

Ocena przydatności „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS, *Frankfurter-Befindlichkeits-Skala*) do samooceny nasilenia objawów schizofrenicznych

*Evaluation of FBS scale (Frankfurter-Befindlichkeits-Skala)
usefulness for self-rating of schizophrenic symptoms*

JACEK WCIÓRKA, EWA SCHAEFFER, MAŁGORZATA BACIA-OTTO,
AGNIESZKA HOCHLEWICZ

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *W celu oceny przydatności „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS, Frankfurter-Befindlichkeits-Skala), zbadano 90 chorych na schizofrenię o zróżnicowanej charakterystyce klinicznej. Chorych badano dwukrotnie w odstępie ok. 48 godzin za pomocą skali FBS, jak również za pomocą trzech alternatywnych narzędzi samooceny (skala PD-S von Zerssen, 2 proste skale analogii wzrokowej) oraz, dla porównania, przy pomocy 3 skal oceny klinicznej (BPRS, KOSS-C, KOSS-W). Wyniki wskazały na wystarczającą rzetelność, tj. jednorodność wewnętrzną (alfa Cronbacha=0,96) i powtarzalność ($\tau_{\text{auB}}=0,86$). Skala wystarczająco wysoko koreluje z wykorzystanymi alternatywnymi narzędziami samooceny, zwłaszcza z podobną do niej skalą PD-S ($\tau_{\text{auB}}=0,65$). Korelacje z oceną klinicysty (słabsze, lecz istotne związki, zwłaszcza z wytwórczą symptomatologią zespołu schizofrenicznego) oraz z wybranymi zmiennymi klinicznymi (sensowne związki z fazą choroby) oraz interesująca struktura czynnikowa samooceny sugerują, iż skala może być narzędziem trafnie rozwijającym (uzupełniającym) ocenę kliniczną. Wykorzystanie skali jest możliwe u chorych, którzy cechują się wystarczającą gotowością do jej wypełniania lub u których gotowość taką można wzbudzić. Skrócona wersja skali pozwala zmniejszyć tę niedogodność przy zachowaniu dobrych właściwości psychometrycznych. Wyniki prowadzą do wniosku, że skala FBS może być narzędziem przydatnym, uzupełniającym ocenę stanu psychicznego chorych na schizofrenię.*

SUMMARY. *In the study aimed at evaluation of the FBS (Frankfurter-Befindlichkeits-Skala) usefulness, participants were 90 schizophrenic patients differing in clinical characteristics. The FBS scale and three other alternative self-rating scales (the P-D scale by von Zerssen, and two simple scales of visual analogies) were administered in this group twice at the interval of about 48 hours. For comparison purposes, three scales of clinical assessment (BPRS, KOSS-C, KOSS-W) were used as well. Obtained results indicate satisfactory reliability, i.e. internal consistency of the FBS (Cronbach alpha= .96), and its test-retest stability ($\tau_{\text{auB}}=.86$). Sufficiently high correlations were found between the FBS and each of the alternative self-rating scales used, especially the similar PD-S ($\tau_{\text{auB}}=.65$). Somewhat weaker, but significant correlations with a clinician's assessment (particularly as regards productive symptomatology of the schizophrenic syndrome) and with some clinical variables (meaningful correlations with stage of the illness), as well as an interesting factorial structure of the self-rating scale suggest that the latter may serve as a valid diagnostic tool complementary to clinical evaluation. The scale may be administered to patients sufficiently motivated to fill in the questionnaire, or to those who can be motivated to do so. A shortened version of the scale with good psychometric characteristics may be more convenient. Our findings allow to conclude that the FBS is a useful diagnostic instrument, supplementing clinical assessment of schizophrenic patients' mental status.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / skala samooceny / Frankfurcka skala samopoczucia (FBS)
Key words: schizophrenia / self-rating scale / Frankfurter Befindlichkeits-Skala (FBS)

Frankfurcka skala samopoczucia (*Frankfurter Befindlichkeits-Skala*) [10] jest pochodną innej skali, FBF (*Franfurter Beschwerde-Fragebogen*) obszerniejszego (103 stwierdzenia) narzędzia opracowanego przez Süllwold do badania tzw. objawów podstawowych [9]. FBS powstała w następstwie wyselekcjonowania takich spośród stwierdzeń FBF, które częściej występowały w badaniu chorych na schizofrenię. Dla takiej też populacji jest ona przeznaczona. Jest ona skalą samooceny, składa się z 36 zdań opisujących różne odcienie samopoczucia (*Befindlichkeit*) pacjentów. Opublikowane wstępne wyniki zastosowania jej oryginalnej, niemieckiej wersji były zachęcające, wskazując na zadowalające wskaźniki rzetelności i trafności diagnostycznej i teoretycznej.

