

**Skale samooceny nasilenia objawów schizofrenicznych:  
ocena trafności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S),  
„Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS)  
oraz dwóch skal analogii wzrokowej**

**Self-rating scales in schizophrenia: assessment of validity  
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 validity of the Paranoid-Depressivity Scale (PD-S, Paranoid-Depressivitäts-Skala), the Frankfurt Self-feeling Scale (FBS, Frankfurter Befindlichkeitsskala), and of two visual analogy scales: the Sense of Illness Scale (WAC) and the Self-feeling Scale (WAS).

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

Diagnostic validity was evaluated by comparing the results of self-rating with clinical assessment using the CGI, KOSS-C, BPRS, and KOSS-W scales. Content validity was evaluated by analysis of the results' correlation with given clinical and social-demographic variables. Theoretical (construct) validity was evaluated through factorial analysis with Varimax rotation of the principal elements.

**Results:** The correlation between the self-rating scales and the clinical assessment scales was moderate in the case of questionnaire scales and low for the visual analogy scales. Scales of a similar type were found to correlate to a very high degree. Correlation with clinical assessment depended significantly on the phase and degree of disorder – it was lower in periods of exacerbation and higher during remission. The results of the complex questionnaire scales en somme, correlate better with symptoms considered as typical for schizophrenia, than with others, whereas the isolated self-rating constructs (paranoid, depressive) correlate well with the appropriate dimensions of clinical assessment. There was no significant correlation between the clinical symptoms and dimensions, and the results of self-rating using the two visual analogy scales. Factorial analysis revealed that the internal structure of the basic constructs of the questionnaire scales (general attitude, mood, self-feeling) was based on a very rational concept, as well as the fact that the factors isolated have a rational foundation within the theoretical and clinical picture of schizophrenic disorders.

**Conclusions:** The validity of self-rating scales remains a complex question; analysis of diagnostic, content and theoretical validity seems to confine this method to the role of a complementary, albeit interesting, diagnostic tool; the extent and importance of this role, however, is still to be investigated.

*Słowa klucze:* schizofrenia, skale samooceny

*Key words:* schizophrenia, self-rating scales

Już Jaspers [1] zwracał uwagę, że i chory, i jego otoczenie mogą posługiwać się innymi niż lekarz koncepcjami natury choroby, których złożoność i konsekwencje mogą być różne, w zależności od wykształcenia, typu umysłowości pacjenta i jego środowiska. Na podobne zjawiska i uwarunkowania wskazują w polskim piśmiennictwie Kępiński [2] i Jarosz [3]. Zainteresowanie subiektywnymi aspektami doświadczania zaburzeń schizofrenicznych oraz procesu ich leczenia jest stymulowane coraz popularniejszymi programami behawioralno-poznawczego [4, 5] współdziałania w leczeniu chorych na schizofrenię. Stwarza to zapotrzebowanie na tego rodzaju oceny. Z przytoczonego piśmiennictwa wynika, że zastosowanie skal samooceny u chorych na schizofrenię budzi wątpliwości związane, po pierwsze, z ich często niedostatecznym krytycyzmem i zainteresowaniem oceną swego stanu, po drugie zaś z niepewną wartością psychometryczną dostępnych narzędzi, zwłaszcza w warunkach polskich. Z dostępnych doniesień wynika, że zbieżność wyników samooceny swego stanu z jego oceną przez zewnętrznego obserwatora jest na ogół niewysoka, lecz badania pozostawiają wiele wątpliwości. Te niejasności, jak również niewielka liczba badań na temat wzajemnych relacji pomiędzy oceną a samooceną, skłaniają do podjęcia własnej próby systematycznego spojrzenia na to zagadnienie.

W literaturze można znaleźć interesujące doniesienia na temat dopełniającego się charakteru samooceny i oceny u pacjentów schizofrenicznych. Möller i Zerssen [6, 7, 8] uważają, że wartość prognostyczna objawów psychopatologicznych jest pełniejsza, jeśli bierze się pod uwagę wiadomości uzyskane ze skal samooceny. Zerssen [9] zwraca uwagę, że wielokrotne badania za pomocą skal samooceny dostarczają wartościowych informacji o zmianach stanu psychicznego pacjenta, choć w porównaniu z oceną klinicysty mogą to być informacje o inaczej rozłożonych akcentach i różniące się bezwzględny wymiarem ilościowym.

### **Cel pracy**

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

### **Badani pacjenci**

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 [10].

### **Metoda**

Wszystkich chorych oceniano klinicznie za pomocą wymienionych skal jednorazowo, a o wypełnieniu skal samooceny proszono ich dwukrotnie, w odstępie ok. 48 godzin. Warunkiem uczestnictwa była zgoda pacjenta i jego chęć współpracy. Ponowne badanie kwestionariuszowe udało się przeprowadzić u 151 osób, a skale graficzne ponownie wypełniło 149 osób.

*Narzędzia oceny i samooceny.* Jako skale oceny wykorzystano: fragment KOSS (*Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych*), tj. skalę KOSS-C jako miarę nasilenia

całości zespołu, oraz skalę KOSS-W do oceny 13 wymiarów zespołu, BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) w wersji złożonej z 24 pozycji (BPRS-UCLA), CGI (*Clinical Global Impressions*) o rozpiętości od 0 do 4 oraz CGI-SE (*Clinical Global Impression – Side Effects*) do oceny nasilenia ubocznych objawów działania leków (rozpiętość 0 do 4). Do samooceny stanu psychicznego wykorzystano cztery alternatywne narzędzia – dwa narzędzia kwestionariuszowe: „Frankfurcką skalę samopoczucia” (FBS) i „Skalę nastawień i nastroju” (PD-S) oraz dwa narzędzia o charakterze graficznej analogii wzrokowej: skalę samopoczucia (WAS) i skalę poczucia choroby (WAC). Blizszą charakterystykę tych skal przedstawiono w poprzedniej części pracy [10].

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

## Wyniki

Trafność testu wiąże się z korelacją jego wyników z jakimś zewnętrznym kryterium odniesienia (innymi testami) bądź z kryteriami faktycznie zewnętrznymi (np. wybranymi zmiennymi klinicznymi). Spośród różnych rodzajów trafności zdecydowano się wykorzystać: trafność diagnostyczną, treściową i teoretyczną.

### 1. Trafność diagnostyczna – korelacje z innymi narzędziami

#### *Samoocena a ocena kliniczna*

Pierwszą miarą trafności był stopień korelacji między wynikami samooceny (wg FBS, PD-S, WAC, WAS) a zastosowaną równolegle oceną klinicysty (wg CGI, CGI-SE, KOSS-W, BPRS), jako zewnętrznym kryterium diagnostycznym. Miarą był współczynnik korelacji rangowej Spearmana [rho].

Jak pokazuje zestawienie w tabeli 1, korelacje między narzędziami samooceny (współczynniki korelacji rangowej Spearmana [rho]) – dla wszystkich badanych (N=210)

Tabela 1

Korelacje narzędzi samooceny ze skalami oceny stanu psychicznego

Skale kliniczne	Skale samooceny					
	FBS	PD-S	PD-Sp	PD-Sd	WAS	WAC
CGI	0,52**	0,13**	0,13**	0,40**	0,03	0,03
KOSS-C	0,48**	0,11**	0,11**	0,44**	0,03	0,03
KOSS-U (suma)	0,45**	0,10**	0,13**	0,42**	-0,01	0,03
BPRS (suma)	0,45**	0,13**	0,15**	0,47**	-0,04	0,07
CGI-SE	0,10*	0,21*	0,10*	0,03	0,07	0,11

\* korelacja istotna na poziomie 0,05 (test dwustronny)

\*\* korelacja istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny)

a skalami oceny stanu psychicznego są umiarkowanie wysokie, z wyjątkiem skal analogii wizualnej, które nie korelują z żadnymi innymi narzędziami diagnostycznymi. Widoczny jest również brak lub niski poziom związku między samooceną stanu psychicznego a ogólną oceną kliniczną dotyczącą nasilenia ubocznych objawów działania leków (CGI-SE).

*Różne sposoby samooceny*

Jako drugi wskaźnik trafności diagnostycznej wykorzystano korelację między różnymi narzędziami samooceny. W tym celu zbadano korelacje między poszczególnymi skalami samooceny w obu kolejnych badaniach.

