

Kwestionariusz objawowy S-III

Symptom checklist S-III

Jerzy W. Aleksandrowicz, Jerzy A. Sobański

Katedra Psychoterapii UJ Collegium Medicum
p.o. kierownika katedry: dr hab. n. med. K. Rutkowski

Summary

Aim. Symptom checklists enable clinicians and researchers to quickly estimate the probability of neurotic disorder presence. To pursue this goal, they should include a possibly limited number of items, describing symptoms most prevalent in the disordered population. Fluctuations in that prevalence force researchers to prepare new variants of checklists every few years, therefore the next (current) version of the checklist “S” for screening has been prepared.

Method. The Symptom checklist S-III includes items regarding occurrence and intensity of 82 symptoms, chosen according to their highest prevalence in 1872 patients diagnosed before admission to psychotherapy in the years 2004–2008, because of neurotic disorders. There is the “truthfulness scale” included in the checklist, which enables an estimation of reliability of answers. Norms are calculated in the groups of 301 non-patients and 508 patients before admission to psychotherapy in 2009–2010.

Results. The cutoff point between Global Symptom Levels (OWK) in the nonclinical population and patients before admission to psychotherapy is estimated, and the value of 146 points for both men and women is suggested.

Conclusions. Symptom checklist S-III has satisfactory psychometric properties and can be applied in a quick diagnosis of neurotic disorders occurrence.

Słowa kluczowe: kwestionariusz objawowy, zaburzenia nerwicowe, badania przesiewowe, diagnostyka
Key words: symptom checklist, neurotic disorders, screening, diagnostics

Kwestionariusze objawowe, pozwalające uzyskać informacje o występowaniu i nasileniu zaburzeń czynnościowych, od wielu lat są szeroko stosowane w diagnostyce i badaniach epidemiologicznych. Najbardziej znany jest SCL-90, który rejestruje szerokie spektrum objawów – głównie nerwicowych, ale także psychotycznych [1]. Potrzeba dysponowania narzędziem, specyficznym ukierunkowanym na opis zaburzeń nerwicowych, zadecydowała o opracowaniu kwestionariusza „O”, umożliwiającego rejestrację 135 objawów z obszarów przeżywania, funkcji somatycznych i zachowania, oraz jego skróconej wersji („S”), pozwalającej na możliwie szybkie rozpoznanie

Badanie nie było sponsorowane.

istnienia zaburzenia nerwicowego [2]. Kryterium diagnostycznym jest wielkość OWK (ogólna wartość kwestionariusza) wynikająca z sumowania punktów przyznawanych odpowiedziom określającym występowanie i nasilenie objawu: 0 – dolegliwość w ubiegłym tygodniu nie występowała, 4 – była nieznacznie uciążliwa, 5 – była średnio uciążliwa, 7 – była bardzo uciążliwa.

Określenie granicy, powyżej której wartości OWK występują istotnie częściej u osób mających dolegliwości nerwicowe, niż u osób nie chorujących na te zaburzenia, pozwala ze znacznym prawdopodobieństwem stwierdzić obecność zaburzenia nerwicowego. Nie pozwala jednak na diagnozę rodzaju tego zaburzenia w kategoriach ICD-10 [3] ani DSM-IV. Próby stworzenia skal kwestionariusza związanych z tymi kategoriami napotykały trudności, najprawdopodobniej będące konsekwencją małej adekwatności kategorii klasyfikacyjnych do rzeczywistego obrazu zaburzeń [2, 4].

Kwestionariusz objawowy „O”, pozwalający na możliwie obszerny opis syndromu objawów nerwicowych (138 zmiennych – w tym trzy powtórzone w celu umożliwienia oceny rzetelności wypełnienia kwestionariusza) – jest od wielu lat z powodzeniem stosowany zarówno w diagnostyce, jak i do oceny zmian nasilenia objawów, np. następujących w wyniku leczenia. Jest jednak zbyt rozbudowany, by można było używać go do szybkiej oceny typu przesiewowego, w badaniach epidemiologicznych itp. Dla tych celów stworzono kwestionariusz „S”, którego kolejne warianty zostały opublikowane w latach 1981 i 2000 [5, 6]. Przyjęto założenie, że zmienne składające się na kwestionariusz, którego zadaniem jest wyłonienie z badanej populacji osób chorujących na zaburzenia nerwicowe, powinny dotyczyć aktualnie najpowszechniejszych rodzajów dysfunkcji. Ponieważ częstość występowania poszczególnych objawów, składających się na obraz zaburzenia nerwicowego, zmienia się okresowo, najprawdopodobniej w związku ze zmianami czynników socjokulturowych [7, 8, 9, 10], istnieje potrzeba tworzenia co kilka lat nowych wariantów takiego narzędzia. Dlatego konstrukcję kwestionariusza S-II oparto na badaniach częstości poszczególnych objawów u chorych leczonych w latach 1996–1999 [8], a kwestionariusza S-III – leczonych w latach 2005–2008.

Material i metody

Zmienne dotyczące najczęściej występujących objawów wybrano na podstawie analizy kwestionariuszy objawowych „O” wypełnianych w toku procesu diagnostycznego poprzedzającego przyjęcie do leczenia w związanych z Katedrą Psychoterapii UJ CM specjalistycznej poradni i oddziale dziennym Szpitala Uniwersyteckiego UJ, zajmujących się terapią zaburzeń nerwicowych i osobowości.

