczywistości, zaburzenia jaźni, rozkojarzenie, zaburzenia katatoniczne, objawy deficytowe, zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia aktywności, niedostosowanie, brak wglądu, autyzm, stany zagrażające).

Ocena i samoocena dokonywane były niezależnie („ślepo”), tzn. lekarze nie znali wyników samooceny, pacjenci nie znali wyników oceny klinicznej.

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

WYNIKI

Rzetelność – spójność wewnętrzna

W każdym z porównywanych momentów oceny współczynniki spójności wewnętrznej osiągały poziom wysoki lub bardzo wysoki (tabl. 2). Można więc wnioskować, że samoocena za pomocą badanego narzędzia jest w tym rozumieniu i wysoka, i stabilna.

Rzetelność – powtarzalność

Porównanie autokorelacji samooceny dokonywanej w różnych tygodniach pobytu (tabl. 3) wskazuje, iż w tygodniach sąsiadujących osiąga ona często wartości względnie wyższe niż w bardziej odległych. Choć tendencja taka nie jest ani stała, ani konsekwentna, bo niekiedy korelacje między bardziej odległymi tygodniami są również wysokie, to wysokość korelacji między samooceną swego stanu dokonywaną przez chorych w odstępie tygodnia sugeruje, że samoocena wg SPD-S jest – mimo zmienności stanu psychicznego – względnie powtarzalna.

Tablica 2. Współczynnik alfa Cronbacha dla sPD-S 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 = 40	n = 27	n = 28	n = 19	n = 14	n = 12	n = 9	n = 4	n = 4	n = 32
	0,82	0,86	0,89	0,86	0,74	0,87	0,92	0,77	0,99	0,90

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

Autokorelacje sPD-S (sumarycznie) rho Spearmana		Czas badania								
		t0	t1	t2	t3	t4	t5	t6	tk	
		n = 41	n = 32	n = 28	n = 20	n = 14	n = 12	n = 9	n = 33	
Czas badania	t0	1,00	0,57**	0,23	0,82**	0,53"	0,53"	0,62"	0,42*	
	t4	0,53"	0,57*	0,54*	0,80**	1,00	0,80**	0,84**	0,72**	
	t8	0,83	0,87	0,63	0,63	0,95"	0,63	0,95	1,00**	
	tk	0,41*	0,45*	0,59**	0,74**	0,72**	0,65**	0,89**	1,00	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; " bliskie istotności

Tablica 4. Korelacje (rho Spearmana) między samooceną wg SPD-S a ocenami klinicznymi wg skal KOSS w poszczególnych tygodniach obserwacji

Ocena kliniczna wg KOSS	Samoocena wg sumarycznego wyniku sFBS (skróconej Skali nastawień i nastroju)					
	czas badania					
	t0 n = 30	t2 n = 24	t4 n = 21	t6 n = 19	t8 n = 12	tk n = 29
KOSS-C (ocena całości)	-0,05	0,18	0,34	-0,15	-0,28	-0,23
KOSS-W (suma ocen wymiarów)	-0,06		0,21		0,32	-0,13

Trafność diagnostyczna

Konkurencyjna trafność diagnostyczna samooceny dokonywanej za pomocą SPD-S odnoszona do oceny klinicysty jest znikoma, odpowiednie współczynniki korelacji, niezależnie od tego, czy ocena ta jest prosta (KOSS-C) czy złożona (KOSS-W) są niewielkie i w żadnym przypadku nie osiągają wymaganego progu ufności (tabl. 4).