Tabela 2

**Macierz interkorelacji sumarycznych wartości alternatywnych skal samooceny w obu kolejnych badaniach – współczynniki Spearmana [rho]**

Skale samooceny	FBS	PDS	PD-Sp	PD-Sd	UAS	UAC
<b>(a) Badanie 1 (N=210)</b>						
FBS		0,80*	0,71*	0,87*	-0,005	0,01
PDS	0,80*		0,91*	0,85*	0,001	0,06
PD-Sp – paranoidalna	0,71*	0,91*		0,71*	0,04	0,11
PD-Sd – depresja	0,87*	0,85*	0,71*		-0,004	-0,004
UAS	-0,05	0,001	0,04	-0,06		0,72*
UAC	0,01	0,06	0,11	-0,004	0,72*	
<b>(b) Badanie 2 (dla FBS i PD-S: n=151, dla UAS i UAC: n=149)</b>						
FBS		0,83*	0,76*	0,90*	-0,06	0,01
PDS	0,83*		0,92*	0,88*	0,06	0,06
PD-Sp – paranoidalna	0,76*	0,92*		0,75*	0,10	0,10
PD-Sd – depresja	0,90*	0,88*	0,75*		0,01	0,06
UAS	-0,06	0,06	0,10	0,01		0,75*
UAC	0,01	0,06	0,10	0,03	0,75*	

\*\*korelacja istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny)

Jak pokazuje zestawienie w tabeli 2, wyniki były w obu momentach (badanie pierwsze i powtórne) zbliżone. Siła związków między narzędziami odzwierciedla tu stopień podobieństwa ich założeń, konstrukcji i złożoności. Skale i podskale PD-S korelowały wysoko lub bardzo wysoko między sobą, a nieco niżej z FBS. Natomiast skale o charakterze analogii wizualnej korelowały tylko między sobą, nie wchodząc w żadne związki z narzędziami kwestionariuszowymi (PD-S, FBS).

Rozwijając badanie związków między skalami samooceny, zbadano korelacje między poszczególnymi podskalami a całą PD-S (tab. 3) w obu pomiarach – pierwszym i powtórny. Wyniki uzyskane w obu pomiarach nie różniły się. Stwierdzono wysokie korelacje podskal paranoidalnej i depresyjnej z całą PD-S. W obu badaniach podskala paranoidalna korelowała z całą PD-S nieco silniej niż podskala depresyjna. Ujemny kierunek związku między podskala kontroli (wskazującą na tendencję do negowania czy bagatelizowania istniejących objawów) z wynikami podskal paranoidalnej i depresyjnej oraz całą PD-S sugerują, iż tendencja do oceniania swego stanu jako lepszego niż w rzeczywistości częściej występuje u oceniających swój stan psychiczny jako

lżejszy. Nie stwierdzono związku pomiędzy samooceną stanu psychicznego a poziomem motywacji do wypełniania kwestionariuszy.

Tabela 3

Macierz interkorelacji sumarycznych wartości poszczególnych części skali PD-S w czasie obu kolejnych badań – współczynniki Spearmana [rho]

Skale samooceny	FD-S	FD-Sp	FD-Sd	FD-Sk	FD-Sm
(a) Badanie 1 (N=210)					
FD-S		0,91*	0,85*	-0,62*	0,01
FD-Sp – paranoidalna	0,91*		0,71*	-0,66*	-0,08
FD-Sd – depresja	0,85*	0,71*		-0,82*	0,02
FD-Sk – kontrola	-0,62*	-0,66*	-0,82*		-0,14*
FD-Sm – motywacja	0,00	-0,08	0,02	-0,14	
(b) Badanie 2 (N=151)					
FD-S		0,92*	0,88*	-0,69*	0,07
FD-Sp – paranoidalna	0,92*		0,75*	-0,73*	0,02
FD-Sd – depresja	0,88*	0,75*		-0,85*	0,01
FD-Sk – kontrola	-0,69*	-0,73*	-0,85*		-0,11*
FD-Sm – motywacja	0,07	0,02	0,01	-0,11	

\* korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

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

Opisane różnicowania sugerują, że trafność diagnostyczna – rozumiana jako odniesienie do oceny klinicznej – w przypadku obu narzędzi kwestionariuszowych (FBS, PD-S) wydaje się względnie zadowalająca, ponieważ korelują one znacząco zarówno ze skalami klinicznymi, jak i między sobą. Natomiast narzędzia wykorzystujące analogię wizualną tak zdefiniowanej trafności diagnostycznej nie wykazują, choć ich wysokie wzajemne korelacje mogą świadczyć o ich odrębności, wskazującej na potrzebę znalezienia wskaźników ich trafności diagnostycznej określonych inaczej niż przez odniesienie do oceny klinicysty.

## 2. Trafność treściowa

Ten rodzaj badania trafności analizuje związek między zjawiskami ocenianymi przez dane narzędzie a zjawiskami, do których badania je przygotowano, w tym przypadku z tradycyjnym opisem fenomenologii schizofrenicznej, takim, jaki proponują typowe skale kliniczne. Jest to w pewnym sensie kontynuacja i pogłębienie analizy trafności diagnostycznej. Cały czas punktem odniesienia jest ocena kliniczna, lecz pytania są bardziej szczegółowe: (1) czy podstawowe zmienne kliniczne (faza choroby, nasilenie objawów) i społeczno-demograficzne stwarzają jakieś ograniczenia korelacji diagnostycznych między oceną kliniczną a samooceną oraz (2) jakie szczegółowe związki zachodzą między kliniczną symptomatologią schizofreniczną opisywaną w skalach klinicznych a wynikami dostarczonymi przez narzędzia samooceny.

## Uwarunkowania związku samooceny z oceną kliniczną

Przedmiotem analizy był tu związek między oceną stanu psychicznego przez klinicystę a samooceną chorego w zależności od charakterystyki klinicznej pacjentów (różne fazy przebiegu choroby, różne nasilenie zaburzeń).

*Ocena kliniczna i samoocena a faza choroby.* Oczekiwany, zgodnie z doświadczeniem klinicznym, rodzaj związku był taki, iż chorzy w fazach choroby o mniejszym nasileniu objawów (remisji, stanu rezydualnego) będą częściej oceniać swój stan tak jak klinicysta niż w fazie jej zaostrzenia, gdy silniej oddziałują zjawiska psychopatologiczne zaburzające zdolność do realnej oceny swego stanu (objawy wytwórcze, ograniczenie wglądu). Korelacje między oceną kliniczną a samooceną okazują się najwyższe u chorych przeżywających remisję, a najniższe – w zaostrzeniu choroby. U chorych z utrzymującymi się nie nasilonymi objawami rezydualnymi korelacja oceny klinicznej i samooceny osiąga poziom niższy, lecz bliski poziomowi charakterystycznemu dla remisji.

Tabela 4

Korelacje narzędzi samooceny ze skalami oceny stanu psychicznego, w różnych fazach choroby – współczynniki korelacji rangowej Spearmana [rho]

Skale kliniczne	Skale samooceny					
	FBS	PD-S	PDSp	PDSd	UAS	UAC
<b>(a) Chorzy w fazie zaostrzenia choroby (n=70)</b>						
CGI	0,08	0,06	0,21	0,04	0,04	0,06
KOCS-C	0,09	0,03	0,15	0,22	0,06	0,08
KOCS-U (suma)	0,14	0,36**	0,49**	0,11	0,15	0,18
BPRS (suma)	0,03	0,35**	0,51**	0,06	0,18	0,14
CGHSE	0,10	0,14	0,14	0,00	0,05	0,16
<b>(b) Chorzy w fazie remisji (n=70)</b>						
CGI	0,29*	0,49**	0,36**	0,33**	0,01	0,03
KOCS-C	0,27*	0,57**	0,32**	0,47**	0,07	0,08
KOCS-U (suma)	0,11	0,57**	0,42**	0,16	-0,05	0,06
BPRS (suma)	0,10	0,60**	0,31**	0,31**	-0,08	0,09
CGHSE	0,25*	0,35*	0,17	0,33**	0,17	0,14
<b>(c) Chorzy w fazie rezydualnej (n=70)</b>						
CGI	0,39**	0,45**	0,39**	0,49**	0,05	0,08
KOCS-C	0,30*	0,41**	0,41**	0,37**	0,00	0,07
KOCS-U (suma)	0,26*	0,43**	0,49**	0,34**	0,16	0,05
BPRS (suma)	0,34**	0,56**	0,56**	0,54**	-0,11	0,04
CGHSE	0,04	0,03	0,05	0,09	0,03	0,13

\* korelacja istotna na poziomie 0,05 (test dwustronny)

\*\* korelacja istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny)

*Ocena kliniczna i samoocena a obraz psychopatologiczny.* Kolejnym czynnikiem modyfikującym związek oceny klinicznej i samooceny może być nasilenie elementów obrazu psychopatologicznego. Tab. 5 ilustruje te zależności w odniesieniu do związków między oceną kliniczną wg CGI i BPRS a samooceną wg FBS i podskal PD-S (paranoidalnej i depresyjnej) w zależności od nasilenia zaburzeń według KOSS-C i KOSS-W. Z analizy wyeliminowano skale analogii wizualnej, w których nie było żadnych zależności. Związek między oceną klinicysty a samooceną pacjenta zachodzi stale jedynie w grupie chorych, u których aktualnie objawy nie występują (0) lub ich nasilenie pozostaje niewielkie (1). U chorych ujawniających aktualnie objawy wyraźne (2) lub wybitne (3) analizowany związek rzadko utrzymuje swą moc, częściej zmniejsza się, zmienia charakter lub znika.

Jeśli analizować siłę związków oceny klinicznej i samooceny w zależności od nasilenia różnych wymiarów psychopatologicznych (wg KOSS-W) – to wpływ większego ich nasilenia modyfikuje siłę związków dość różnorodnie, mało przejrzysto i niekonsekwentnie. Warto zauważyć, że związek samooceny i oceny klinicznej wykazał względnie największą niezależność od nasilenia zaburzeń w przypadku oceny wg BPRS oraz samooceny wg podskali paranoidalnej PD-S.