Skale samooceny znajdują jak dotąd ograniczone zastosowanie w badaniu chorych na schizofrenię. Są to na ogół niezbyt obszerne (20–40 punktów) kwestionariusze [2, 5, 12, 13], czasem narzędzia wykorzystujące wzrokowe analogie skal (odcinki prostej z krańcami opisanymi za pomocą zdań lub rysunków) [3, 8]. Częściej wykorzystuje się je w badaniu chorych z zaburzeniami niepsychotycznymi lub afektywnymi. Zastosowanie u chorych na schizofrenię budzi wątpliwości związane z często niedostatecznym krytycyzmem i zainteresowaniem pacjentów oceną swego stanu. Niewysoka jest też na ogół zbieżność wyników samooceny stanu psychicznego z jego oceną przez zewnętrznego obserwatora, klinicystę [2, 6]. Różnice między samooceną a oceną stają się jednak mniej kłopotliwe, jeśli zdać sobie sprawę, że chodzi tu o metody analogiczne, lecz nie tożsame, dostarczające informacji o innych akcentach i motywach, które być może znajdują też inne zastosowania. Von Zerssen [12] zwraca uwagę, że powtarzane użycie skal samooceny dostarcza wartościowych informacji o zmianach stanu psychicznego pacjenta, choć mogą to być informacje o inaczej rozłożonych akcentach i różniące się bezwzględny wymiarem ilościowym w porównaniu z oceną klinicysty. Skalę FBF próbowano

ostatnio [7] wykorzystywać jako miarę tzw. subiektywnego przeżywania (*subjective experience*), przypuszczając, że może ono stanowić nowy wymiar psychopatologiczny zespołów schizofrenicznych, korelujący z niektórymi deficytami neuropsychologicznymi. Nadzieje te, jak dotąd, nie spełniły się.

CEL

Zainteresowanie wykorzystaniem subiektywnych aspektów doświadczania zaburzeń schizofrenicznych w diagnostyce i leczeniu (programy behawioralno-poznawcze) chorych na schizofrenię, stało się motywem do wyboru celu tej pracy. Jest nim ocena polskiej wersji (tłumaczenie w aneksie) skali FBS, jednego z nielicznych, opisanych i badanych narzędzi samooceny przeznaczonych dla chorych na schizofrenię.

BADANI PACJENCI

Badaniem objęto 90 chorych leczonych aktualnie w różnych oddziałach Kliniki (stacjonarnych, dziennym). Pacjenci o wykształceniu średnim (56%) przeważali nad chorymi o wykształceniu podstawowym (27%) i wyższym (18%). Przeciętny czas trwania ich choroby wynosił $14,1 \pm 9,8$ lat (rozpiętość: 0–40 lat). Największą grupę (44%) stanowili chorzy w rezydualnej fazie choroby. Grupy chorych w fazie ostrego nawrotu (33%) i remisji (22%) były mniejsze. Nasilenie zaburzeń (wg KOSS-C) oceniano częściej jako „niewielkie” (47%) lub „wyraźne” (47%). Pacjenci aktualnie „bez zaburzeń” (7%) byli nieliczni, natomiast nie było chorych z zaburzeniami nasilonymi „wybitnie”. Przeciętne, sumaryczne nasilenie zaburzeń wg skali BPRS-UCLA, wynosiło $40,6 \pm 12$ pkt. (rozpiętość: 24–63, mediana 39). Ponieważ niekiedy sądzi się, iż na samoocenę stan psychicznego pacjentów pewien (nawet bardzo znaczny) wpływ mają niepożądane objawy przyjmowanych przez nich leków, podjęto próbę oceny całościowego ich nasilenia (skala: 0–6). Wg oceny badających u więk-

szości chorych takich objawów nie było (59%), u części miały one nasilenie „niewielkie” (22%), a tylko wyjątkowo – „umiarkowane” (8%) lub „dość ciężkie” (1%).

METODY

Badano chorych dwukrotnie w odstępie ok. 48 godzin.

Stan psychiczny oceniano za pomocą dwóch narzędzi należących do KOSS, *Klinicznej oceny syndromów (zespołów) schizofrenicznych* [11], tj. za pomocą skal: KOSS-C (ocena całościowa zespołu) i KOSS-W (ocena wymiarów zespołu), a także skali BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*, wersja UCLA, 24-punktowa, ze zdefiniowanymi przedziałami o rozpiętości oceny: 0–6 [4]). Oceniano też całościowo nasilenie ubocznych objawów działania leków neuroleptycznych (rozpiętość: 0–4).