Trafność teoretyczna

Jako wskaźnik trafności teoretycznej (konstrukcyjnej) wybrano wyniki analizy czynnikowej 12 klinicznych pozycji skali. Pominięto pozycje stanowiące klucz kontrolny (M). Wykorzystując standardowe kryteria wyodrębnienia czynników z macierzy korelacji (wartość własna >1), uzyskano rozwiązanie trójczynnikowe, lecz trzeci czynnik wiązał tylko jedną pozycję skali („zobojętniałem”), dość słabo różnicującą swój związek z poszczególnymi czynnikami. Dlatego zdecydowano, iż bardziej racjonalne i sensowne będzie zredukowanie liczby wyodrębnianych czynników do dwóch, które nadal wyjaśniały znaczną część wspólnej zmienności (>50%) i co pozwalało na prostą interpretację uzyskanych, czynnikowych wymiarów skali (tabl. 5). Jest to interpretacja praktycznie identyczna z interpretacją wynikającą z bardziej miarodajnej w sensie statystycznym (duża liczba badanych, n=210) analizą wtórną przedstawioną w poprzedniej pracy, opisującej proces skracania PD-S [Schaeffer i Wciórka 2003c]. Struktura SPD-S badana w dwóch momentach pobytu (t0, tk)

okazała się niemal identyczna. Jedyna różnica wynikała z niepewnego umiejscowienia jednej z pozycji („usiłuję mnie duchowo zniszczyć”). Wydaje się, że w świetle obu obecnych analiz, należy ona jednak raczej do wymiaru przeżyć paranoidalnych niż depresyjnych.

Trafność treściowa

Uzyskane rozwiązanie czynnikowe znaleźć może różne zastosowania praktyczne. Sposób, w jaki sumaryczne wartości czynnikowe korelują w badanej grupie chorych z oceną kliniczną za pomocą KOSS-W zdaje się też pośrednio ukazywać wartość badanego narzędzia (tabl. 6).

U chorych z rozpoznaniem schizofrenii przeżycia paranoidalne wg samooceny za pomocą SPD-S korelowały dość wysoko z takimi wymiarami oceny klinicysty jak zniekształcenie oceny rzeczywistości (omamy, treści i aktywność urojeniowa) oraz brak wglądu na początku (t0), ze zniekształceniem oceny – po miesiącu leczenia (t4) oraz z trudnym kontaktem i autystycznym wycofaniem – po dwóch miesiącach (t8). Nie stwierdzono wyraźnych korelacji oceny klinicysty z wymiarem przeżyć depresyjnych.

Natomiast u chorych na depresję, samoocena w wymiarze przeżyć depresyjnych korelowała wysoko z oceną wymiaru zaburzeń nastroju i aktywności wg klinicysty – wyłącznie na początku leczenia.

Takie wyniki zdają się sugerować, iż samoocena chorych wynikająca z zastosowania sFBS odzwierciedla w pewnym stopniu waż-

Tablica 5. Rozwiązania czynnikowe SPD-S w dwóch momentach oceny. Metoda wyodrębniania – główne składowe, kryterium: 2 czynniki (składowe)

% skumulowanej wariancji	55,2%		71,3%	
	Badanie początkowe (n = 41)		Badanie końcowe (n = 32)	
	czynnik 1: przeżycia paranoidalne (ładunki czynnikowe)	czynnik 2: przeżycia depresyjne (ładunki czynnikowe)	czynnik 1: przeżycia paranoidalne (ładunki czynnikowe)	czynnik 2: przeżycia depresyjne (ładunki czynnikowe)
Próbują wykradać myśli i pomysły	0,81		0,48	
Moja myśl jest zaraz znana innym	0,78		0,85	
Zachowania i myśli komentowane	0,77		0,87	
Ktoś nastaje na moje życie	0,73		0,76	
Stale obserwowany i sprawdzany	0,71		0,76	
Usiłują mnie duchowo zniszczyć	0,58	(0,22)	(0,47)	0,58
Bliski załamania		0,85		0,89
Odebrałbym sobie życie		0,78		0,86
Stracę rozum		0,78		0,82
Lękliwy i strachliwy		0,66		0,87
Mógłbym zrobić coś fałszywego		0,61		0,65
Zobojętniałem wobec ludzi		0,44		0,82

Tablica 6. Współczynniki korelacji (rho Spearmana) między wymiarami SPD-S a pozycjami KOSS-W, w kolejnych tygodniach i pod koniec pobytu. Uwzględniono wszystkie korelacje osiągające poziom statystycznej istotności lub bliskie tego poziomowi

Ocena kliniczna				Samoocena – wymiary (czynniki) skali sFBS	
Rozpoznanie	czas badania	n	ocena wg skali KOSS-W	przeżycia paranoidalne	przeżycia depresyjne
Schizofrenia	t0	19	zniekształcenie oceny rzeczywistości	0,58*	
			brak wglądu	0,50*	
	t4	6	zniekształcenie oceny rzeczywistości	0,83*	
			tk	15	trudny kontakt
autyzm	0,47 [?]				
Depresja	t0	5	zaburzenia aktywności		0,87 [?]
			zaburzenia nastroju		0,87 [?]