Tak więc, samoocena własnego stanu psychicznego bardziej odbiega od oceny klinicznej (a nawet całkiem się z nią nie zgadza), gdy poziom zaburzeń wzrasta. Tendencja ta przejawia się w mniejszym stopniu w odniesieniu do związków samooceny wynikających z zastosowania PD-S, a zwłaszcza jej podskali paranoidalnej (PD-Sp). Sugeruje to, iż zastosowanie tej skali daje rezultaty bliższe typowej ocenie klinicznej niż skala FBS, która zachowuje się bardziej swoiście, mniej „klinicznie” (mniej zgodnie z oceną klinicysty).

Skale samooceny wykorzystujące analogię wzrokową nie wchodziły w jakiegokolwiek związki z oceną kliniczną – niezależnie od uwarunkowań wynikających z wpływu analizowanych zmiennych społeczno-demograficznych. Podobnie, nie stwierdzono żadnego wyraźnego wpływu takich uwarunkowań na siłę (czy raczej brak) związku między samooceną stanu psychicznego a oceną kliniczną niepożądanymi objawów farmakoterapii.

#### *Samoocena a objawy kliniczne zespołu schizofrenicznego*

Jako drugi wskaźnik trafności treściowej wykorzystano związek samooceny stanu psychicznego z charakterystyką psychopatologiczną zaburzeń wg oceny klinicysty, tj. wymiarami (KOSS-W) i objawami (BPRS) zespołu schizofrenicznego opisywanymi za pomocą wymienionych skal. Oczekiwano, że samoocena może nie korelować jednakowo z różnymi składnikami zespołu obserwowanego przez klinicystę. Uzyskane wyniki empiryczne okazały się zbieżne z takim oczekiwaniem.

Jak wynika z tab. 6, samoocena wyraźnie wyżej koreluje z takimi wymiarami zespołu schizofrenicznego (wg KOSS-W), jak: lęk, trudności kontaktu, zniekształcenie rzeczywistości i zmienione poczucie siebie (ja, jaźni), niedostosowanie, zaburzenia aktywności i nastroju. Wyraźnie niższe są korelacje z wymiarem deficytowym, autyzmem, brakiem wglądu, rozkojarzeniem, stanami zagrażającymi, a najniższe –

Tabela 5

Związek (korelacja rangowa Spearmana) między oceną (wg CGI oraz sumarycznej wartości BPRS) a samooceną (wg sumarycznych wartości FBS oraz podskal PD-S: paranoidalnej i depresyjnej) w grupach o mniejszym lub większym nasileniu zespołu i wymiarów zespołu schizofrenicznego (wg oceny klinicznej za pomocą KOSS-C i KOSS-W)

Zaburzenia nasilone (2 lub 3) wg oceny klinicznej za pomocą <sup>1</sup> :	n	Korelacja (rho) CGI z			Korelacja (rho) BPRS z		
		FBS	PDSp	PD-Sd	FBS	PDSp	PD-Sd
KOSS-C: nasilenie zespołu	118	0,37*	0,40*	0,41*	0,21	0,38*	0,41*
KOSS-W1. Trudności kontaktów	133	0,57*	0,60*	0,60*	0,37	0,52*	0,53*
KOSS-W2. Zniekształcenia rzeczywistości	115	0,43*	0,42*	0,47*	0,22**	0,37*	0,44*
KOSS-W3. Zaburzenia poczucia siebie	176	0,50*	0,61*	0,45*	0,40**	0,62*	0,43*
KOSS-W4. Rozkojarzenie myślenia	167	0,51*	0,62*	0,45*	0,42**	0,63*	0,44*
KOSS-W5. Zachowanie labilniczne	204	0,56*	0,62*	0,53*	0,50**	0,66*	0,52*
KOSS-W6. Objawy ułotkowe	130	0,62*	0,63*	0,61*	0,44**	0,53*	0,56*
KOSS-W7. Zaburzenia nastroju	175	0,52*	0,59*	0,49*	0,41**	0,58*	0,47*
KOSS-W8. Zaburzenia sędziowości	151	0,49*	0,59*	0,45*	0,36**	0,59*	0,41*
KOSS-W9. Lęk	177	0,46*	0,64*	0,44*	0,39**	0,65*	0,45*
KOSS-W10. Afektobozowanie	155	0,49*	0,62*	0,50*	0,38**	0,55*	0,43*
KOSS-W11. Era kmył'wiorobowowog	104	0,46*	0,59*	0,47*	0,44**	0,56*	0,52*
KOSS-W12. Achyzer	141	0,62*	0,59*	0,63*	0,48**	0,53*	0,60*
KOSS-W13. Stany zagrożenia	191	0,50*	0,61*	0,48*	0,41**	0,61*	0,47*
Zaburzenia nasilone (2 lub 3) wg oceny klinicznej za pomocą <sup>1</sup> :	n	Korelacja (rho) CGI z			Korelacja (rho) BPRS z		
KOSS-C: nasilenie zespołu	91	0,11	0,12	0,14	0,06	0,34*	0,05
KOSS-W1. Trudności kontaktów	77	0,06	-0,11	-0,07	-0,09	0,32*	-0,00
KOSS-W2. Zniekształcenia rzeczywistości	95	0,08	0,08	0,19	0,08	0,35*	0,16
KOSS-W3. Zaburzenia poczucia siebie	34	0,31	0,07	0,37	0,10	0,17	0,07
KOSS-W4. Rozkojarzenie myślenia	22	0,60*	0,18	0,59*	0,64**	0,43*	0,56*
KOSS-W5. Zachowanie labilniczne	6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
KOSS-W6. Objawy ułotkowe	80	0,17	0,30	0,18	0,25	0,56*	0,20
KOSS-W7. Zaburzenia nastroju	34	-0,10	-0,42*	-0,15	-0,09	-0,27	-0,32
KOSS-W8. Zaburzenia sędziowości	59	0,21	0,26	0,20	0,21	0,54*	0,2
KOSS-W9. Lęk	33	0,41*	0,48*	0,38*	0,07	0,74*	0,11
KOSS-W10. Afektobozowanie	54	-0,02	-0,24	-0,03	0,09	0,15	0,05
KOSS-W11. Era kmył'wiorobowowog	105	0,32	0,28	0,22	0,23*	0,41*	0,16
KOSS-W12. Achyzer	68	0,12	0,14	0,15	0,26*	0,51*	0,27*
KOSS-W13. Stany zagrożenia	19	0,51	-0,42*	0,32	0,05	0,22	0,05

\* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

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

n.a. – pominięto w analizie ze względu na niewielką liczebność (n=6) tej grupy chorych



Tabela 6

Korelacje sumarycznej wartości stanu psychicznego wg alternatywnych skal samooceny z wymiarami zespołu schizofrenicznego wg oceny na skali KOSS-W (n=210). Współczynnik korelacji Spearmana [rho]

Skala KOSS-U	Skala samooceny					
	FBS	PDS	PDSp	PDSd	UAS	UAC
U1. Trudności kontaktu	0,39**	0,50**	0,53**	0,37**	0,04	0,14*
U2. Zniekształcenie rzeczywistości	0,47**	0,56**	0,62**	0,38**	0,01	0,10
U3. Zaburzenie poczucia siebie (jaźni)	0,27**	0,47**	0,47**	0,33**	0,02	0,07
U4. Rozkojarzenie (dezorganizacja) myślenia	0,19**	0,39**	0,44**	0,24**	0,01	0,05
U5. Zachowania katatoniczne	0,11	0,13	0,16*	0,12	0,07	0,09
U6. Objawy deficytowe	0,12**	0,35**	0,38**	0,27**	0,10	0,02
U7. Zaburzenia nastroju	0,37**	0,40**	0,47**	0,35**	0,01	0,05
U8. Zaburzenia aktywności	0,39**	0,53**	0,50**	0,48**	0,07	0,05
U9. Lęk	0,48**	0,47**	0,40**	0,38**	0,07	0,01
U10. Niedostrzeżenie	0,13**	0,48**	0,49**	0,27**	0,01	0,07
U11. Brak wglądu chorobowego	0,22**	0,44**	0,48**	0,27**	0,02	0,11
U12. Auryzm	0,27**	0,34**	0,42**	0,13	0,05	0,03
U13. Stawy zognajające	0,22**	0,37**	0,46**	0,27**	0,05	0,11
KOSS-U (suma)	0,48**	0,67**	0,67**	0,44**	0,03	0,05
KOSS-C	0,45**	0,60**	0,63**	0,42**	0,03	0,09
CGI	0,53**	0,63**	0,63**	0,49**	0,03	0,08
CGI-SE	0,16*	0,20**	0,19**	0,08	0,07	0,11

\* korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

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

z zachowaniami katatonicznymi. Takie uporządkowanie stwierdzonych związków wskazuje, iż zaburzenia oceniane przez samych chorych koncentrują się wyraźniej na tzw. objawach wytwórczych niż deficytowych.

Te zależności sugerują, że wyniki uzyskiwane za pomocą różnych skal i podskal samooceny nie odwzorowują w prosty sposób oceny klinicznej, choć zachowują pewną, zgodną z oczekiwaniami specyficzność.