Do samooceny stanu psychicznego wykorzystano – poza skalą FBS [10, tłumaczenie w aneksie] – trzy skale stanowiące narzędzia alternatywne: kwestionariusz PD-S, *Paranoid-Depressivitäts-Skala* [13] oraz dwie skale analogii wzrokowej w postaci linii z krańcami opisanymi jako ocena (*psychicznie, czuję się dziś*) samopoczucia (WAS: *zupełnie źle... zupełnie dobrze*) i poczucie choroby (WAC: *całkiem chora, -y ... całkiem zdrowa, -y*).

Skala PD-S nie ma polskiej wersji, wykorzystano tu tłumaczenie, którego ocena będzie przedmiotem badania w przyszłości, choć już wyniki obecnego badania dostarczają pewnych zachęcających wskaźników

jej przydatności. Porównanie oparto tylko na sumarycznej wartości skali PD-S, choć pozwala ona na oddzielną charakterystykę wymiaru depresji (D), paranoidalnego (P) oraz skal kontrolnych oceniających wiarygodność podejmowanej oceny i zainteresowanie jej podejmowaniem.

W skalach analogii wzrokowej linię prostą rozdzielającą ich bieguny dzielono, po wypełnieniu skal przez chorych, na pięć równych odcinków i utworzonym w ten sposób skalom porządkowym przypisano wartości liczbowe od 1 do 5 (1: całkiem źle, 5: całkiem dobrze).

Do analizy statystycznej używano procedur dostępnych w pakiecie SPSSPC v. 3.1.

WYNIKI

Rzetelność – zgodność wewnętrzna (tabl. 1). Zastosowana miara (współczynniki alfa Cronbacha) wskazuje na wysoką homogenność obu „pomiarów” za pomocą FBS. Wysokie okazały się też wskaźniki homogenności pozostałych narzędzi o złożonej budowie używanych w tym badaniu do porównań.

Rzetelność – powtarzalność, zgodność w kolejnych badaniach (tabl. 2). Powtórne badanie okazało się kłopotliwe. Niektórzy z badanych byli mało zainteresowani powtórzeniem, odmawiali lub wypełniali je wadliwie w sposób uniemożliwiający ocenę. Wskaźniki zbieżności w kolejnych badaniach (współczynniki korelacji rangowej, tauB Kendalla), dla tych którzy wypełnili zadanie (60 osób), okazały się wysokie (>0,76).

Tablica 1. Ocena wewnętrznej zgodności (współczynnik Cronbacha, alfa) dla porównywanych skal, n=90.

Skala	Współczynniki Cronbacha [alfa]
FBS – samoocena, wartość sumaryczna, badanie 1	0,96
FBS – samoocena, wartość sumaryczna, badanie 2	0,96
PDS – samoocena, wartość sumaryczna, badanie 1	0,85
PDS – samoocena, wartość sumaryczna, badanie 2	0,94
BPRS – ocena, wartość sumaryczna	0,85
KOSS-W – ocena wartość sumaryczna	0,90

Tablica 2. Ocena zbieżności w dwóch kolejnych badaniach, dla porównywanych skal samooceny, N=60

Skala	Współczynniki korelacji* [tauB]
FBS – samoocena, wartości sumaryczna	0,76
PDS – samoocena, wartości sumaryczne	0,83
WAS – samopoczucie, analogia wzrokowa	0,83
WAC – poczucie choroby analogia wzrokowa	0,84

* korelacja rangowa, współczynnik tauB Kendalla

Tablica 3. Korelacje sumarycznej wartości skali FBS z alternatywnymi skalami samooceny i oceny stanu psychicznego chorych, N=90.

Skala	Współczynniki korelacji* [tauB]
PDS – samoocena, wartości sumaryczne	-0,63
WAS – samopoczucie, analogia wzrokowa	0,48
WAC – poczucie choroby, analogia wzrokowa	0,41
BPRS – ocena, ocena objawów, wartość sumaryczna	0,26
KOSS-C – ocena całościowa zespołu	0,39
KOSS-W – ocena wymiarów zespołu, wartość sumaryczna	0,29

* korelacja rangowa, współczynnik tauB Kendalla

Trafność diagnostyczna – korelacje z innymi narzędziami (tabl. 3). Najwyższa okazała się korelacja ze skalą o podobnych założeniach, konstrukcji i stopniu złożoności (PD-S). Jej negatywny znak wynika z odwrotnego kierunku kodowania skal. Korelacja z narzędziami o charakterze analogii wzrokowej były umiarkowanie wysokie (0,41–0,48). Najniższe były korelacje z narzędziami oceny klinicznej. Bardzo interesujące jest, iż całościowa ocena klinicystów korelowała z samooceną wyraźnie silniej (0,39) niż ocena wynikająca z sumowania ocen wielu szczegółów (<0,29) obrazu klinicznego.