Spośród 2167 kwestionariuszy, wypełnionych przez 1506 kobiet i 661 mężczyzn w latach 2005–2008, wybrano 1872 (1287 wypełnionych przez kobiety, 585 wypełnionych przez mężczyzn), w których ogólna wartość kwestionariusza¹ potwierdziła diagnozę zaburzenia nerwicowego, i określono częstość zgłaszania każdego ze 135 objawów w tygodniu poprzedzającym badanie.

¹ OWK u kobiet powyżej 200 pkt, u mężczyzn powyżej 165 pkt.

W wyborze zmiennych kierowano się dwoma kryteriami: stwierdzeniem obecności objawów przez co najmniej połowę grupy badanych kobiet lub mężczyzn i częstością ich największego możliwego nasilenia (zaznaczania w skali typu Likerta, tzn. 0–a–b–c), odpowiedzi „c” – wskazującej na bardzo znaczną dokuczliwość objawu). Eksperymentalnie określono w badaniach pilotażowych, że objaw powinien być brany pod uwagę, jeśli co najmniej 36,3% populacji badanych informuje o jego znacznym nasileniu (odpowiedź „c”).

Porównanie wyników analiz częstości objawów występujących w populacji pacjentów, którzy zgłosili się do leczenia z powodu zaburzeń nerwicowych w latach 1996–1999 i 2005–2008 ujawniło, że w okresie 2005–2008 rzadziej, niż w poprzednim okresie (u mniej niż 50% populacji), występowało siedem objawów. Były to głównie dolegliwości somatyczne („nadmierne pragnienie lub łaknienie”; „nieokreślone, wędrujące bóle”; „zaburzenia równowagi”; „przykre odczucia lub ból powstające pod wpływem hałasu, jasnego światła, lekkiego dotyku”) i nastawienie hipochondryczne („odczucie, że jesteś chory na jakąś ciężką, zagrażającą Twojemu życiu chorobę”) oraz dysfunkcje seksualne („trudności w pożyciu seksualnym – np. z powodu bólu lub skurczu u kobiet, braku wzwodu lub przedwczesnego wytrysku u mężczyzn itp.”) i „obniżenie potencji płciowej”. Natomiast częściej, niż w okresie 1996–1999, występowało osiem innych objawów: natręctwa („błuzniercze lub nieprzyzwoite myśli i wyobrażenia”, „przymus niepotrzebnego powtarzania czynności”); „trudności w kontaktach z osobami przeciwnej płci”; „odczucie, że świat jest jakby za mgłą”; „pograżanie się w marzeniach na jawie”, a spośród somatycznych – „czerwienienie się na twarzy, szyi”; „nudności, mdłości” i „wzdęcia, bezwiedne oddawanie gazów”.

Wśród 82 zmiennych włączonych do kwestionariusza S-III 69 dotyczy objawów, których obecność stwierdzono u co najmniej 50% (do 99%) zarówno w podgrupie kobiet jak i mężczyzn (na ogół nieco częściej u kobiet, ale 14 z nich występowało częściej u mężczyzn niż u kobiet), 10 objawów, których częstość przekraczała 50% tylko w podgrupie kobiet, i 3 – tylko w podgrupie mężczyzn. Różnice częstości objawów u kobiet i mężczyzn przekraczały 5%, największą – ponad 40% – stwierdzono w przypadku skłonności do płaczu (częściej występującej u kobiet). W jednej zmiennej decydującym kryterium było znaczne nasilenie objawu, przy częstości jego stwierdzenia jedynie u 48%.

W kwestionariuszu powtórzono 5 zmiennych (pary nr 2–52 – uczucie dokuczliwe, wewnętrzne napięcia; nr 8–35 – wielokrotne, utrudniające życie sprawdzanie, czy wszystko zostało dokładnie wykonane (drzwi zamknięte, gaz zakręcony itp.); nr 11–75 – dławienie w gardle, uczucie jakby „kuli w gardle”; nr 15–80 – szybkie, silne bicie serca nie uzasadnione wysiłkiem fizycznym, i nr 16–67 – uczucie smutku, przygnębienia), tworząc „skalę nierzetelności”, mogącą ujawniać przypadkowe zaznaczanie odpowiedzi. Zgodność odpowiedzi o występowaniu i nasileniu objawu świadczy o wiarygodności informacji. Przyjęto, że o nierzetelności wypełniania kwestionariusza świadczy przede wszystkim brak zgodności w odnotowaniu obecności dolegliwości i taką różnicę (w jednej zmiennej odpowiedź „0” – w drugiej „a”, „b” lub „c”) oszacowano na 5 pkt., natomiast różnicę w ocenie nasilenia objawu o jeden stopień oszacowano na 1pkt, o 2 stopnie („nieznacznie uciążliwy – bardzo uciążliwy”) – na 3

pkt. Wynik w tej skali wynoszący powyżej 12 pkt. uznano za świadczący o znacznym prawdopodobieństwie mało wiarygodnego wypełnienia kwestionariusza.

Normalizacja kwestionariusza

W badaniach tych posłużono się kwestionariuszami wypełnionymi przez osoby, które zgłosiły się do leczenia i były diagnozowane w poradni leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w okresie 2009–2010. Grupę kontrolną stanowili głównie studenci IV roku medycyny, a także osoby podejmujące kształcenie podyplomowe z zakresu psychoterapii i uczestnicy innych kursów dokształcających, prowadzonych przez Katedrę Psychoterapii UJ CM.