### 3. Trafność teoretyczna

Za narzędzie trafne w sensie teoretycznym uważa się takie, którego konstrukcja pozwala w sensowny sposób odnosić wyniki jego zastosowania do wiedzy teoretycznej na temat ocenianego zjawiska (tu schizofrenii). W tym wypadku pytanie brzmiało: czy uzyskiwane za pomocą analizowanych narzędzi wyniki są zgodne z teoretyczno-kliniczną wiedzą na temat schizofrenii lub wnoszą coś do niej? Jedną z częściej badanych odmian trafności teoretycznej jest trafność czynnikowa, którą wykorzystano i w tym

badaniu, podejmując analizę wewnętrznej struktury samooceny stanu psychicznego dokonywanej przez chorych za pomocą badanych narzędzi.

Analiza wewnętrznej (ukrytej) struktury zespołu opisanego w subiektywnych ocenach chorego pozwala na poszukiwanie możliwości zredukowania obserwowanej zmienności do możliwie niewielkiej liczby, bardziej ogólnych zmiennych (czynników, składników). Oczekiwano, że uzyskany w ten sposób wgląd w strukturę samooceny będzie zawierał istotne odniesienia do opisywanych w literaturze i znanych z doświadczeń klinicznych wymiarów przeżyć schizofrenicznych.

W przypadku kwestionariusza PD-S analizowano oddzielnie dwie jego części opisujące, zgodnie z poglądem autora PD-S oraz wynikami jego badań, dwie odrębne grupy zaburzeń – przeżycia paranoidalne oraz depresyjne. Pozwala to mówić o analizie wewnętrznej struktury opisywanych przez to narzędzie: (1) przeżyć paranoidalnych i (2) przeżyć depresyjnych. W przypadku „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) analizą objęto wszystkie pozycje tego narzędzia, co pozwala mówić o analizowaniu wewnętrznej struktury samopoczucia pacjentów odzwierciedlającego się w sposobie wypełniania kwestionariusza.

#### *Struktura przeżyć paranoidalnych wg podskali paranoidalnej (nastawień) PD-S (PD-Sp)*

Analiza czynnikowa podskali paranoidalnej kwestionariusza PD-S (tab. 7) pozwala uznać za najbardziej sensowne rozwiązanie z czterema czynnikami. Czynnik pierwszy grupuje stwierdzenia wskazujące na różne obawy przed zagrożeniem z zewnątrz (obserwują, nastają, komentują, chcą zniszczyć, wpływają, znają i wykradają myśli), które łącznie można interpretować jako wskazujące na „poczucie zagrożenia”. Stwierdzenia składające się na drugi czynnik zdają się odzwierciedlać wielkościową ocenę własnych możliwości (niezwykłe przeżycia, nadludzka moc, inni zazdroszczą), co pozwala na interpretowanie go jako „poczucie mocy”. Stwierdzenia silnie korelujące z kolejnym, trzecim czynnikiem można wspólnie interpretować jako wskaźnik utraty wpływu na własne ruchy, ciało i słowa (nie kontroluję swoich ruchów, nie rozumiem moich słów), co można interpretować jako „poczucie utraty kontroli”. Wreszcie, czynnik czwarty skupia dwa stwierdzenia podkreślające poczucie zmiany swego stanu wyrażające się z jednej strony przeżywaniem dramatycznej jego odmienności (koniec świata), a z drugiej koniecznością dystansowania się wobec cudzych sugestii o jego chorobliwości (brak poczucia choroby) – co łącznie sugeruje zasadność interpretowania tego czynnika jako „poczucia zmiany”. Proponowana interpretacja może wskazywać, które z trudności psychicznych doświadczanych przez pacjentów najsilniej rzutują na ich samopoczucie odzwierciedlane w sposobie wypełniania podskali paranoidalnej kwestionariusza PD-S.

#### *Struktura przeżyć depresyjnych*

Tabela 7

## Analiza czynnikowa składników podskali paranoidalnej skali PD-S

Analiza składników skali PD-Sp Podskala paranoidalna: metoda ekstrakcji: zasada czyste składniki, kryterium dostrzeżenia: eigenvalue > 1 metoda rotacji: Varimax z normalizacją Kaiser, całkowita wyjaśniona wariancja – 62,9%	Składniki samooceny wg skali PD-Sp			
	Składnik I pozaucie zagrożenia	Składnik II pozaucie mojej	Składnik III pozaucie utraty kontroli	Składnik IV pozaucie zmiany
Prozycje skali				
P30. Jestem obserwowany	0,82		0,29	
P30. Ktoś zmienia na moje życie	0,80	0,18		0,25
P35. Ktoś chce komentuje moje zachowanie, myśli	0,74	0,23	0,33	-0,13
P15. Próbuje mnie zniszczyć	0,71		0,45	0,25
P7. Ludzie wpływają na mnie wbrew mojej woli	0,70	-0,14	0,23	-0,17
P37. Moje myśli są znane innym	0,66	0,45	0,16	-0,30
P32. Jestem pod wpływem promieni, prądów hipnozy	0,56	0,38	-0,13	0,12
P33. Ktoś próbuje wykraść moje myśli	0,55	0,48		
P38. Mam niezwykłe przeżycia	0,15	0,77		-0,23
P27. Moja wiedza, o świecie są przedmiotem uwagi		0,71		0,17
P36. Mam nadludzką moc		0,65	0,29	
P12. Nie kontroluję ruchów swego ciała	0,28		0,77	
P38. Tworzę słowa, których inni nie rozumieją	0,16	0,27	0,73	
P22. Moje ciało zmienia się		0,47	0,55	-0,15
P11. Inni uważają mnie za chorego	0,22	0,12	0,17	0,70
P9. Mój sposób życia przeżywania różni się od innych	0,24	0,24	0,27	0,53
%wariancji	25,15	15,15	13,42	7,31

W tabeli pominięto pozycje skali o ładunkach czynnikowych <0,1

## wg podskali depresyjnej (nastroju) PD-S (PD-Sd)

Analiza czynnikowa podskali depresyjnej kwestionariusza PD-S (tab. 8) pozwala na rozwiązanie z trzema czynnikami. Najwięcej stwierdzeń wiąże się z czynnikiem pierwszym opisującym dzięki temu różne odcienie (zwłaszcza rano: smutny, załamany, nędzny, spowolniały, płaczący, lękliwy, boi się błędu, utraty rozumu) odczuwanego „przygnębienia”. Poza tym wyodrębniono dwie niezbyt liczne grupy stwierdzeń. Czynniki drugi skupił trzy stwierdzenia chorych opisujące odczuwany przez nich brak zainteresowania (zobojętniałem) oraz odcienie depresyjnej anhedonii (bez uczuć, bez radości), co pozwala interpretować go jako „zobojętnienie”. Ostatni czynnik skupił dwa stwierdzenia, których wspólnym mianownikiem wydaje się skłonność do „wycofywania się” (łatwo urazić, nie interesuje życie erotyczne).

Tak więc główne składniki przeżywania paranoidalnego opisywanego przez skalę

PD-S stanowiłyby poczucia: zagrożenia, mocy, utraty kontroli i zmiany. Natomiast przeżywanie depresyjne obejmowałoby wg tej skali: poczucie przygnębienia, zobojętnienia i wycofywania się.

Tabela 8

Macierz składowa samopoczucia wg skali FBS

Analiza składowych skali PD-Sd podskala depresyjna: metoda ekstrakowania: zasadnicze składowiki, kryterium ekstrakowania: eigenvalue > 1 metoda rotacji: Varimax z normalizacją Kaiser, całkowita wyjaśniona wariancja – 53,03 % Pozycje skali	Składowiki samopoczucia wg skali PD-Sd		
	Składowik I przygnębienie	Składowik II zobojętnienie	Składowik III wycofywanie się
P14. Czuję się smutny	0,82		
P31. Jestem bliski załamania	0,78	0,17	0,20
P17. Najchętniej zabiłbym się	0,74	0,18	
P30. Czuję się niedoane	0,71		0,35
P34. Buję się zrobawca całego swego	0,71	0,17	0,23
P3. Buję się, że stracę rozum	0,71	0,33	0,14
P5. System się łubiwy	0,70		0,27
P21. Gorzej czuję się nana	0,69	0,15	0,17
P10. Nie wszystko co czytam, rozumiem	0,64	0,25	0,21
P41. Nie mogę posunąć sobie gu myśli	0,59		0,38
P8. System się p'oculwy	0,59	-0,28	0,23
P34. Zobojętniałem		0,77	0,21
P32. Nie mam żadnych uczuć	0,42	0,70	0,33
P3. Nie odzawem radziod	0,27	0,73	-0,34
P4. Jakiemj mnie urazów	0,22		0,74
P30. Nie interesuje się życiem erotycznym	0,25	0,11	0,57
%wariancji	34,20	13,18	10,05