Trafność teoretyczna – korelacje z wybranymi zmiennymi klinicznymi (tabl. 4). Samoocena uzyskana za pomocą FBS okazała się niezależna od liczby lat choroby w doświadczeniu życiowym chorych, ani doświadczeń aktualnie niepożądanych objawów farmakoterapii neuroleptycznej. Natomiast przejawiała zależność od wykształcenia (wyższe wyniki w grupie osób o wykształceniu średnim, najniższe w grupie o wykształ-

ceniu wyższym) i wyraźnie prostoliniowy związek z oceną klinicysty (por. też tabl. 3, tauB=0,39). Oczekiwany kierunek osiąga też zależność samooceny od przeżywanego fazy choroby schizofrenicznej. Jest najwyższa u chorych przeżywających nawrót, najniższa w remisji, a pośrednia – u chorych z utrzymującymi się objawami rezydualnymi.

Interesujące informacje o znaczeniu samooceny wynikającej ze skali FBS przynosi tabl. 5 zestawiająca jej korelacje z wymiarami zespołu schizofrenicznego opisywanymi za pomocą skali KOSS-W. Samoocena chorych koreluje wyżej z takimi wymiarami jak: lęk, zniekształcanie rzeczywistości i zmienione poczucie siebie (jaźni), trudności kontaktu, niedostosowanie, zaburzenia aktywności i nastroju. Wyraźnie niższe są jej korelacje z wymiarem deficytowym, autyzmem, brakiem wglądu, rozkojarzeniem, stanami zagrażającymi (agresja, autoagresja) i katatonicznymi.

Trafność teoretyczna – struktura czynnikowa (tabl. 6). Jako odzwierciedlenie wewnętrznej struktury samooceny stanu psy-

Tablica 4. Średnie wartości skali FBS a wybrane cechy społeczne i kliniczne badanych chorych, N=90.

Zmienne	Wartości zmiennych			Test chi ²
	podstawowe [n = 24]	średnie [n = 50]	wyższe [n = 16]	
Wykształcenie	70	80	63	p < 0,05
	do 5 lat [n = 21]	6–15 lat [n = 32]	ponad 15 lat [n = 37]	
Lata trwania choroby	77	71	74	nie istotne
	nawrót [n = 30]	remisja [n = 20]	residuum [n = 40]	
Faza choroby	83	50	79	p < 0,0001
	brak (0) [n = 6]	niewielkie (1) [n = 42]	znaczne (2) [n = 42]	
KOSS_C: całościowa ocena nasilenia zespołu	45	66	86	p < 0,0001
	SID: całościowa ocena objawów niepożądanых	brak [n = 59]	niewielkie [n = 22]	
	70	83	80	nie istotne

Tablica 5. Korelacje sumarycznej wartości samooceny stanu psychicznego wg skali FBS z wymiarami zespołu schizofrenicznego wg oceny na skali KOSS-W, N=90.

Wymiar skali KOSS_W	Korelacje ze skalą FBS [tauB]
W1. Trudności kontaktu	0,26***
W2. Zniekształcenie rzeczywistości	0,32***
W3. Zaburzenia poczucia siebie (jaźni)	0,23**
W4. Rozkojarzenie (dezorganizacja) myślenia	0,14*
W5. Zachowania katatoniczne	0,09 ^{ns}
W6. Objawy deficytowe	0,16*
W7. Zaburzenia nstroju	0,26**
W8. Zaburzenia aktywności	0,29***
W9. Lęk	0,36***
W10. Niedostosowanie	0,26***
W11. Brak wglądu chorobowego	0,17*
W12. Autyzm	0,17*
W13. Stany zagrażające	0,15*

* p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001 ns — nie istotne

chicznego chorych na schizofrenię wybrano wyniki analizy czynnikowej (głównych komponentów) FBS. Analiza wykresu „kolankowego” (*factor scree plot*) sugerowała wybór rozwiązania czteroczynnikowego wyjaśniającego 62,9% wariancji. Pierwotne

rozwiązanie rotowano za pomocą metody Equimax (tabl. 6). Uzyskane czynniki (komponenty) można interpretować jako: niepokój, nieufność, bezwolność (w rozumieniu uległego zahamowania) i skrępowanie (w rozumieniu usztywnienia psychicznego).

Tablica 6. Zestawienie czynników skali FBS. Metoda ekstrahowania – zasadnicze składniki, kryterium: eigenvalue > 1,7. Rotacja metodą Equimax. Łączny ładunek wariancji 62,9%.