Wyniki

Rzetelność kwestionariusza określono na podstawie badania populacji 508 pacjentów i 301 osób nie leczonych. W grupie pacjentów współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,97 (ogółem oraz w grupach kobiet i mężczyzn), współczynnik rzetelności połówkowej Guttmana 0,95 (ogółem oraz w grupach kobiet i mężczyzn). W grupie osób nie leczonych współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,94 (ogółem oraz w grupach kobiet i mężczyzn), współczynnik rzetelności połówkowej Guttmana 0,93 (wśród kobiet 0,94, mężczyzn 0,92).

Średnia wartość OWK kwestionariusza S-III w populacji 508 osób (361 kobiet i 147 mężczyzn), które leczyły się z powodu zaburzeń nerwicowych i/lub specyficznych zaburzeń osobowości, wynosiła 293 pkt. dla kobiet i 259 pkt. dla mężczyzn (różnica istotna statystycznie $p < 0,0001$), odchylenia standardowe: 114 pkt. dla kobiet i 119 pkt. dla mężczyzn, mediany odpowiednio 291 pkt. i 258 pkt., wartości minimalne: 42 pkt. i 10 pkt., a maksymalne: 573 pkt. i 512 pkt., dolne kwartyle: 206 pkt. i 168 pkt., górne kwartyle: 376 pkt. i 349 pkt.). W populacji 301 osób nie leczonych (227 kobiet i 74 mężczyzn) średnia wartość wynosiła 89 pkt. dla kobiet i 87 pkt. dla mężczyzn (różnica nieistotna statystycznie $p > 0,05$), odchylenia standardowe: 62 pkt. dla kobiet i 61 pkt. dla mężczyzn, mediany odpowiednio 75 pkt. i 66 pkt., wartości minimalne: 0 pkt. i 8 pkt., a maksymalne: 391 pkt. i 267 pkt., dolne kwartyle: 44 pkt. i 42 pkt., górne kwartyle: 115 pkt. i 125 pkt.).

Granice normy

Metodą optymalizacji punktu odcięcia stwierdzono w populacji 361 kobiet, które zgłosiły się do leczenia i 227 nie leczonych, że przy wartości OWK = 146/147 pkt., u 89,5% chorych wartości te są wyższe, a u 86,4% nie leczonych niższe od tej granicy. W populacji 147 mężczyzn zgłaszających się do leczenia i 74 nie leczonych, przy wartości OWK = 145/146 pkt. u 78,4% chorych wartości te są wyższe, a u 86,5% nie leczonych – niższe od tej granicy.

Po eliminacji kwestionariuszy, w których wartość skali nierzetelności przekraczała 12 pkt., powtórzono te obliczenia w nieco mniejszych populacjach – 354 kobiet

(98%) zgłaszających się do leczenia i 226 (96%) nie leczonych. W tym porównaniu, przy wartości 146/147 pkt., 89,3% kobiet, które zgłosiły się do leczenia, miało wynik wyższy, a 87,2% kobiet z grupy kontrolnej – niższy od tej wartości. W populacji 147 (100%) mężczyzn zgłaszających się do leczenia i 70 (95%) nie leczonych, u których wartość skali nierzetelności nie przekraczała 12 pkt., przy wartości 145 i 146 pkt. – u 78,4% chorych wartości OWK okazały się wyższe, a u 87,1% nie leczonych – niższe od tej granicy.

Okazało się jednak, że taka zasada eliminowania kwestionariuszy nierzetelnie wypełnionych budzi wątpliwości. Mimo wyniku poniżej 12 pkt. w skali nierzetelności, w kwestionariuszach wielu osób zdarzały się różnice między odpowiedzią świadcząca o nieobecności objawu i odnotowanie jego obecności w drugim z pytań o ten sam objaw. Sytuacje takie stwierdzano częściej w grupie kontrolnej (54% mężczyzn, 49% u kobiet) niż w grupie pacjentów (43% mężczyzn i 34% kobiet). Wyeliminowanie takich kwestionariuszy z populacji kobiet nie zmieniło wskazań optymalnego punktu odcięcia, w populacji mężczyzn praktycznie uniemożliwiło obliczenia.

Określono także korelacje wyników kwestionariusza S-III: z kwestionariuszem objawowym „O” – 0,85 ($p < 0,0005$) (kwestionariusz „S” wykorzystuje ok. 2/3 z puli zmiennych kwestionariusza „O”); ze Skalą Lęku Społecznego (SAD) – 0,35 ($p < 0,0005$); ze Skalą Lęku przed Negatywną Oceną (FNE) – 0,30 ($p < 0,0005$). Te ostatnie dwa kwestionariusze wypełniło 208 osób z tej samej populacji chorych.

Wnioski i dyskusja

W związku z przedstawionymi wyżej wynikami analiz przyjęto za uzasadnione uznanie, że progowa wartość OWK = 146 pkt., niezależnie od płci badanych, dobrze różnicuje wyniki kwestionariuszy osób chorujących na zaburzenia nerwicowe i nie chorujących na nie, zarazem chroniąc przed zbyt pochopnym rozpoznawaniem tych zaburzeń. Przy przyjęciu tego progu, prawdopodobieństwo uznania osoby chorej na zaburzenia nerwicowe za nie mającą takich zaburzeń jest niewielkie – w niewyselekcjonowanej populacji (zgłaszającej się do leczenia głównie z powodu zaburzeń nerwicowych, ale także specyficznych zaburzeń osobowości, zaburzeń odżywiania się itp.), tylko u ok. 10% kobiet i ok. 21% mężczyzn wartości OWK były niższe od tego progu.