W tabeli pominięto pozycje skali o ładunkach czynnikowych <0,1

Po zastosowaniu standardowych kryteriów analiza głównych składowików oceny samopoczucia opisywanego za pomocą FBS (tab. 9) dostarcza rozwiązania sześcioczynnikowego, wyczerpującego około 70% zmienności. Czynnikiem o największym ładunku wariancji okazało się poczucie „niepokoju” wyrażanego jako trudności z zapanowaniem nad ruchami (trudno usiedzieć, mało kontroli, napięty, nakręcony, niespokojny) i innymi przeżyciami (bezsensowne myśli, lękliwość, nadmierna czujność, dekoncentracja, wyczerpanie, trudności mobilizacji). Drugi czynnik orientujący

samopoczucie chorych można interpretować jako poczucie „nieufności” ujawniane w skargach na: utratę zaufania, niejasność i pomieszanie myśli, brak ochrony, udręczenie i przerażenie ludźmi. Trzecia grupa skarg wiązała się zarówno z poczuciem pewnej blokady (powolny, zablokowany, nie chwytam, co się dzieje, z trudem podążam), jak i zakłócenia harmonijności przeżyć (chaotyczny, splątany, mięśnie nie działają właściwie), co można łącznie ujmować jako poczucie „chaotyczności”. W czwartym czynniku zbiegły się skargi związane z drażniącym wpływem otoczenia (hałas i wszystko inne drażni, myśli pędzą i opanowują, potrzeba spokoju), co można łącznie interpretować jako wyraz poczucia „drażliwości”. Z piątym czynnikiem najsilniej korelowały skargi dotyczące poczucia zubożniania i pustki, a słabiej zachowania, które mogą się z nim wiązać (ulegam, ludzie przeszkadzają mi), co pozwala interpretować go jako poczucie „bezwolności”. Ostatni czynnik objął skargi, które można interpretować jako wyrażające odczucia pewnej „niepewności” wobec własnego funkcjonowania (muszę coś zrobić, boję się błędu, obserwuję siebie).

Tak więc empiryczna analiza struktury samopoczucia badanych opisywanego za pomocą FBS sugeruje wyodrębnienie co najmniej sześciu podstawowych składników,

Tabela 9

Macierz składników skali FBS

Analiza składników skali FBS: metoda eksploracyjna: zasadnicze składniki, kryterium ekstrakcji: eigenvalue >1 metoda rotacji: Varimax z normalizacją Kaiser, człowiek wyjasnił wariację – 70,80%	Składniki samooceny wg skali FBS					
	Składnik 1 niepokój	Składnik 2 nieufność	Składnik 3 chaotyczność	Składnik 4 drażliwość	Składnik 5 bezwolność	Składnik 6 niepewność
F3. Z trudem się dać spokojnie	0,75	0,20	0,30	0,31		
F5. Za mało kontroli nad sobą	0,73	0,26	0,14	0,17	0,20	0,26
F6. Jestem napięty	0,72	0,32	0,22		0,16	0,28
F4. Jestem wewnątrz siebie nieścisły	0,71			0,26	0,18	0,29
F2. Jestem nieścisły	0,71	0,39	0,31	0,28		0,12
F1. Jestem wyczerpany	0,69	0,30	0,27	0,28	0,16	
F10. Muszę się bardzo zmuszać by coś zrobić	0,66	0,14	0,40		0,28	
F8. Nie uważaj mi się bezsensowne myśli	0,58	0,45	0,18	0,25	0,18	
F13. Jestem nadmiernie czujny	0,56	0,29	0,19	0,40	0,15	0,29
F7. Stałem się bez powodu lękliwy	0,55	0,31	0,26	0,31		0,24
F17. Jestem nieaktywny	0,50	0,20	0,38	0,14	0,40	0,14
F6. Uszytko wydaje mi się nie zaufajacemu zaufanie		0,76		0,39	0,27	0,11
F34. Nie mogę jasno ujść myśli	0,37	0,72	0,27		0,23	0,11
F33. Nie potrafię się dostatecznie ochronić	0,33	0,69		0,14	0,19	0,34
F8. Myśli mi się mieszają	0,53	0,63	0,25	0,18		

F34. Ludzie mnie przezywają	1,30	1,57	0,34	0,28	0,27	
F34. Czuję się bardzo odrzucony	1,33	1,53	0,40	0,17	0,15	1,28
F23. Jestem powolny	1,18		0,70	0,10	0,13	
F9. Nie chwytam, co się wokół dzieje	1,42	1,33	0,58		0,30	
F37. Z trudem podążam za rozmowami	1,43	1,22	0,58		0,37	1,15
F32. Jestem jakby zablokowany	1,28	1,31	0,57			1,42
F20. Mówię nie do końca właściwie	1,25		0,55	0,42	0,22	1,12
F10. Jestem chłodny	1,30	1,13	0,53		0,35	1,15
F25. Jestem spóźniony	1,30	1,17	0,40	0,31		1,41
F35. Najedynsze myśli całym mną opiewają	1,28	1,22	0,31	0,00		1,15
F11. Haczyki bardzo mnie drażnią	1,44	1,18	0,11	0,05	0,10	1,15
F22. Chciałoby mi się zniecierpliwić w zupełnie spokojnym	1,14	1,47		0,57	0,40	1,17
F31. Wszystko wokół mnie drga	1,18	1,51	0,12	0,54	0,20	1,10
F21. Myśli pędzą	1,37	1,14		0,47	0,20	1,44
F12. Jestem obojętny	1,24	1,10	0,12	0,10	0,20	
F10. Jestem pustą wewnątrz	1,10	1,27	0,30	0,12	0,07	
F15. Ludzie mi przeszkadzają	1,33	1,37		0,30	0,52	
F14. Za bardzo ulegam wpływom z zewnątrz	1,41	1,11	0,20	0,15	0,43	1,34
F22. Stale muszę coś robić	1,15				0,22	1,17
F30. Będę się postępowanie	1,18	1,18	0,30	0,12	0,12	1,10
F30. Całkowicie siebie obserwuję		1,28		0,45	0,11	1,52
Średnia	10,0	10,1	11,4	0,5	2,2	3,1

W tabeli pominięto pozycje skali o ładunkach czynnikowych <0,1

w których interpretacji można dostrzec subiektywne odniesienia do znanych wymiarów klinicznych: deficytowego (poczucie bezwolności), wytwórczego (poczucie nieufności, niepewności) oraz dezorganizacji (poczucie chaotyczności, drażliwość).

### Omówienie wyników

Wykorzystano trzy podejścia do oceny trafności diagnostycznej: (1) analizę jej związków z zewnętrznym kryterium, jakim były skale oceny klinicznej i alternatywne skale samooceny (t. diagnostyczna), (2) analizę zależności związku między samooceną a oceną kliniczną od uwarunkowań klinicznych oraz zależności między samooceną a fenomenologią kliniczną schizofrenii (t. treściowa) oraz (3) badanie wewnętrznej (czynnikowej) struktury samooceny pod kątem sensowności jej związków z teoretyczno-kliniczną wiedzą na temat zaburzeń schizofrenicznych (t. teoretyczna).

*Trafność diagnostyczna.* W przedstawionej pracy korelacje między narzędziami samooceny a skalami oceny stanu psychicznego okazały się umiarkowanie wysokie, z wyjątkiem skal analogii wizualnej, które nie korelują z żadnymi innymi narzędziami diagnostycznymi. Interesujący jest również praktyczny brak związku między samooceną stanu psychicznego a oceną nasilenia ubocznych przejawów działania

leków, co wskazuje, iż jego wpływ na subiektywną ocenę stanu psychicznego podejmowaną przez chorych jest słaby. Podobny poziom zbieżności z oceną zewnętrzną stwierdzano w badaniach Finna i wsp. [11], którzy badali 41 pacjentów, pytając ich o ocenę uciążliwości efektów niepożądanych działania leków i o występowanie objawów pozytywnych. Uzyskali umiarkowane korelacje (0,57–0,63) między samooceną a oceną zewnętrzną. Day i Wood [12] donoszą o korelacjach subiektywnego stosunku chorych do neuroleptyku (ocena działania leku, występowania objawów niepożądanych) z oceną objawów niepożądanych przez klinicystę wynoszących  $r = 0,83$ ,  $p < 0,001$ . Inni autorzy – Larsen i Gerlach [13], Hobi [14], Maurer i Dittrich [15], Priebe i Gruyters [16] – uważają jednak, że skale samooceny dostarczają wyników nietrafnych w sensie diagnostycznym, opisując niskie współczynniki korelacji ze skalami oceny. Brak zbieżności między samooceną za pomocą skal analogii wizualnej a oceną zewnętrzną, podobny do stwierdzonego w tym badaniu, stwierdzali w swych pracach Priebe i Gruyters [16, 17].