* $p < 0,005$; [?] $0,1 > p > 0,05$ (bliskie istotności)

ne klinicznie cechy obrazu zaburzeń – co można uważać za wskaźnik zwiększający zaufanie do jej specyficznej trafności treściowej.

Porównanie średnich wartości wyodrębnionych wymiarów samooceny wskazuje na większą łatwość ujawniania przez chorych

Tablica 7. Porównanie średnich sum wymiarów sPD-S w kolejnych tygodniach pobytu. Dla lepszej ilustracji przedstawiono to porównanie również w postaci wykresu (wykres 1)

Czynnik	Czas badania							
	t0 n = 41	t1 n = 32	t2 n = 28	t3 n = 20	t4 n = 14	t5 n = 12	t6 n = 9	tk n = 33
Przeżycia depresyjne (suma)	11,9	11,3	10,7	10,0	10,6	10,0	11,4	8,9
Przeżycia paranooidalne (suma)	9,4	9,4	9,0	8,5	8,5	8,3	8,9	7,3
Istotność ^a p	0,02*	0,06 [?]	0,03*	ns	0,06 [?]	ns	0,047*	0,003**

^a Test Wilcozona, istotność dokładna (jednostronna):

ns – nieistotne

[?] bliskie istotności

* istotne na poziomie $p < 0,05$

** na poziomie $p < 0,01$

Tablica 8. Porównanie średnich sum pozycji sPD-S w grupach chorych na schizofrenię i na inne zaburzenia psychiczne w kolejnych tygodniach leczenia. Dla lepszej ilustracji przedstawiono to porównanie również w postaci wykresu (wykres 2)

Choroba	Czas badania							
	t0	t1	t2	t3	t4	t5	t6	tk
Schizofrenia	31,3	32,6	31,1	29,0	30,0	26,7	27,0	27,0
Inne	34,1	32,0	31,4	30,9	31,2	31,5	32,6	29,1
Istotność* p	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

* Test U Manna-Whitneya: ns – nieistotne

przeżyć depresyjnych niż paranooidalnych – te pierwsze w każdym momencie pomiaru osiągają wyższe wartości, niekiedy istotnie wyższe (tabl. 7). Także i ten wynik jest zgodny z doświadczeniem klinicznym. Może stanowić dalszą przesłankę wzmacniającą wnioski o trafności treściowej sPD-S.

Natomiast niewymiarowe, sumaryczne wyniki sPD-S nie różnicowały chorych na schizofrenię od chorych na inne zaburzenia (tabl. 8). Może to wskazywać, że dopiero subtelniejsze, wymiarowe analizy wyników sPD-S (por. tabl. 7) mogą ukazywać jej specyficzną diagnostycznie trafność treściową. Wynik sumaryczny takie specyficzne odniesienia zacierza.

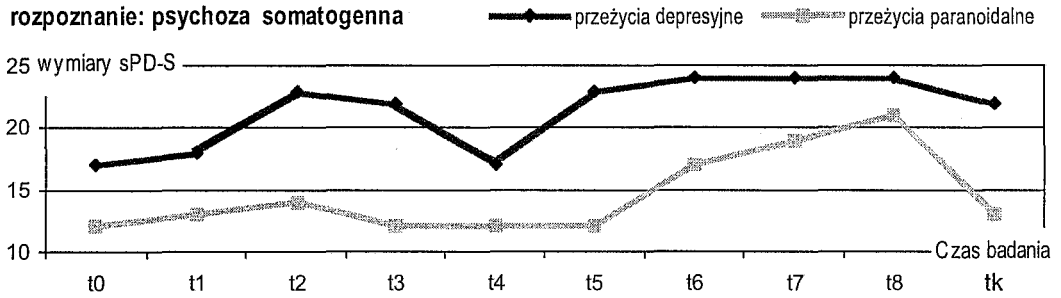
Do podobnych wniosków prowadzą też kazuistyczne analizy podłużnego profilu samooceny u poszczególnych chorych. Poniższe przykłady pokazują takie profile u dwóch chorych, z uwzględnieniem wymiarów. U jednej z nich (A, chora na psychozę