W populacjach kobiet i mężczyzn częstość występowania objawów nerwicowych jest podobna, wydaje się, że obecnie nawet bardziej niż w latach 1996–1999. W tym wcześniejszym okresie tylko 48 objawów (z 81) występowało równie często w obu podgrupach, obecnie aż 69 z 82. Może to świadczyć o zanikaniu jakościowych, zależnych od płci badanych, różnic obrazu klinicznego zaburzeń nerwicowych. Tylko dwa z objawów – skłonność do płaczu i nudności, mdłości – występowały znacznie (ponad 20%) częściej w podgrupie kobiet, a jeden – błąźniercze lub nieprzyzwolone myśli i wyobrażenia – częściej u mężczyzn. Wydaje się, że może to wiązać się z postępującą w ostatnich latach zmianą specyfiki funkcjonowania w społecznej roli kobiety, polegającą na podejmowaniu ról tradycyjnie przypisywanych mężczyznom. Można domniemywać, że – analogicznie do sposobu funkcjonowania – także rodzaj

przeżyć związanych z tym funkcjonowaniem (np. konfliktów), wyrażanych poprzez objawy nerwicowe, jest u kobiet i u mężczyzn coraz bardziej podobny. Jednak, tak jak w innych badaniach, ogólne nasilenie zaburzeń (wartość OWK) okazało się u kobiet większe niż u mężczyzn.

Zaskakująca wydaje się stosunkowo mała rzetelność wypełniania kwestionariuszy, podająca w wątpliwość zasady oceny opartej na opracowanej skali. Częstość przekraczania granicy 12 pkt. okazała się niewielka (ok. 5% populacji), natomiast odmienne odpowiedzi o spostrzeganiu lub niespostrzeganiu występowania objawu w jednej z par powtórzonych zmiennych stwierdzano w 30–50% kwestionariuszy. Niezgodności takie występowały częściej w grupach osób nie leczonych niż w grupach osób zgłaszających się do leczenia, co wydaje się związane z odmienną motywacją do starannego wypełnienia kwestionariusza, wskazuje jednak na znaczną możliwość błędnej interpretacji wyników pomiaru u osób zgłaszających się do leczenia. Wydaje się, że kryterium uznania kwestionariusza za nierzetelnie wypełniony powinno być przede wszystkim stwierdzenie chociażby jednej różnicy odpowiedzi o spostrzeganiu lub niespostrzeganiu występowania objawu. Należy jednak brać pod uwagę także różnice w ocenie nasilenia objawów, również wskazujące na ograniczoną wiarygodność odpowiedzi, a w związku z tym – informacji o istnieniu (lub nieobecności) zaburzenia nerwicowego, wynikającej z wielkości OWK.

Granica normy dla wartości kwestionariusza S-III (punkt odciążenia) jest usytuowana na znacząco niższym poziomie (146 pkt.) niż w przypadku kwestionariusza S-II (165 pkt.). Nie tłumaczy tego zależność wielkości OWK od liczby zmiennych, zwłaszcza że kwestionariusz S-III liczy więcej zmiennych (o jedną) niż S-II. Nie można tego wyjaśnić także różnicą liczebności grup – wprawdzie w badaniu przeprowadzonym w okresie 1999–2000 populacja kobiet nie leczonych liczyła tylko 89, mężczyzn 61 (obecnie 227 kobiet i 74 mężczyzn), a populacja osób zgłaszających się do leczenia – 414 kobiet i 179 mężczyzn (obecnie 361 kobiet i 147 mężczyzn), trudno jednak zakładać, że jest to przyczyną tak znacznej różnicy punktów odciążenia. Być może, w latach 2005–2008 zgłaszały się do leczenia osoby z mniejszym nasileniem objawów niż w latach 1996–1998. Mogłoby to oznaczać zmniejszenie trudności i obaw przed konsekwencjami podjęcia decyzji o leczeniu.

Wymagają refleksji odsetki osób zgłaszających się do leczenia, u których OWK wynosiło mniej niż 146 pkt., i osób nie leczonych, u których wskaźnik ten przekraczał wartość 146 pkt. W populacjach osób zgłaszających się do leczenia znaczna większość chorowała na zaburzenia nerwicowe. Niektórzy pacjenci, u których rozpoznawano przede wszystkim zaburzenia osobowości, w chwili badania mieli niewiele takich objawów (jednak w czasie leczenia u wielu z nich dochodziło do znacznego nasilenia objawów nerwicowych). Zrezygnowano z wyłączenia tych chorych z badanej grupy ze względu na nieprecyzyjność diagnoz sformułowanych w kategoriach klasyfikacji ICD-10. Najprawdopodobniej z tego powodu u ok. 10% kobiet i ok. 21% mężczyzn, zgłaszających się wyłącznie z powodu zaburzeń osobowości, wyniki kwestionariusza były niższe od 146 pkt.