Niezależnie od diagnostycznie ciekawych, umiarkowanych korelacji FBS i PD-S z narzędziami oceny klinicznej, korelacje między poszczególnymi skalami samooceny w obu kolejnych badaniach były zbliżone i wysokie, przy czym siła związków między poszczególnymi narzędziami odzwierciedlała stopień podobieństwa ich założeń, treści, konstrukcji i złożoności. Skale o charakterze analogii wizualnej korelowały tylko między sobą, nie wchodziły w żadne związki z narzędziami kwestionariuszowymi (PD-S, FBS). Te ostatnie wysoko korelowały między sobą ( $\rho = 0,80$ ). Skala FBS korelowała silniej z podskalą depresyjną ( $\rho = 0,71$ ) niż z podskalą paranoidalną PD-S ( $\rho = 0,87$ ). W przypadku samej PD-S, jej korelacje z własnymi podskalami układały się odwrotnie (odpowiednio 0,91 i 0,85). Wyniki uzyskane w obu pomiarach nie różniły się – co wskazuje na trwałość tych związków. Podskala kontrolna („kłamstwa”) ma wg autora PD-S wskazywać na tendencję do negowania czy bagatelizowania istniejących objawów (negowanie wydarzeń, których niewystępowanie jest bardzo mało prawdopodobne, np. *nigdy się nie przeziębiam*). Stwierdzony tu ujemny kierunek związku między podskalą kontroli a wynikami podskal paranoidalnej i depresyjnej oraz całej PD-S sugeruje, że dość silna tendencja do udzielania informacji mniej prawdziwych (bagatelizujących powagę sytuacji) częściej występuje u chorych oceniających swój stan jako łżejszy.

Nie stwierdzono związku pomiędzy samooceną stanu psychicznego a poziomem motywacji do wypełniania kwestionariuszy, co jednak trudno interpretować zważywszy na małą rzetelność oceny motywacji proponowanej przez PD-S.

Trafność diagnostyczna rozumiana jako odniesienie do oceny klinicznej – w przypadku obu narzędzi kwestionariuszowych wydaje się względnie zadowalająca, ponieważ korelują one znacząco zarówno ze skalami klinicznymi, jak i między sobą. Wysokie wzajemne korelacje narzędzi wykorzystujących analogię wizualną mogą świadczyć o ich odrębności, wskazującej na potrzebę znalezienia wskaźników ich trafności diagnostycznej określonych inaczej niż przez odniesienie do oceny klinicysty.

Przedstawione wyniki wskazują, że skale samooceny dostarczają wyników dostatecznie trafnych w sensie diagnostycznym.

*Trafność treściowa.* Ocena związku między oceną klinicysty a samooceną chorego w zależności od fazy choroby wykazała, że korelacje między oceną kliniczną a samooceną okazały się najwyższe u chorych przeżywających remisję, niższe były one w okresie rezydualnym, a najniższe – w zaostrzeniu choroby. W fazie zaostrzenia zbieżność oceny i samooceny osiągała wyższe wartości w przypadku zastosowania PD-S oraz jej podskali paranoidalnej niż w przypadku FBS oraz podskali depresyjnej PD-S, w których okazały się one niskie. W przypadku skal analogii wizualnej brak związku między oceną kliniczną a samooceną występował niezależnie od fazy choroby. Natomiast zależność samooceny od całościowej oceny klinicznej nasilenia objawów ubocznych (CGI-SE) występowała tylko w okresie remisji, a nie zachodziła w fazie zaostrzenia ani rezydualnej.

Przedstawiona analiza związku między samooceną i oceną kliniczną w zależności od fazy choroby wyjaśniać może wspomniane różnice wyników, jakie różni autorzy uzyskują, badając trafność diagnostyczną samooceny przez odniesienie jej do oceny klinicznej. W zgodzie z wymową uzyskanych wyników – przewaga w badanej grupie osób w fazie zaostrzenia choroby zmniejsza siłę tego związku, natomiast przewaga chorych w stanie remisji lub residuum – powiększa ją.

W literaturze przeważają opinie, że narzędzia samooceny nie nadają się dla pacjentów w okresie zaostrzenia choroby (13), choć np. Hogan i wsp. [18] stwierdzili, że nawet tacy pacjenci są w stanie wypełnić kwestionariusz samooceny. W badaniach Maurera i Dittricha [15] udowodniono, że poziom nasilenia objawów negatywnie korelował w ostrej fazie ze zdolnością do wypełniania skali samooceny. Podczas remisji (w badaniu po 7 tygodniach) takiej negatywnej korelacji nie odnaleziono. Znalaziono różnice w korelacjach pomiędzy oceną kliniczną (AMP-System) a samooceną (skala APZ) w dwóch różnych fazach choroby. W ostrej fazie korelowały: lęk przed utratą kontroli, wg samooceny pacjenta, z hipochondrią, depresją i zahamowaniem, wg oceny badającego. W fazie remisji wszystkie skale samooceny korelowały z oceną objawów paranoidalnych i omamów przez badającego. Może to wynikać z odzyskiwania krytycyzmu pacjenta wobec objawów, które w okresie remisji były już rozpoznawane jako chorobowe.

Zbieżne z takimi wynikami są też rezultaty analizy siły związku (korelacji) między samooceną i oceną kliniczną w zależności od nasilenia zespołu schizofrenicznego i jego poszczególnych wymiarów, które dowodzą, iż generalnie większe nasilenie zaburzeń zmniejsza siłę tego związku lub, w przypadku zaburzeń nastroju, odwraca nawet jego kierunek. W grupie chorych o mniejszym nasileniu zaburzeń siła analizowanego związku pozostaje stale (tzn. w odniesieniu do całości zespołu i wszystkich jego wymiarów) duża. Warto podkreślić, iż podważa to ocenę trafności samooceny tylko w odniesieniu do oceny klinicznej, której adekwatność jest wprawdzie ze względów praktyczno-klinicznych bardzo ważna, lecz nie na zasadzie wyłączności. W każdym razie uzyskane wyniki wskazujące na rozmiękanie się samooceny i oceny w przypadku chorych bardziej zaburzonych wg klinicysty nie wykluczają, że samoocena może nieść w sobie również istotną treść kliniczną, dopełniającą obraz wynikający z oceny klinicznej. Z klinicznego punktu widzenia interesujące jest stwierdzenie względnie większej stałości i niezależności związku oceny klinicznej z samooceną uzyskiwaną za pomocą



podskali paranoidalnej PD-S, którą z tego powodu można uważać za najbardziej „kliniczną” spośród porównywanych skal samooceny. Jest to tym bardziej interesujące, że ten wymiar PD-S (paranoidalny) obejmuje treści uważane z psychopatologicznego punktu widzenia za jądro zespołu schizofrenicznego.

Przeprowadzone analizy wskazują, że trudności chorych potwierdzone przez nich w kwestionariuszach samooceny silniej korelują z tzw. objawami wytwórczymi niż deficytowymi.

Samoocena wyraźnie koreluje z takimi wymiarami zespołu schizofrenicznego (wg KOSS-W), jak: lęk, trudności kontaktu, zniekształcenie rzeczywistości i zmienione poczucie siebie, niedostosowanie, zaburzenia aktywności i nastroju. Wyraźnie niższe są korelacje z wymiarem deficytowym, autyzmem, brakiem wglądu, rozkojarzeniem, stanami zagrażającymi, a najniższe z zachowaniami katatonicznymi. Dotyczy to obu skal kwestionariuszowych (FBS, PD-S), choć warto podkreślić, że związki te są wyraźnie wyższe w przypadku PD-S i jej podskal. Zwłaszcza podskala paranoidalna zachowuje specyficzność korelacji, osiągając korelacje względnie wysokie i wyższe niż pozostałe narzędzia z takimi przejawami paranoidalnymi, jak: zniekształcenie rzeczywistości, rozkojarzenie, objawy deficytowe, niedostosowanie, brak wglądu.

Również w przypadku drugiego zastosowanego narzędzia oceny klinicznej (BPRS), z samooceną (uzyskaną zarówno za pomocą FBS, jak i PD-S) wyraźnie wyżej korelują takie objawy schizofrenii, jak: lęk, brak współpracy, poczucie choroby, zaburzenia formy myślenia, zniekształcenie rzeczywistości, niedostosowanie, zaburzenia nastroju. Wyraźnie niższe są korelacje z poczuciem winy, postawą wielkościową, dezorganizacją pojęciową, zaburzeniami aktywności, stopniem uczuciowym, napięciem, stanami zagrażającymi. W przypadku podskali paranoidalnej PD-S obserwuje się wysokie korelacje z takimi typowymi przejawami przeżyć paranoidalnych, jak: wrogość, podejrzliwość, manieryzmy i zastyganie, dziwaczne zachowanie, rozpraszalność uwagi. Natomiast podskala depresyjna PD-S wyróżnia się wysokimi korelacjami z takimi objawami, jak: depresja, poczucie choroby. Takie zależności sugerują, że wyniki uzyskiwane za pomocą różnych skal i podskal zachowują pewną, zgodną z oczekiwaniami specyficzność.

Opisane zależności między wynikami samooceny odnoszonymi się do całości stanu psychicznego (FBS, PD-S) mogą zwiększać zaufanie do treściowej trafności tych narzędzi, ponieważ wykazują pewną fenomenologiczną specyficzność – silniej korelują z objawami uważanymi za typowe dla schizofrenii, natomiast wyodrębnione wymiary tej samooceny (podskale PD-S: paranoidalna i depresyjna) w sposób różnicujący korelują z odpowiednimi fenomenologicznie wymiarami oceny klinicznej.

Praktycznie nie odnotowano związków między objawami i wymiarami psychopatologicznymi a samooceną za pomocą skal analogii wizualnej.