Czynnik I: niepokój	[45,7%]	Czynnik II: nieufność	[6,5%]
<u>jestem niespokojny</u>	0,79	wszystko wydaje mi się mało zasługiwać	
<u>z trudem siedzę spokojnie</u>	0,74	<u>na zaufanie</u>	0,84
<u>jestem napięty</u>	0,70	<u>chciałbym być zostawiony całkowicie</u>	
<u>jestem wyczerpany</u>	0,67	<u>w spokoju</u>	0,72
<u>mam za mało kontroli nad sobą samym</u>	0,64	<u>wszystko dookoła mnie drażni</u>	0,70
<u>myśli mieszają mi się ze sobą</u>	0,64	<u>ludzie mi przeszkadzają</u>	0,67
stałem się bez powodu lękliwy	0,57	<u>nie mogę się wystarczająco ochronić</u>	0,65
nasuwają mi się bezsensowne myśli	0,53	<u>nie mogę jasno ująć myśli</u>	0,59
jestem nadmiernie czujny	0,50	ludzie mnie przerażają	0,55
<u>wewnętrznie nakrecony</u>	0,48		
<u>hałasy bardzo mnie drażnią</u>	0,45		
<u>czuję się bardzo udrecony</u>	0,44		
Czynnik III: bezwolność	[5, 9%]	Czynnik IV: skrepowanie	[4,8%]
z trudem podążam za rozmowami	0,73	stale muszę coś robić	0,71
nie chwytam co się wkoło dzieje	0,73	dokładnie obserwuję siebie	0,67
jestem nieskoncentrowany	0,69	myśli pędzą	0,66
jestem chaotyczny	0,64	boję się postąpić błędnie	0,65
jestem jakby pusty wewnątrznie	0,64	jestem splełtany	0,61
jestem powolny	0,63	pojedyncze myśli całkowicie mnie	
jestem obojętny	0,61	opanowują	0,52
muszę bardzo się zmuszać, by coś zrobić	0,59	<u>jestem jak zablokowany</u>	0,47
<u>mięśnie nie działają właściwie</u>	0,53		
za bardzo ulegam wpływowi z zewnątrz	0,50		

w [...] % zmienności (wariancji) wyjaśnionej przez dany czynnik; kursywą oznaczono pozycje skali słabiej różnicujące między czynnikami; podkreślono punkty zachowane w wersji zmodyfikowanej (FBSm)

Warto zauważyć, że wszystkie cztery czynniki odpowiadają dyspozycjom psychicznym związanym z przeżywaniem zaburzeń schizofrenicznych, przy czym niepokój i nieufność wydają się silniej ważyć na sumarycznym wyniku samooceny niż pozostałe dwa komponenty.

Samoocena a ocena stanu psychicznego w schizofrenii. Program SPSS pozwala na podstawie równania regresji wyliczyć wartość liczbową opisującą nasilenie danego czynnika u każdego z badanych. Uzyskane w ten sposób zmienne skorelowano następnie z różnymi miarami oceny klinicznej stanu psychicznego: oceną globalną (CGI, KOSS-C), wartościami sumarycznymi dwóch skal (BPRS-UCLA, KOSS-W) oraz poszczególnymi punktami KOSS-W

opisującymi psychopatologiczny profil wymiarów zespołu schizofrenicznego (tabl. 7).

Tabela wskazuje, że ocena kliniczna koreluje jedynie z dwoma z czynników samooceny (niepokój, nieufność), przy czym zdecydowanie wyższe i bardziej rozległe są korelacje czynnika nieufności.

Stosowalność – obserwacje. Tak jak w przypadku wielu innych kwestionariuszy, tak i w przypadku tej skali, jej wypełnianie nie jest tym, co pacjentów pociąga najbardziej. Nie wszyscy podejmują ten trud z dostateczną koncentracją i zainteresowaniem, nie zawsze też zachowują dostateczną wytrwałość w trakcie pracy. Uwidocznili to zwłaszcza trudności z powtórным wypełnieniem skal, które u 1/3 badanych okazało się albo niemożliwe, albo nieskuteczne.

Tablica 7. Korelacje różnych źródeł oceny klinicznej z czynnikami samooceny wyodrębnionymi ze skali FBS.

Porównywane narzędzie oceny klinicznej	FBS [suma]	Czynnik			
		I	II	III	IV
KOSS_C: ocena globalna	0,47	0,30*	0,47		
CGI: ocena globalna	0,48	0,39	0,43		
BPRS-UCLA: wartość sumaryczna 24 objawów skali	0,39		0,54		
KOSS-W: wartość sumaryczna 13 wymiarów skali	0,41		0,48		
trudny kontakt	0,36		0,41		
zniekształcenie rzeczywistości	0,39		0,43		
zaburzenia poczucia siebie	0,29*	0,35			
rozkojarzenie myślenia					
zachowania katatoniczne					
objawy deficytowe			0,43		
zaburzenia nastroju	0,33		0,42		
zaburzenia aktywności	0,39	0,29*	0,32		
lęk	0,42	0,37	0,40		
niedostosowanie	0,33		0,57		
brak wglądu			0,28*		
autyzm			0,48		
stany zagrażające			0,44		

zamieszczone współczynniki Pearsona [r] istotne na poziomie $p < 0,001$, z wyjątkiem oznaczonych gwiazdką [*] – istotnych na poziomie $p < 0,01$

Tablica 8. Wskaźniki rzetelności i trafności skróconej wersji FBS oraz jej czynników.