Powyższe dane różnią się od uzyskanych, w toku normalizacji kwestionariusza S-II, pięć lat temu. W populacji osób zgłaszających się do leczenia ok. 12% kobiet

i ok. 13% mężczyzn miało wyniki niższe od wartości 165 pkt. Może to prowadzić do przypuszczenia, że obecnie częściej zgłaszają się do leczenia mężczyźni chorujący na zaburzenia osobowości i inne zaburzenia czynnościowe, przebiegające bez objawów nerwicowych. Wzrost z ok. 13% do ok. 20% oczywiście może mieć charakter przypadkowy, jest to jednak zgodne z obserwacjami klinicznymi. Natomiast osoby z populacji nie leczonej, u których wskaźnik OWK przekraczał 146 pkt., stanowiące do 14% tych grup – to najprawdopodobniej osoby chorujące na zaburzenia nerwicowe. Jak wiadomo z badań epidemiologicznych, w tych granicach kształtuje się odsetek chorych na te zaburzenia stwierdzany w populacjach miejskich [11,12,13].

Nie ma więc podstaw do przyjęcia, że częstość zaburzeń nerwicowych w populacji nie leczonej zmieniła się w ciągu 10 lat, które upłynęły między opisywanymi badaniami. Wydaje się jednak, że zmienił się obraz kliniczny tych zaburzeń. W miejsce dysfunkcji somatycznych i seksualnych częste stały się natręctwa (zwłaszcza „błuzniercze lub nieprzyzwoite myśli i wyobrażenia”) i „trudności w kontaktach z osobami przeciwnej płci”, także objawy derealizacyjne. Może to wiązać się ze wzrostem społecznej akceptacji dla rozmaitych zachowań seksualnych, przy równoczesnym znacznym oporze (np. Kościola) względem tych trendów kulturowych. Niemniej, zjawisko to – podobnie jak wzrost częstości objawów derealizacyjnych oraz trzech szczególnych dysfunkcji somatycznych („czerwienienie się na twarzy, szyi”; „nudności, mdłości” i „wzdęcia, bezwiedne oddawanie gazów”) – wymaga odrębnych poszukiwań i analiz interpretacyjnych.

W opracowaniu kwestionariusza S-III zrezygnowano z tworzenia skal, w szczególności z poszukiwania możliwości zbudowania skal odpowiadających kategoriom zaburzeń nerwicowych wymienionych w ICD-10. Analiza odpowiedzi na zmienne kwestionariuszy ujawnia dostrzeganie przez większość respondentów dolegliwości związanych z objawami rozmaitych rodzajów zaburzeń nerwicowych wymienianych w klasyfikacjach. Podobne, stwierdzone w innych badaniach, wartości współczynników korelacji częstości występowania większości dysfunkcji opisywanych przez zmienne kwestionariuszy „O” i „S” powodują, że podziały taksonomiczne i analizy czynnikowe prowadzą do wątpliwych wniosków. Codzienne doświadczenie kliniczne skłania do przekonania, że posługiwanie się takimi skalami prowadzi do deformacji opisu obrazu klinicznego i przykrawania go do definicji, którymi posługuje się system klasyfikacyjny.

Najprawdopodobniej, konstrukcja odrębnych kategorii „zaburzeń”, oparta na zespołach objawów, wynika w jakiejś mierze z tego, że pacjenci ujawniają w toku bezpośredniego kontaktu diagnostycznego tylko niektóre ze swoich dolegliwości i to niekoniecznie te najbardziej dokuczliwe. Jak się wydaje, mają tu jakieś znaczenie oczekiwania badających – pacjent, przekonany, że bada go lekarz, przedstawia inne spośród swoich objawów niż wówczas, gdy sądzi, że bada go psycholog. Innym powodem jest wiedza badanych o istnieniu i obrazie zaburzeń, bezwiednie skłaniająca do ich prezentacji zgodnej z tą wiedzą.

Obowiązek sformułowania takiej diagnozy zmusza badających do pomijania w opisach pacjentów wielu objawów, które nie mieszczą się w kryteriach „zaburzenia” lub do konstruowania rozpoznań, łączących nazwy wielu kategorii. W diagnozowaniu

zaburzeń nerwicowych często przyjmowanym rozwiązaniem tej trudności stało się preferowanie rozpoznania zaburzeń osobowości (zwłaszcza „nieokreślonych”) i pomijania ewentualnej diagnozy zaburzenia nerwicowego. Takie rozwiązanie wydaje się szczególnie szkodliwe, gdyż odwraca uwagę terapeutów od objawów nerwicowych, których znaczenie może być kluczem do zrozumienia istoty dysfunkcji. Poza tym sprawa to wrażenie znacznie częstszego występowania i leczenia zaburzeń osobowości.

Innym, często stosowanym, rozwiązaniem jest przyjmowanie współwystępowania u jednego chorego kilku różnych zaburzeń nerwicowych. Prowadzi to do traktowania tych zaburzeń tak, jakby stanowiły odrębne jednostki chorobowe, a nie konstrukty nozograficzne, i – w przypadku farmakoterapii – stosowania leków, uznawanych za użyteczne w tych zaburzeniach.

Dlatego wydaje się słuszniejsze przywiązywanie większej wagi do stwierdzenia obecności zaburzenia nerwicowego niż do diagnozy rodzaju tego zaburzenia w kategoriach ICD-10 i rezygnacja z poszukiwania możliwości skonstruowania skal, potwierdzających taką diagnozę.