W sumie można powiedzieć, że treściowa trafność kwestionariuszowych narzędzi samooceny nie poddaje się prostej interpretacji. Zaufanie wzbudza ich fenomenologiczne ciążenie w kierunku objawów uważanych za schizofreniczne. Jest ono jednak wyraźnie modyfikowane przez takie zmienne kliniczne, jak nasilenie zaburzeń i faza choroby. Większe nasilenie i bardziej aktywny okres choroby osłabiają siłę związku między oceną kliniczną a subiektywną. Ta ostatnia staje się w tej sytuacji czymś bardziej

swoistym, mniej „klinicznym”, bardziej dopełniającym niż równoległym. Pełne znaczenie tego swoistego, „nieklinicznego” dopełnienia wynikającego z zastosowania skal kwestionariuszowych (jak FBS czy PD-S) pozostaje jeszcze do odkrycia. Stwierdzenia te dotyczą w jeszcze bardziej krańcowej postaci narzędzi wykorzystujących analogie graficzne, choć nie można wykluczyć, że (mimo zupełnego braku związku z oceną kliniczną) i one mają sobie właściwą, swoistą, „niekliniczną” wymowę, dopełniającą, uzupełniającą ocenę klinicysty lub może nawet alternatywną wobec niej.

*Trafność teoretyczna.* Analiza wewnętrznej struktury zespołu opisanego w subiektywnych ocenach chorego pozwala na zredukowanie obserwowanej zmienności do możliwie niewielkiej liczby bardziej ogólnych składników. Teoretyczno-kliniczna sensowność takiej redukcji może budować zaufanie do teoretycznej trafności porównywanych narzędzi. Ten rodzaj analizy dotyczył oczywiście tylko narzędzi o bardziej rozbudowanej budowie. W przypadku skali PD-S zgodnie z poglądem autora tej skali oraz wynikami jego badań dwie odrębne grupy zaburzeń: przeżycia paranoidalne („nastawienia”) i przeżycia depresyjne („nastroj”) analizowano odrębnie. Analiza czynnikowa podskali paranoidalnej kwestionariusza PD-S pozwoliła na wyodrębnienie rozwiązania z czterema czynnikami, zinterpretowanymi jako: poczucie zagrożenia, poczucie mocy, poczucie utraty kontroli, poczucie zmiany. Z kolei analiza czynnikowa depresyjnej podskali kwestionariusza PD-S pozwala na rozwiązanie z trzema czynnikami: przygnębienie, zubożenie, wycofanie się. Rozwiązania te mogą wskazywać, jakie trudności psychiczne doświadczane przez pacjentów najsilniej rzutują na „nastawienia i nastroj” odzwierciedlane w sposobie wypełniania kwestionariusza PD-S. Niesie to za sobą również sensowne odwołania do tradycji psychopatologii zaburzeń schizofrenicznych.

W przypadku skali FBS wewnętrzną strukturę samopoczucia pacjentów analizowano na podstawie wszystkich stwierdzeń kwestionariusza. Ostatecznie wyodrębniono sześć podstawowych składników, w których interpretacji można dostrzec subiektywne odniesienia do znanych wymiarów klinicznych: deficytowego (poczucie bezwolności), wytwórczego (poczucie nieufności, niepewności, niepokoju) oraz dezorganizacji (poczucie chaotyczności, drażliwość).

W badaniach auterek skali FBS [19], przeprowadzonych wśród 170 chorych, w wyniku analizy wyodrębniono jedynie dwa czynniki (*Hypersyndrom*, *Hyposyndrom*) i nie pokrywają się one w sposób konsekwentny z żadnym z wyodrębnionych w przedstawionym badaniu. 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.

W przypadku wszystkich analizowanych w ten sposób narzędzi uzyskano więc obraz wewnętrznej struktury badanych wymiarów („nastawień”, „nastroju”, „samopoczucia”) samooceny, który sensownie wpisuje się w teoretyczno-kliniczny obraz zespołów schizofrenicznych.

Wyniki zastosowania skal samooceny pozwalają na uznanie ich za diagnostycznie, treściowo i teoretycznie dostatecznie trafne w odniesieniu do oceny stanu psychicznego chorych na schizofrenię.

### Wnioski

1. Trafność skal samooceny jest zagadnieniem złożonym.
2. Trafność diagnostyczną rozumianą jako zbieżność z oceną klinicysty można ocenić jako umiarkowaną w przypadku złożonych skal kwestionariuszowych, a trafność diagnostyczną rozumianą jako zbieżność z wynikami alternatywnych narzędzi samooceny – jako zróżnicowaną, tj. wysoką w przypadku narzędzi o podobnej konstrukcji, niską w przypadku narzędzi o konstrukcji odmiennej.
3. Analiza trafności treściowej sugeruje, iż samoocena w wielu aspektach różni się od oceny klinicznej, zachowując przy tym pewną, interesującą specyficzność.
4. Przybliżenie do trafności teoretycznej uzyskiwane za pomocą analizy czynnikowej wskazuje, iż rozbudowane skale mają sensowną strukturę wewnętrzną, która mimo swej odmienności od oceny klinicznej nie jest z nią sprzeczna, lecz interesująco rozwija lub dopełnia różne wątki wiedzy klinicznej.
5. Ocena trafności wyznacza skalom samooceny rolę narzędzi dopełniających ocenę klinicysty, przy czym istotne znaczenie tego dopełnienia wymaga dalszych badań.

**Řęřęü nřęřölięć öñ'ćlićř' řćřiodliüö nćęd'nięřä: iölięř äññiäldiññč „Řęřęü irññřäelić' ċ irññdilić'” (ĐDS), „Ödřęöđęñņęřę řęřęü nřęř+öäññäć'” (FBS) ċ ääöó řęřę ċđęñlięüñię řiřęřäćč**

### Niäldćřići

**Čřäřići:** iölięř äññiäldiññč ċ „Řęřęü irññřäelić' ċ irññdilić'” (ĐDS), „Ödřęöđęñņęřę řęřęü nřęř+öäññäć'” (FBS) ċ ääöó řęřę ċđęñlięüñię řiřęřäćč =öäññäř äiělćřić (WAC) ċ nřęř+öäññäć' (WAS).

**Ĕliñä:** Čññęřäiřiři 210 äięüüö řćřiodlićiě ľ đřęřđiäiřię eććić+lięię eřđñčřię.

Nřęřölięć äięüüö nđřäićäřęć n đlćöëüññřęć iäiñädlęliñię eććić+lięię iölięię đđć đřięüć řęřę CGI, KOSS-C, BPRS, KOSS-W (äćřäiññč+lięř' äññiäldiññü). Đřiřięćčđiäřiřü nă ċř n ċćäđřiřüě eććić+lięćčć ċćęli'+ćäiññ' eć ċ iäülnñäliři-älięäđřöć+lięćčć đřęřčñlić' eć (äññiäldiññü niäldćřić'). Eđřiěl niäi, đđiäliäli öřęñđiüē řiřęćč ełñiäię äęřäiüö niññřäē' ťüćö n đññřöćłē Warimax (ñliđlić+lięř' öřęñđiř' äññiäldiññü).

**Đlćöëüññřü:** Eđđlić' öćć řęřę nřęřölięć ni řęřęřęć iölięć 'äē' ťññ' öēłđliüēć ä nēö+ř' ö řęřę äēiññřđć', iććęćł ä nēö+ř' ö řęřę ċđęñlięüñię řiřęřäćč. Řęřęü nřęřölięć ni nōiäiřię eřiñđđöćöćłē äüñięř eřđđliććđöťñ ełćäö niäię. Niäęřniññü nřęřölięć n iölięię eććićöćññř ċřäćñčñ iñ öřćü äiělćřić ċ đđi' äelić' irđöřlićē - äiěl' iććęř' ä đłđćiäřö iäiññđlićē äiělćřić, ř öälićē+ćäřliññ' ä öřćřö n ełiüřēć đđi' äelićē irđöřlićē. Noēēđřiüł đřęřčñlićē äięęřäiüö äēiññřđćłä nřęřölięć eřđđliććđöťñ äiěl' äüđřęliři n nćęđ'nięřęć, đđć+ćñē' lēüēć e řććiodlićē, iłćłēć ċiüē, ř äüäliēliřiüł đ'öięñü nřęřölięć (đřđřiřićäiřüē ċ äld'đliññčäiřüē) eřđđliććđöťñ n iñäł+řťüćčć ċē öliřiēliřiēiäć+lięćčć nćęđ'nięřęć eććić+lięię iölięć. N äđöäię nñđđiü, il iñel+liñ nă ċłē ełćäö nćęđ'nięřęć ċ đ'ñćöiđ'fñiēiäć+lięćčć đđi' äelić' eć n nřęřölięię đđć čñđřęüćäřićē řęřę ċđęñlięüñię řiřęřäćč. Öřęñđiüē řiřęćč nřęřölięć öęřćüäřliñ iř niññäliññäliřiöť äiöñđliřťť nñđöęñöđö đřñiäćē, ięřię eřñiđüö iř äüēć đřññđliřü (irññřäelić', irññdilić', nřęř+öäññäćł), ř eđřiěl niäi äüäliēliřiüł öřęñđiř äññiäldiř nă ċüäťť n ñliđlić+lięř-eććić+lięię eřđđlić' řććiodliüö nćęđ'nięřęćđ'ęłęñä.