uwarunkowaną substancjami psychoaktywnymi) przeżycia paranooidalne i depresyjne powielają wspomniany ogólny trend – przeżywanie depresji ujawnia się silniej niż przeżywanie paranooidalnej depersonalizacji, choć oba wymiary w okresie 10 tygodni obserwacji cechuje zbliżony profil (wykres 1). Drugi z chorych (B, pacjentka cierpiąca z powodu schizofrenii) ujawnia jednostajny, choć względnie niski poziom przeżyć paranooidalnych na tle zmiennego nasilenia przeżyć depresyjnych (wykres 2).

Praktyczność

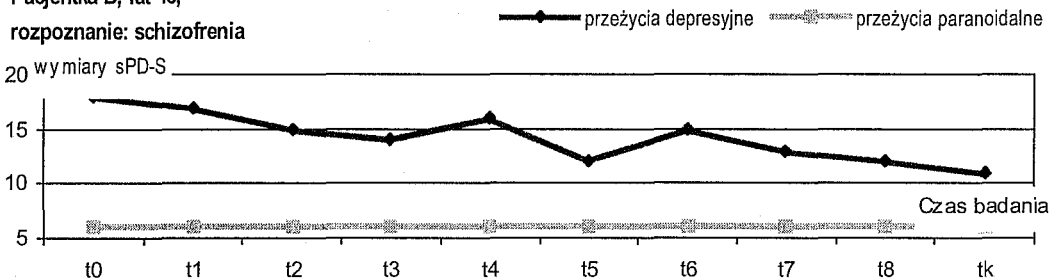
Ostatnie dwa wykresy pośrednio ukazują też możliwość praktycznego wykorzystania sPD-S w praktyce klinicznej. Obserwacje w trakcie badań wykazały, iż większość badanych chętnie wypełniała skale, niezależnie od nasilenia zaburzeń i czasu leczenia, także wielokrotnie. Jak już wspomniano, klucz motywacyjny (M) wskazywał na bardzo

Pacjentka A, lat 52,
rozpoznanie: psychoza somatogenna



Wykres 1. Czynniki depresyjny i paranoidalny w czasie hospitalizacji chorej na psychozę somatogenną

Pacjentka B, lat 48,
rozpoznanie: schizofrenia



Wykres 2. Czynniki depresyjny i paranoidalny w czasie hospitalizacji chorej na schizofrenię

pozytywną postawę wobec proponowanego zadania. Z tych spostrzeżeń można wyciągnąć wnioski, że wykorzystanie SPD-S jest praktycznie możliwe i może być przydatne.

OMÓWIENIE

Rzetelność

Uzyskane wyniki potwierdzają, że opisane wcześniej właściwości psychometryczne skróconej Skali nastawień i nastroju (SPD-S) wynioskowane z wtórnej analizy danych zgromadzonych podczas badania jej pełnej wersji (PD-S) [Schaeffer i Wciórka 2003a] zachowują znaczenie także w badaniu bezpośrednim.

Skala SPD-S zachowuje zadowalający poziom rzetelności rozumianej jako spójność wewnętrzna przez cały okres wielotygodniowej obserwacji. Cechuje ją również znaczna powtarzalność (*test-retest*) badana w odstępach

tygodniowych, przy czym zauważalna jest też zmienność stopnia tej powtarzalności – korelacje sąsiadujących ze sobą pomiarów są na ogół większe niż korelacje pomiarów odległych. Zmienność ta nie jest jednak regularna – niektóre odległe pomiary są również silnie skorelowane. Może to zależeć od wielu uwarunkowań związanych zarówno ze słabością metodologiczną (mała liczebność grup), jak i niejednorodnością zmian stanu psychicznego (m.in. różne rozpoznania, różna proporcja przeżyć paranoidalnych i depresyjnych).