Dodatkowym utrudnieniem posługiwania się kategoriami diagnostycznymi jest znaczna zmienność obrazu klinicznego pacjentów chorujących na zaburzenia nerwicowe, najprawdopodobniej związana z modyfikacjami rodzaju patogennych czynników socjokulturowych. Jest to jedna z przyczyn konieczności stosunkowo częstych zmian systemu klasyfikacji i nazewnictwa tj. przekonania o zanikaniu jednych, a zwiększeniu się częstości innych rodzajów tych zaburzeń.

Zmiany w obrębie zespołu objawowego są często obserwowanym efektem psychoterapii (w wyniku tych oddziaływań diagnoza początkowa może znacznie różnić się od diagnozy w czasie leczenia, a tym bardziej po jego zakończeniu – co zaskakuje zwłaszcza w przypadku braku poprawy). Okazuje się jednak także, że już w okresie oczekiwania na rozpoczęcie leczenia obserwuje się znaczną niestabilność syndromu objawów nerwicowych. Jego zmienność sięga występowania 50% objawów, zgłoszonych w pierwszym z dwóch kolejnych pomiarów wykonywanych przed rozpoczęciem leczenia [14].

Zjawisko zmienności objawów zaburzeń nerwicowych skłania do ostrożnej interpretacji wyników uzyskanych za pomocą kwestionariuszy objawowych. Jednym z głównych wniosków przedstawionych tu badań wydaje się zalecenie częstego (co 5–10 lat) rekonstruowania kwestionariuszy, mających służyć celom „selekcyjnym” w badaniach epidemiologicznych i w szybkiej diagnozie zaburzeń nerwicowych (np. w lecznictwie podstawowym). Kwestionariusz S-III będzie więc mógł pełnić to zadanie tylko przez kilka najbliższych lat.

Симптоматический глоссарий С-III

Содержание

Задание. Оценка симптоматических глоссарий, обуславливающих быстрое определение правдоподобности присутствия невротического нарушения. Такое пособие должно состоять из небольшого числа изменчивых, чаще всего относящихся к наиболее часто появляющихся симптомов. Изменения этой частоты требуют изыскания новых вариантов глоссария в несколькихлетних промежутках, а поэтому предложена новая версия, применяемая для скрининговых исследованиях селективного глоссария. „С”.

Метод. Выбраны 82 симптома, наиболее часто появляющиеся в популяции 1872 человек, диагностированных перед началом лечения по поводу невротических нарушений в 2005–2008 годах. При повторении 5 из вопросов о появлении и утяжелении этих симптомов составлена „шкала достоверности“, обуславливающая оценки достоверности ответа. Нормализация проведена по отношению к группе 301 больного, но не леченных и 508 лиц, обращающихся за лечением в 1009–2010 годах.

Результаты. Оценена пограничная ценность отличающая общую ценность глоссария нелеченных людей от результатов у лиц, обращающихся за лечением (пункт отреза). Приняты границы нормы для женщин и мужчин на уровне 146 пунктов.

Выводы. Глоссарий С-III обладает удовлетворительными психометрическими особенностями и может быть использован для быстрой верификации наличия невротических нарушений.

Symptome-Fragebogen S-III

Zusammenfassung

Ziel. Symptome-Fragebögen ermöglichen eine schnelle Bestimmung der Wahrscheinlichkeit einer Nervenstörung, sie sollen aus einer kleinen Variablenzahl bestehen, die sich auf die am häufigsten auftretenden Symptome beziehen. Die Veränderungen dieser Häufigkeit erfordern die Bildung neuer Fragebögen-Variante in den Zeitabstand je einige Jahre, deshalb wurde eine folgende Version des Fragebogens „S“ bearbeitet.

Methode. Es wurden 82 Symptome ausgewählt, die am häufigsten in der Population unter den 1872 Personen auftraten, die bei ihnen vor dem Beginn der Behandlung wegen Nervenstörungen in den Jahren 2005-2008 diagnostiziert wurden. Man wiederholte 5 Fragen nach dem Auftreten und Intensität der Symptome und bildete damit die „Reliabilitätsskala“, die die Reliabilität der Antworten beurteilt. Die Normalisierung wurde im Bezug auf die Gruppe der 301 nicht-behandelten Personen und 508 Personen durchgeführt, die sich zur Behandlung in den Jahren 2009-2010 gemeldet hatten.

Ergebnisse. Man schätzte den Grenzwert, der den Allgemeinen Wert des Fragebogens der nicht behandelten Personen von den sich zur Behandlung meldenden unterscheidet (Cut-Off). Man nahm die Normgrenze für Frauen und Männer bei 146 Punkten.

Schlussfolgerungen. Der S-III Fragebogen hat zufriedenstellende psychometrische Merkmale und kann zur schnellen Verifizierung der Nervenstörungen angewandt werden.

Le questionnaire des symptômes S-III (symptômes checklist S-III)

Résumé

Objectif. Les questionnaires des symptômes facilitant la définition rapide de la probabilité de la présence des troubles névrotiques doivent se composer du nombre restreint des items se liant avec les symptômes les plus fréquents. Les changements de cette fréquence exigent la création des versions nouvelles de ces questionnaires durant les dernières quelques années, donc on en élabore une nouvelle version « S ».