Rzetelność: jednorodność wewnętrzna, $\alpha_{\text{Cronbach}} = 0,92$ powtarzalność, $\tau_{\text{test-retest}} = 1,00$			
Trafność: Porównywane narzędzie oceny klinicznej	FBSm [suma]	Czynnik	
		niepokój	niefuorność
KOSS-C: ocena globalna	0,54	0,31*	0,44
CGI: ocena globalna	0,56	0,40	0,39
BPRS-UCLA: wartość sumaryczna ocen 24 objawów skali	0,48		0,49
KOSS-W: wartość sumaryczna 13 wymiarów skali	0,47		0,43
trudny kontakt	0,38		0,38
zniekształcenie rzeczywistości	0,46	0,25*	0,40
zaburzenia poczucia siebie	0,28*	0,37	
rozkojarzenie myślenia			
zachowania katatoniczne			
objawy deficytowe	0,30*		0,37
zaburzenia nastroju	0,40		0,35
zaburzenia aktywności	0,41	0,29*	0,29*
lęk	0,51	0,38	0,34
niedostosowanie	0,41		0,49
brak wglądu			0,26*
autyzm	0,33		0,38
stany zagrażające	0,27*		0,36

zamieszczone współczynniki Pearsona [r] istotne na poziomie $p < 0,001$, z wyjątkiem oznaczonych gwiazdką [*] – istotnych na poziomie $p < 0,01$

Trudności te były mało zależne od fazy, czy aktualnego nasilenia choroby. W wielu przypadkach skłaniały do dodatkowej pomocy choremu, w postaci np. dodatkowej instrukcji, zachęty, przyciągnięcia uwagi. Obserwacje związane z wypełnianiem WAS i WAC wskazują, że interesującym uatrakcyjnieniem trudu pokonywania kwestionariusza samooceny może być jego analogiczno-wzrokowa forma.

FBSm – zmodyfikowana wersja FBS. Jeśli szukać narzędzia samooceny możliwie silnie zbieżnego z oceną kliniczną – to można spróbować ograniczyć wykorzystanie skali FBS do tych składników, które najsilniej korelują z wyodrębnionymi czynnikami (podkreślone w tabl. 6). Takie skrócone narzędzie nie traci dobrych właściwości psychometrycznych (tabl. 8), zyskuje natomiast na jednoznaczności wewnętrznej struktury (dwa, wyraźnie wyodrębnione czynniki, silnie korelujące z oceną kliniczną) oraz najprawdopodobniej – na stosowalności, bo można przypuszczać, iż pacjentom znacznie łatwiej będzie podjąć wykonanie zadania składającego się z 11 niż z 36 punktów.

OMÓWIENIE

Rzetelność. Uzyskane wyniki wskazują na możliwość rzetelnego, dostatecznie powtarzalnego (wysokie współczynniki korelacji w badaniu *test-retest*) i wystarczająco jednorodnego (wysokie współczynniki zgodności wewnętrznej) wypełniania skali FBS przez pacjentów. Stwierdzenie to dotyczy także innych wykorzystanych tu miar samooceny, co wskazuje na ogólniejszą właściwość samocenia swego stanu przez chorych, a nie tylko na jednostkową cechę FBS.

Trafność. Jest zagadnieniem bardziej otwartym. Wyniki sugerują, że FBS dostarcza wyników przypominających wyniki uzyskiwane przy pomocy innych skal samooceny (zwłaszcza PD-S). Są one natomiast mniej zbieżne z wynikami oceny przez zewnętrznego obserwatora (klinicystę). Podobny brak zbieżności z oceną zewnętrzną stwierdzano

w wielu badaniach [np. 2, 5, 6, 8]. Nie ogranicza to zastosowania skali, wskazując jednak, że jej wyniki nie mogą zastępować wyników oceny zewnętrznej, lecz mogą ją uzupełniać. Przeprowadzone analizy sugerują, że trudności chorych oceniane przez nich przy pomocy FBS mają więcej wspólnego z tzw. wytwórczą niż deficytową symptomatyką przeżyć schizofrenicznych. Analiza struktury czynnikowej skali sugeruje przy tym, iż są to przeżycia skoncentrowane wokół takich spraw jak: niepokój, nieufność, bezwolność, skrepowanie psychiczne.