**Äüäiäü:** Äññiäldiññü řęřę nřęřölięć 'äē' lññ' nēićiřię đđiäēliēię, đđć+lē řiřęćč đřęřčñliēłē äćřäiññč+lięię äññiäldiññč il niäldćřić' ċ ñliđlić+lięćö đđiäđřñüēię äřliñ ċē čäđřñü đřēü đřñiäćē, äiđřięř' ťüćö iölięć eććićöćññř, iłćłēć iñäł+řťüłē lē. Noülnñäliřił ċiř-lićłi ťññäi äiđřiēlić' ñđliäöln đřñēläöťüćö čññęřäiřićē.

## **Selbstbeurteilungsskalen für Intensität der Schizophreniesymptome: Beurteilung der Richtigkeit der „Skala der Einstellung und Stimmung“ (PD-S), „Frankfurter Befindlichkeitsskala“ (FBS) und zwei Skalen der Sichtanalogie**

### **Zusammenfassung**

**Ziel:** Die Beurteilung der Richtigkeit der „Skala der Einstellung und Stimmung“ (PD-S), „Frankfurter Befindlichkeitsskala“ (FBS) und zwei Skalen der Sichtanalogie: Krankheitsempfindung (WAC) und Befindlichkeit (WAS).

**Methode:** Es wurden 210 Schizophrenkranke mit differenzierter klinischer Charakteristik untersucht.

Die Selbstbeurteilung der Kranken wurde mit den Ergebnissen der gleichzeitigen klinischen Beurteilung mit Hilfe von Skalen: CGI, KOSS-C, BPRS und KOSS-W (diagnostische Richtigkeit) verglichen. Man analysierte ihre Zusammenhänge mit den ausgewählten klinischen und sozial-demographischen Variablen (Inhaltsrichtigkeit) und mit Hilfe der Methode der Hauptkomponente mit Varimax - Rotation (theoretische Faktorenrichtigkeit).

**Ergebnisse:** Die Zusammenhänge der Skalen der Selbstbeurteilung mit den Skalen der Beurteilung sind mäßig im Falle der Fragebogenskalen, niedrig bei Sichtanalogieskalen. Die Selbstbeurteilungsskalen mit ähnlicher Struktur hängen stark miteinander zusammen. Die Konvergenz der Selbstbeurteilung mit der Beurteilung des Klinizisten hängt von der Krankheitsphase und Intensität der Störungen – sie ist niedriger bei Krankheitssteigerung und höher in den Phasen der schwächeren Krankheitsintensität. Die summarischen Werte der ausgebauten Mittel der Selbstbeurteilung hängen stärker mit den Symptomen zusammen, die man für typisch für Schizophrenie hält als mit den anderen. Die ausgesonderten Konstrukte der Selbstbeurteilung (paranoid und depressiv) hängen mit den ihnen phänomenologisch entsprechenden psychopathologischen Ausmaßen der klinische Beurteilung zusammen. Dagegen hat man keine Zusammenhänge zwischen den Symptomen, den psychopathologischen Ausmaßen und der Selbstbeurteilung mit Hilfe von den Skalen der Sichtanalogie bemerkt. Die Faktorenanalyse der Selbstbeurteilungsskalen zeigt auf eine sinnvolle innere Struktur der Konstrukte, um die sie gebaut wurden (Einstellung, Stimmung, Befinden), und außerdem knüpfen die ausgesonderten Faktoren sinnvoll an das theoretisch-klinische Bild der Schizophreniesyndrome an.

**Schlussfolgerungen:** Die Richtigkeit der Selbstbeurteilungsskalen ist eine zusammengesetzte Frage. Die Analyse der Faktoren der diagnostischen, inhaltlichen und theoretischen Richtigkeit setzt ihnen eine Rolle der Mittel fest, die die Beurteilung des Klinizisten eher bedeutend ergänzen als ihr entsprechen. Die wesentliche Bedeutung dieser Ergänzung erfordert weitere Forschungen.

## **Les échelles de l'auto-analyse de l'intensité des symptômes de schizophrénie: estimation de la justesse de Paranoïde-Depressivity Scale (PD-S), de Frankfurt Self-feeling Scale (FBS) et de deux échelles de l'analogie visuelle**

### **Résumé**

**Objectif:** Estimation de la justesse de Paranoïde-Depressivity Scale (PD-S) et de Frankfurt Self-feeling Scale (FBS) et de deux échelles de l'analogie visuelle – sentiment de maladie (WAC) et d'état général de santé (WAS).

**Méthode:** 210 schizophrènes avec les caractéristiques cliniques diverses.

Auto-analyses des patients sont comparées avec les caractéristiques cliniques à l'aide des

échelles – CGI, KOOS-C, BPRS, KOSS-W (justesse diagnostique), on analyse les corrélations avec les variables cliniques choisies (justesse matérielle) et on les analyse à l'aide de la rotation factorielle Varimax (justesse factorielle).

**Résultats:** Corrélations des échelles de l'auto-analyse et d'estimation clinique sont moyennes dans le cas des questionnaires et basses dans le cas des échelles d'analogie visuelle. Les échelles de l'auto-analyse qui ont la construction pareille sont en corrélation assez élevée entre elles. La convergence des échelles de l'auto-analyse et de l'analyse clinique dépend de la phase de la maladie et de l'intensité des symptômes – elle est plus basse dans la phase plus grave de la maladie et elle accroît quand l'intensité des symptômes diminue. Le total des valeurs des instruments de l'auto-analyse corrèle plus fort avec les symptômes considérés comme typiques pour la schizophrénie qu'avec les autres, les coefficients définis (paranoïde et dépressif) corrèle avec les coefficients relatifs du diagnostic clinique. Pourtant on ne note pas de corrélations des symptômes et des dimensions psychopathologiques et l'auto-analyse quand on utilise les échelles de l'analogie visuelle. L'analyse factorielle démontre la structure interne juste des échelles, les facteurs qui les forment sont bien construits (tels que état d'âme, humeur, disposition), ces facteurs choisis se lient avec l'image clinique et théorique de schizophrénie.

**Conclusions:** Justesse de ces échelles est le problème complexe, l'analyse des facteurs de la justesse diagnostique, matérielle et théorique montre que ces instruments complètent plutôt les instruments cliniques que leur correspondent et que l'importance de ce supplément exige encore des recherches.

### Písmiennictwo

1. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer; 1973.
2. Kępiński A. *Poznanie chorego*. Warszawa: PZWL; 1989
3. Jarosz M. *Lekarz psychiatra i jego pacjent*. Warszawa: PZWL; 1982.
4. Faloan IRH. *Optimal Treatment Project OTP*. Newsletter, Sept. 1994.
5. Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prawad R, Harvey C, Bering S. *Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation*. Psychol. Med. 1989; 19 (3): 649–656.
6. Möller HJ, Zerssen D, von. *Die prognostische Bedeutung psychopathometrischer Aufnahme- und Entlassungsbefunddaten Schizophrener Patienten*. Arch. Psychiatr Nervenkr. 1981; 231: 13–34.
7. Möller HJ, Zerssen D, von. *Psychopathometrische Verlaufsuntersuchungen an Patienten mit Schizophrenien und verwandten Psychosen*. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 1981; 230: 275–292.
8. Möller HJ, Zerssen D, von. *Outcome in Schizophrenic and Similar Paranoid Psychoses*. Schizophr. Bull. 1982; 8, 1: 99–106.
9. Zerssen D, von. *Selbstbeurteilungs-Skalen zur Abschätzung des „subjektives Befundes“ in psychopathologischen Querschnitt- und Langschnitt-Untersuchungen*. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 1973; 217: 299–314.
10. 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. 2003; 2: 315–335.
11. Finn SE, Bailey M, Schultz RT, Faber R. *Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia*. Psychol. Med. 1990; 20: 843–848.
12. Day JC, Wood G. *A self-rating scale for measuring neuroleptic side-effects. Validation in group of schizophrenic patients*. Brit. J. Psychiatry 1995; 166: 650–653.

13. 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: 381–388.
14. Hobi V. *Selbstbeurteilungsfragebogen – Faktorielle Struktur und Hinsweise für die Praxis*. Schweizer Archiv für Neurologie. Neurochir. Psychiatr. 1984; 134, 1: 131–142.
15. Maurer Y, Dittrich A. *Vergleich von Selbst- und Fremdbeurteilung bei schizophrenen Patienten*. Pharmakopsychiatr. 1979; 12: 375–382.
16. Priebe S, Gruyters T. *Patients' and caregivers' initial assessments of day hospital treatment and course of symptoms*. Compr. Psychiatr. 1994; 35, 3: 234–238.
17. Priebe S, Gruyters T. *Patients assessment of treatment predicting outcome*. Schizophr. Bull. 1995; 21: 87–94.
18. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity*. Psychol. Med. 1983; 13: 177–183.
19. Süllwold L, Herrlich J. *Frankfurter Befindlichkeits-Skala (FBS)*. Berlin: Springer; 1987.

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