Méthode. On choisit 82 symptômes les plus fréquents dans la population de 1872 personnes diagnostiquées, à cause des troubles névrotiques, avant leurs thérapies durant les années 2005-2008. En répétant 5 questions concernant l'intensité et la fréquence de ces symptômes on crée « l'échelle de véracité », rendant possible l'estimation de la véracité des réponses. Les normes sont calculées pour le groupe de 301 personnes non traitées et 508 personnes traitées durant les années 2009-2010.

Résultats. On définit la valeur limite de Global Symptôme Levels (OWK) qui sépare les résultats des personnes non traitées et ceux de personnes suivant ensuite leurs thérapies- on fixe cette norme pour les femmes et les hommes à 156 points.

Conclusions. Ce questionnaire S-III a des caractéristiques psychométriques satisfaisantes et il

Piśmiennictwo

1. Derogatis LR, Melisaratos N. *The Brief Symptom Inventory: An introductory report*. Psychol. Med. 1983; 13: 595–605.
2. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Filipiak J, Kowalczyk E, Martyniak J, Mazoń S, Meus J, Niwicki J, Paluchowski J, Pytko A, Romeyko A. *Kwestionariusze objawowe S i O – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. Psychoter. 1981; 37: 11–27.
3. *ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Kryteria badawczo-diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: UWM Vesalius, IPiN; 1998.
4. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34, 6: 931–943.
5. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28: 667–676.
6. Aleksandrowicz JW. *Kwestionariusz S-II*. Psychiatr. Pol. 2000; 34, 6: 945–959.
7. Aleksandrowicz JW, Świątek L. *Częstość występowania zaburzeń nerwicowych*. Psychoter. 1985; 3: 21–26.
8. Aleksandrowicz JW. *Częstość objawów nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 5–20.
9. Aleksandrowicz JW. *Zmiany częstości występowania zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2001; 35, 3: 351–377.
10. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia*. Warszawa: PZWL; 2000.
11. Kiejna A, Wojtyniak B, Rabczenko D, Szewczuk-Bogusławska M, Trypka E, Łupiński P. *Samopoczucie ludności Polski w badaniu przeprowadzonym przez Główny Urząd Statystyczny – analiza wstępna*. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 21–34.
12. Schepank H. *Epidemiology of psychogenic disorders*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag; 1987.
13. Aleksandrowicz JW. *Epidemiologia zaburzeń nerwicowych*. W: *Epidemiologia zaburzeń psychicznych*, red. A. Kiejna, J. Rymaszewska. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: KRW PTP; 2003, 89–102.
14. Sobański JA, Klasa K. *Zmiany nasilenia objawów w okresie oczekiwania na leczenie*. Psychoter. 2005; 132, 1: 67–79.

Adres: Jerzy W. Aleksandrowicz
Katedra Psychoterapii
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 28.01.2011
Zrecenzowano: 16.03.2011
Otrzymano po poprawie: 11.05.2011
Przyjęto do druku: 15.05.2011

ZMIENNE KWESTIONARIUSZA

(instrukcja)

jeśli w ubiegłym tygodniu dolegliwość nie występowała	– proszę zakreślić „0”
jeśli występowała, ale była tylko nieznacznie uciążliwa	– proszę zakreślić „a”
jeśli była średnio uciążliwa	– proszę zakreślić „b”
jeśli dolegliwość była bardzo uciążliwa	– proszę zakreślić „c”

1. uczucie zmęczenia, osłabienia po obudzeniu się rano, ustępujące w ciągu dnia..... 0 a b c
2. uczucie dokuczliwego, wewnętrznego napięcia..... 0 a b c
3. ciągle uczucie lęku bez przyczyny..... 0 a b c
4. częsty płacz..... 0 a b c
5. pogorszenie pamięci..... 0 a b c
6. niezadowolenie z życia seksualnego..... 0 a b c
7. złe samopoczucie w dużym towarzystwie..... 0 a b c
8. wielokrotne, utrudniające życie sprawdzanie, czy wszystko zostało dokładnie wykonane (drzwi zamknięte, gaz zakrecony itp.)..... 0 a b c
9. zawroty głowy..... 0 a b c
10. brak samodzielności..... 0 a b c
11. dławienie w gardle, uczucie jakby „kuli w gardle”..... 0 a b c
12. odnajdowanie u siebie oznak różnych poważnych chorób..... 0 a b c
13. natrętnie nasuwające się, przeszkadzające, uporczywe myśli, słowa, wyobrażenia... 0 a b c
14. straszne sny, koszmary nocne..... 0 a b c
15. szybkie, silne bicie serca nie uzasadnione wysiłkiem fizycznym..... 0 a b c
16. uczucie smutku, przygnębienia..... 0 a b c
17. lęk lub/i inne przykre doznania, stale występujące, gdy wokół nie ma ludzi (np. w pustym mieszkaniu)..... 0 a b c
18. silne poczucie winy, oskarżanie się..... 0 a b c
19. paraliżujący, niewytłumaczalny lęk uniemożliwiający jakiekolwiek działanie..... 0 a b c
20. głębokie, intensywne przeżywanie przykrych wydarzeń..... 0 a b c
21. przeszkadzający w działaniu ból głowy..... 0 a b c
22. męczące poczucie braku kogokolwiek bliskiego..... 0 a b c
23. odczucie uderzenia krwi do głowy..... 0 a b c
24. utrudniająca życie niepewność siebie..... 0 a b c
25. przeszkadzające w działaniu roztargnienie..... 0 a b c
26. absorbujące czynności i zabiegi mające na celu uniknięcie choroby..... 0 a b c
27. czerwienienie się na twarzy, szyi..... 0 a b c
28. trudności w zasypianiu..... 0 a b c
29. ból serca..... 0 a b c
30. niepokój..... 0 a b c
31. uleganie silnym, głębokim wzruszeniom..... 0 a b c
32. odczucie, że myśli się znacznie trudniej, mniej jasno niż zazwyczaj..... 0 a b c
33. suchość w ustach..... 0 a b c
34. unikanie ludzi, nawet bliskich znajomych..... 0 a b c
35. wielokrotne, utrudniające życie sprawdzanie, czy wszystko zostało dokładnie wykonane (drzwi zamknięte, gaz zakrecony itp.)..... 0 a b c
36. nieporadność, niezaradność życiowa..... 0 a b c
37. ataki panicznego przerażenia..... 0 a b c
38. nerwowość, chaotyczność w ruchach, zmniejszająca się sprawność działania..... 0 a b c
39. ciągle zwracanie uwagi na czynności ciała – np. na akcję serca, tętno, trawienie itp. 0 a b c
40. utrata wiary we własne siły..... 0 a b c
41. niemożność pohamowania wyrażenia swoich uczuć, bez względu na konsekwencje..... 0 a b c
42. trudności w koncentracji, skupieniu uwagi..... 0 a b c