Spośród czterech czynników, do których można zredukować zmienność odpowiedzi chorych udzielanych przy wypełnianiu FBS, jedynie dwa (niepokój, nieufność) wykazują sensowny związek z oceną kliniczną zespołu klinicznego, przy czym w zdecydowanie większym stopniu odnosi się to do czynnika „nieufność”. W badaniach auterek skali [10], przeprowadzonych na 170 chorych do analizy wybrano jedynie dwa czynniki (*Hypersyndrom*, *Hyposyndrom*) i nie pokrywają się one w sposób konsekwentny z żądanym z wyodrębnionych w naszych badaniach. Przyczyn takich różnic może być wiele – od różnic kulturowych wpływających na sposób odpowiadania pacjentów w Niemczech i w Polsce, poprzez kliniczne cechy zbadanej populacji, do szczegółów zastosowanej procedury statystycznej i podjętych decyzji interpretacyjnych. Dalsze badania, analizujące strukturę samooceny w bardziej homogennych klinicznie i większych grupach pacjentów, mogą przybliżyć do wyjaśnienia takich odmienności. Próby poprzestania na wyodrębnieniu tylko dwóch czynników dały i w naszych badaniach wyniki zbliżone do oryginalnych badań auterek. Uzyskane przez nas pierwotne rozwiązanie czynnikowe nie uprawnia jednak do ograniczenia wyjaśniania obserwowanej w próbie zmienności za pomocą tylko dwóch czynników.

Modyfikacja FBS. Propozycja ta zmierza do zwiększenia zbieżności między samooceną a oceną oraz, pośrednio, do zwiększenia specyficzności (dla schizofrenii) samooceny

dokonywanej za pomocą badanej skali. Trzeba jednak pamiętać, że jak sugerują i nasze wyniki, i doświadczenia innych zajmujących się tym zagadnieniem autorów [2, 3, 5, 6, 8, 12], dążenie do pełnej zbieżności nie wydaje się ani możliwe, ani celowe. Samoocena pacjentów niesie najwyraźniej inne informacje i inne (w porównaniu z oceną klinicysty) kierują nią motywy. Zastosowanie do oceny stanu psychicznego obu podejść (subiektywnego i obiektywnego) może dostarczać innych, choć w swej odmienności sensownych i prawdopodobnie przydatnych informacji. Najczęściej wykorzystywanym zastosowaniem skal oceny klinicznej zespołów schizofrenicznych są badania skuteczności leków. Proponowane szeroko w ostatnich latach zainteresowanie wpływem leków na tzw. „jakość życia” chorych [por.6] może stwarzać zapotrzebowanie na subiektywne oszacowanie własnego stanu psychicznego, zwłaszcza w wymiarze podłużnym. Uzyskane tu wyniki sugerują przydatność do tego celu zarówno FBS, jak i jej skróconej wersji (FBSm).

Wyniki otwierają tu interesujące pole dla dalszych analiz wzajemnych powiązań takich czynników z czynnikami skal klinicznych. Wymienione przesłanki, pokazując możliwości sensownego i zbieżnego z wiedzą kliniczną interpretowania wyników uzyskiwanych za pomocą FBS, zwiększają zaufanie do możliwości trafnego jej użycia w badaniu innych zagadnień, niż analizowane tutaj.

Stosowalność skali FBS nie jest nieograniczona. Jej wypełnianie może być dla chorych trudne, nużące lub nie interesujące. Zgromadzone obserwacje zdają się dowodzić, że jest to czynnik, który może ograniczać wykorzystanie skali w niektórych grupach chorych, a w każdym razie wymagać ze strony klinicysty czuwania nad przebiegiem pracy nad nim. Zaproponowano skrócenie skali do 11 stwierdzeń najsilniej korelujących z tymi dwoma czynnikami (niepokój, nieufność), które z kolei najsilniej korelują z oceną stanu psychicznego dokonywaną przez zewnętrznego obserwatora (klinicystę).

Wszystkie te uwagi prowadzą do wniosku, że badana skala prowadząc do rzetelnych wyników i obiecując specyficznie trafne odniesienia do oceny klinicznej może być przydatnym, interesującym uzupełnieniem instrumentarium klinicysty.

Wnioski

1. Skala FBS jest narzędziem wystarczająco rzetelnym, tj. jednorodnym wewnątrznie i powtarzalnym.
2. Skala wystarczająco koreluje z wykorzystanymi alternatywnymi narzędziami samooceny. Jej korelacje z oceną klinicysty oraz z wybranymi zmiennymi klinicznymi sugerują, iż może być narzędziem trafnie rozwijającym (uzupełniającym) ocenę kliniczną chorych na schizofrenię.
3. Zastosowanie skali FBS zwraca uwagę na cztery czynniki kształtujące wewnętrzną strukturę samooceny swego stanu psychicznego przez pacjentów schizofrenicznych – poczucie niepokoju, nieufności, bezwolności i skrępowania. Jedynie dwa z tych czynników (niepokój, nieufność) przejawiają korelacje z zewnętrzną oceną klinicysty.
4. Zbieżność tę można nieco zwiększyć modyfikując skalę (wybór pozycji, skrócenie). Skrócona (11-punktowa) modyfikacja, nie pogarszając dobrych wskaźników rzetelności i trafności może ułatwiać kliniczne zastosowania narzędzia.