W sumie, opierając się na analizowanych sposobach i miarach oceny można wnioskować, iż samoocena chorych oparta na zastosowaniu SPD-S jest zadowalająca, rzetelna i stabilna w czasie.

Trafność

Ocena trafności SPD-S dostarcza mniej jasnych, a bardziej złożonych wniosków. Traf-

ność diagnostyczna rozumiana jako zbieżność samooceny swego stanu przez chorych (uważanej zwykle za „subiektywną”) z oceną dokonywaną przez klinicystów (uważaną za „obiektywną”) jest niewielka, co świadczy, że są to oceny różne. Problem polega jednak na tym, czy samoocenie można przypisać jakąś swoistą trafność treściową uzupełniającą, dopełniającą, lub może nawet w pewnych zastosowaniach przewyższającą wartość oceny dokonywanej przez zewnętrznego diagnostę. Uzyskane wyniki zdają się sugerować, iż taka swoistość samooceny istnieje, lecz fragmentaryczność tego badania i jego metodologiczne ramy nie dają dostatecznej podstawy do stanowczych wniosków. Niektóre wyniki wskazują jednak, iż samoocena wg SPD-S odzwierciedla rzeczywistość kliniczną zrozumiale, sensownie i zgodnie z oczekiwaniem. Dotyczy to np. sensownej klinicznie dwuwymiarowości struktury samooceny stanu psychicznego uwzględniającej przeżywanie depresyjne i paranoidalne (trafność teoretyczna), a także różnicującego wpływu tej dwuwymiarowości na obserwowane profile przebiegu zaburzeń oraz na pewne uchwytne związki między samooceną a oceną klinicysty (trafność treściowa).

Ocen trafności narzędzi oceniających tak złożone byty kliniczne jak zaburzenia psychiatryczne (w tym – schizofreniczne) nie jest ani łatwa, ani nie dokonuje się jej jednorazowo. Brak nam zarówno niekwestionowanej definicji badanego zjawiska, jak i prostych standardów (*golden standard*) diagnostycznych jego rozpoznawania. W tej sytuacji można było w tym prostym studium zaledwie dotknąć zagadnienia trafności samooceny wg SPD-S. Uzyskane wyniki nie są jednak zniechęcające do dalszych poszukiwań i badań – np. odnoszących wyniki uzyskiwane za pomocą SPD-S do innych narzędzi diagnostycznych bliżej oceniających specyficzne obszary psychopatologii (np. zaburzenia „ja”, zaburzenia nastroju, poziom lęku) i do innych zmiennych klinicznych (np. wyników badania funkcji poznawczych, wpływu farmakoterapii przeciwpsychotycznej).

Praktyczność

Zgromadzone spostrzeżenia wskazują na praktyczność SPD-S w dwojakim sensie. Po pierwsze, jest to skala, którą można zastosować w praktyce klinicznej, nawet wielokrotnie. Skrócenie oryginalnej skali PD-S okazało się więc zabiegiem celowym i uzasadnionym wynikami nie tylko wtórnego (tj. na danych zgromadzonych przy okazji badania pełną, nieskróconą skalą), lecz i bezpośredniego zastosowania skali skróconej. Po drugie, wydaje się, że uzyskiwane wyniki otwierają pewien wgląd w sposób oceniania swego stanu przez chorych i pozwalają na śledzenie jego zmian. Mało rozsądne byłoby jednak oczekiwanie, iż SPD-S dostarcza informacji równoważnych z tymi, które zbiera diagnosta badając powierzonego mu pacjenta.