43. znaczne osłabienie lub utrata popędu seksualnego..... 0 a b c
44. zwolnienie ruchów i myśli, apatia..... 0 a b c
45. poczucie, że jest się gorszym niż inni ludzie..... 0 a b c
46. obawa o swój stan zdrowia, uczucie lęku przed zachorowaniem na jakąś poważną chorobę..... 0 a b c
47. częste budzenie się w nocy..... 0 a b c
48. uczucie lęku powstające wtedy, gdy znajdujesz się w gęstym tłumie..... 0 a b c
49. pesymizm, przewidywanie niepowodzeń i klęsk w przyszłości..... 0 a b c
50. stale utrzymujące się uczucie zmęczenia..... 0 a b c
51. nieuzasadnione poczucie zagrożenia..... 0 a b c
52. odczucie dokuczliwego, wewnętrznego napięcia..... 0 a b c
53. drżenie mięśni rąk, nóg lub całego ciała..... 0 a b c
54. poczucie, że łatwo ulegasz wpływow innych ludzi..... 0 a b c
55. nie dające się opanować wybuchy złości, gniewu..... 0 a b c
56. bluźniercze lub nieprzyzwoite myśli i wyobrażenia..... 0 a b c
57. bezsenność..... 0 a b c
58. uczucie zimna i/lub gorąca powstające bez uzasadnionego powodu..... 0 a b c
59. brak sił i energii do jakiegokolwiek działania..... 0 a b c
60. trudności w oddychaniu – np. brak tchu, duszność – pojawiające się nagle i po chwili ustępujące..... 0 a b c
61. odczucie tremy, niepokoju przed jakimiś wydarzeniami, spotkaniami itp. 0 a b c
62. odczucie, że nikt Cię nie docenia. 0 a b c
63. zmniejszenie się szybkości myślenia, utrata bystrości..... 0 a b c
64. wzdęcia, bezwiedne oddawanie gazów..... 0 a b c
65. odczucie, że ludzie są do Ciebie nieprzyjaźnie nastawieni..... 0 a b c
66. odczucie, że świat jest jakby za mgłą..... 0 a b c
67. uczucie smutku, przygnębienia..... 0 a b c
68. mimowolne drżenie powiek, twarzy, głowy lub innych części ciała..... 0 a b c
69. dokuczliwe pocenie się w momentach zdenerwowania..... 0 a b c
70. uczucie ulegania otoczeniu, podporządkowywania się..... 0 a b c
71. ciągle uczucie złości, gniewu..... 0 a b c
72. nudności, mdłości..... 0 a b c
73. pograżanie się w marzeniach na jawie..... 0 a b c
74. lęk, że stanie się lub że zrobi się coś strasznego, np. że się wyskoczy przez okno, że nastąpi jakaś katastrofa itp. 0 a b c
75. dławienie w gardle, uczucie jakby „kuli w gardle”..... 0 a b c
76. trudności w kontaktach z osobami przeciwnej płci..... 0 a b c
77. uczucie buntu, „zbuntowania”..... 0 a b c
78. uczucie senności w ciągu dnia, zmuszające do zaśnięcia przynajmniej na chwilę, niezależnie od okoliczności..... 0 a b c
79. lęk o najbliższych, którym aktualnie nic nie zagraża..... 0 a b c
80. szybkie, silne bicie serca nie uzasadnione wysiłkiem fizycznym..... 0 a b c
81. uczucie braku zainteresowania otoczenia Twoimi sprawami i Tobą 0 a b c
82. natłok myśli..... 0 a b c
83. uczucie napięcia mięśni..... 0 a b c
84. potrzeba samotności..... 0 a b c
85. bóle mięśniowe – np. bóle w krzyżach, klatce piersiowej itp. 0 a b c
86. przymus niepotrzebnego powtarzania czynności..... 0 a b c
87. brak apetytu..... 0 a b c