PODZIĘKOWANIE

Bardzo serdecznie dziękujemy Pani Profesor Lillo Süllwold za życzliwą zgodę na opublikowanie polskiego tłumaczenia skali FBS.

PIŚMIENNICTWO

1. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman GM: Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1991,17,1:113-132
2. Hobi V: Selbstbeurteilungsfragebogen – faktorielle Struktur und Hinweise für die Praxis. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr* 1984, 134, 1:131-142.

3. Ernst M, Vingiano W: Development of a graphic psychiatric self-rating scale. *Compr. Psychiatr.* 1989, 30, 2:189–194
4. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J: Manual for expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophr. Bull.* 1986, 12:594–602
5. Maurer Y, Dittrich A: Vergleich von Selbst und Fremdbeurteilung bei schizophrenen Patienten. *Pharmakopsychiat.* 1979, 12:375–382.
6. Larsen EB, Gerlach J: Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatr Scand* 1966, 93:381–388.
7. Peralta V, Cuesta MJ: Subjective experiences in schizophrenia: a critical review. *Compr. Psychiatry* 1994, 35, 3:198–204
8. Priebe S, Gruyters T: Patients' and caregivers' initial assessments of day hospital treatment and course of symptoms. *Compr Psychiatr* 1994, 35, 3:234–238.
9. Süllwold L: Symptome schizophrener Erkrankungen. *Uncharakteristische Basisstörungen.* Springer, Berlin 1977.
10. Süllwold L, Herrlich J: *Frankfurter-Befindlichkeits-Skala (FBS).* Springer, Berlin, 1987.
11. Wciórka J: KOZS. *Kliniczna ocena zespołów schizofrenicznych.* Wersja 4. IPiN, Warszawa 1996 (maszynopis)
12. Zerssen D von: Selbstbeurteilungs-Skalen zur Abschätzung des „subjektives Befundes“ in psychopathologischen Querschnitt- und Längsschnitt-Untersuchungen. *Arch Psychiatr Nervenkr.* 1973, 217:299–314.
13. Zerssen D von, Koeller DM: *Klinische Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informationssystem (PSYCHIS München).* Manuale. Beltz, Weinheim 1976.

*Adres: Doc. J. Wciórka, I Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*

Aneks

FBS Frankfurcka Skala Samopoczucia

Lillo Süllwold, Jutta Herrlich

Frankfurter-Befindlichkeits-Skala

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

Moje samopoczucie obecnie:	nie występuje	nieznacznie	umiarkowanie	silnie
1. jestem wyczerpana(y)				
2. jestem niespokojna(y)				
3. z trudem siedzę spokojnie				
4. jestem wewnętrznie nakręcona(y)				
5. mam za mało kontroli nad sobą samą(ym)				
6. jestem napięta(y)				
7. stała(e)m się bez powodu łękliwa(y)				
8. myśli mieszają mi się ze sobą				
9. nie chwytam, co się wokół mnie dzieje				
10. muszę się bardzo zmuszać, by coś zrobić				

Moje samopoczucie obecnie:	nie występuje	nieznacznie	umiarkowanie	silnie
11. hałasy bardzo mnie drażnią				
12. jestem obojętna(y)				
13. jestem nadmiernie czujna(y)				
14. za bardzo ulegam wpływom z zewnątrz				
15. ludzie mi przeszkadzają				
16. jestem chaotyczna(y)				
17. jestem nieskoncentrowana(y)				
18. nasuwają się bezsensowne myśli				
19. jestem jakby pusta(y) wewnątrz				
20. mięśnie nie działają właściwie				
21. myśli pędzą				
22. stale muszę coś robić				
23. jestem powolna(y)				
24. czuję się bardzo udręczona(y)				
25. jestem splątana(y)				
26. ludzie mnie przerażają				
27. z trudem podążam za rozmowami				
28. chciał(a)bym być zostawiona(y) w całkowitym spokoju				
29. dokładnie obserwuję siebie				
30. boję się postąpić błędnie				
31. wszystko dookoła mnie drażni				
32. jestem jak zablokowana(y)				
33. nie mogę się wystarczająco ochronić				
34. nie mogę jasno ująć myśli				
35. pojedyncze myśli całkowicie mnie opanowują				
36. wszystko wydaje mi się mało zasługiwać na zaufanie				