WNIOSKI

1. Skrócona wersja „Skali nastawień i nastroju” (SPD-S) badana bezpośrednio zachowuje dobre właściwości psychometryczne stwierdzone przy jej wyodrębnianiu ze skali oryginalnej za pomocą wtórnej analizy (*post hoc*).
2. Samoocena za pomocą SPD-S 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 jednak od oceny dokonywanej przez diagnostę.
4. Trafność teoretyczna zdaje się potwierdzać stabilną dwuwymiarowość samooceny wg SPD-S oraz prostotę jej psychopatologicznej interpretacji (przeżycia paranoidalne – przeżycia depresyjne), która odpowiada założeniom konstrukcji oryginalnej, pełnej wersji skali.
5. Narzędzie jest praktyczne, tzn. chętnie wypełniane i dostarczające zróżnicowanego opisu obrazu zaburzeń i ich dynamiki.

PIŚMIENNICTWO

1. Bandelow B, Müller P. Depressive syndromes in schizophrenic patients under neuroleptic therapy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 241: 291–5.
2. Baumann U, Meyer B, Suter U. Formale und inhaltliche Überprüfung der PND-Skalen. *Diagnostica* 1974; 20: 3–21.
3. Hobi V. Selbstbeurteilungsfragebogen – Faktorielle Struktur und Hinweis für die Praxis. *Schweizer Archiv für Neurol Neurochir Psychiatr* 1984; 134 (1): 131–42.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Wciórka J. KOSS. Kliniczna ocena zespołów schizofrenicznych. Wersja 5. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
8. Zerssen D von, Koeller DM. Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München). *Manuale*. Beltz, Weinheim, 1976.

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

Aneks

sPD-S – Skala nastawień i nastroju (wersja skrócona)

wg *Paranoid-Depressivitäts-Skala* (von Zerssen 1976)

Proszę przeczytać następujące zdania.

W przypadku każdego z nich proszę zdecydować czy stwierdzenie to dotyczy, czy nie dotyczy Pani/Pana. Należy postawić krzyżyk w jednej z czterech rubryk po prawej stronie, odpowiednio do stopnia Pańskiej zgodności lub zaprzeczenia.

Kwestionariusz należy wypełniać starannie, samodzielnie i możliwie jak najszybciej.

Nie można opuszczać żadnego z punktów.

		tak	raczej tak	raczej nie	nie
1	Instrukcję zrozumiałem	tak	raczej tak	raczej nie	nie
2	Jestem gotowy odpowiedzieć na każde pytanie tak prawdziwie, jak tylko to możliwe	tak	raczej tak	raczej nie	nie
3	W ostatnim okresie jestem bardzo lękliwy i strachliwy	tak	raczej tak	raczej nie	nie
4	Boję się, że stracę rozum	tak	raczej tak	raczej nie	nie
5	Ktoś chce mnie duchowo zniszczyć	tak	raczej tak	raczej nie	nie
6	Najchętniej odebrałbym sobie życie	tak	raczej tak	raczej nie	nie
7	Jestem stale obserwowany i sprawdzany przez innych	tak	raczej tak	raczej nie	nie
8	Są ludzie, którzy próbują wykradać moje myśli i pomysły	tak	raczej tak	raczej nie	nie
9	Zobojętniałem w stosunku do innych ludzi	tak	raczej tak	raczej nie	nie
10	Wszystkie moje zachowania i myśli są komentowane	tak	raczej tak	raczej nie	nie
11	Ktoś nastaje na moje życie	tak	raczej tak	raczej nie	nie
12	Czuję, że jestem bliski załamania	tak	raczej tak	raczej nie	nie
13	Stale boję się, że mógłbym powiedzieć lub zrobić coś fałszywego	tak	raczej tak	raczej nie	nie
14	Kiedy pomyślę o czymś, to ta myśl jest też zaraz znana innym	tak	raczej tak	raczej nie	nie
15	Myślę, że na każde pytanie odpowiedziałem zgodnie z prawdą	tak	raczej tak	raczej nie	nie

Pozycje: 5, 7, 8, 10, 11, 14 – wymiar: przeżycia paranoidalne.

Pozycje: 3, 4, 6, 9, 12, 13 – wymiar: przeżycia depresyjne.

Pozycje: 1, 2, 15 – należą do klucza motywacyjnego (M), przepisanego z oryginalnej wersji skali.