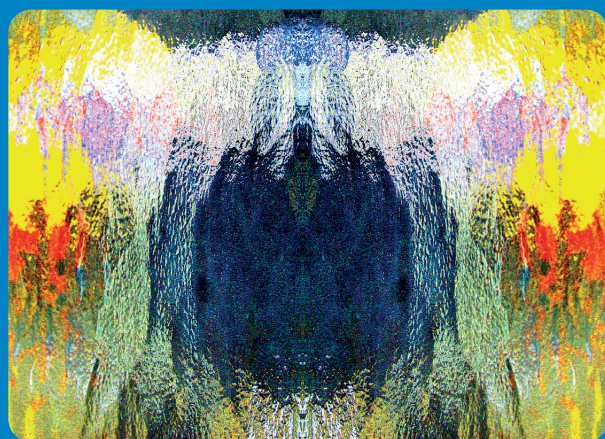


KRZYSZTOF PEKALA
TOMASZ SOBÓW

WIARYGODNOŚĆ KLINICZNA WYBRANYCH NARZĘDZI SAMOOPISOWYCH (KWESTIONARIUSZY) W ROZPOZNAWANIU DEPRESJI



KRZYSZTOF PEKALA^{1*} ,
TOMASZ SOBÓW² 

WIARYGODNOŚĆ KLINICZNA WYBRANYCH NARZĘDZI SAMOOPISOWYCH (KWESTIONARIUSZY) W ROZPOZNAWANIU DEPRESJI

THE CREDIBILITY OF SELECTED SELF-REPORT
CLINICAL TOOLS (QUESTIONNAIRES)
IN THE DIAGNOSIS OF DEPRESSION

¹ Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, krzysztof.pekala@umed.lodz.pl

² Centrum Terapii Dialog w Warszawie, tomaszsobow@yahoo.com

* krzysztof.pekala@umed.lodz.pl, tel. +48 698 449 121

Seria monografii naukowych dotyczących zagadnień z zakresu dyscyplin nauk farmaceutycznych, nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Wydawnictwo recenzowane i punktowane na zasadach zgodnych z Rozporządzeniem MNiSW z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie ewaluacji jakości działalności naukowej (Dz.U. 2019 poz. 392 z późn. zm.).

RADA NAUKOWA

dr hab. Monika A. Olszewska, prof. uczelni – Redaktor naczelna
prof. dr hab. Monika Łukomska-Szymańska – Zastępca redaktor naczelnej
prof. dr hab. Iwona Cygankiewicz
dr hab. Małgorzata Pikala, prof. uczelni

REDAKTOR PROWADZĄCA

dr hab. Małgorzata Pikala

REDAKCJA JĘZYKOWA I KOREKTA

Anna Sikorska

OPRACOWANIE GRAFICZNE

Tomasz Przybył

WIARYGODNOŚĆ KLINICZNA WYBRANYCH NARZĘDZI SAMOOPIISOWYCH (KWESTIONARIUSZY) W ROZPOZNAWANIU DEPRESJI

Łódź 2023

WYDAWNICTWO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

<http://wydawnictwo.umed.pl/>

[e-mail: editorial@reports.umed.pl](mailto:editorial@reports.umed.pl)

Unikatowy identyfikator Wydawnictwa: 60000

(Komunikat Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie wykazu wydawnictw publikujących recenzowane monografie naukowe)

ISBN 978-83-67198-27-1

WYDANIE PIERWSZE



© 2023. Pewne prawa zastrzeżone na rzecz autorów. Opublikowane na licencji Creative Commons Uznanie Autorstwa (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.pl>).

Licencjodawca: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zezwala się na wykorzystanie treści monografii zgodnie z licencją – pod warunkiem zachowania niniejszej informacji licencyjnej oraz wskazania autorów jako właścicieli praw do tekstu.

Praca stanowi rozszerzoną i uaktualnioną wersję rozprawy przedłożonej Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w postępowaniu o nadanie stopnia doktora nauk o zdrowiu dr. Krzysztofowi Pękali.

Tytuł rozprawy:

**TRAFNOŚĆ WYBRANYCH NARZĘDZI SAMOOPISU
(KWESTIONARIUSZY) W ROZPOZNAWANIU DEPRESJI**

Autor rozprawy:

dr n. o zdr. **KRZYSZTOF PĘKALA**

Promotor w przewodzie doktorskim:

prof. dr hab. n. med. **TOMASZ SOBÓW**,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Recenzenci w przewodzie doktorskim:

prof. dr hab. n. med. **IRENA KRUPKA-MATUSZCZYK**,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,

dr hab. n. med. **EDWARD GORZELAŃCZYK**,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Data nadania stopnia doktora: **15.09.2015**

Spis treści

1. Wprowadzenie	11
1.1. Sposoby rozpoznawania depresji.....	11
1.1.1. Wywiad kliniczny i kryteria rozpoznawcze dla depresji	12
1.1.2. Kwestionariusze samoopisowe.....	16
1.2. Problemy w rozpoznawaniu depresji – populacje specjalne	19
2. Materiały i metody	20
2.1. Badane grupy chorych, miejsce i czas rekrutowania, kryteria włączenia i wyłączające	21
2.1.1. Chorzy w przedziale wiekowym 30–50 lat.....	22
2.1.2. Chorzy w wieku powyżej 65 roku życia	23
2.1.3. Chorzy z depresją po przebytych udarach	23
2.1.4. Chorzy z depresją w przebiegu choroby Parkinsona	24
2.1.5. Uwagi podsumowujące stosowane kryteria włączenia do badania	24
2.1.6. Trudności w praktycznym przeprowadzeniu badania: chorzy spełniający kryteria a chorzy rzeczywiście włączeni do badania	25
2.2. Zastosowane narzędzia psychometryczne.....	25
2.2.1. Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI)	26
2.2.2. Geriatryczna Skala Depresji (Geriatric Depression Scale, GDS).....	26
2.2.3. Skala Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D)	27
2.2.4. Skala Depresji Montgomery’ego–Åsberga (Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale).....	27
2.2.5. Krótki kwestionariusz własny (opracowany na potrzeby obecnego badania)	27
2.3. Ogólny plan prowadzonych badań	27
2.4. Metody statystyczne	28
3. Wyniki.....	29
3.1. Ogólna charakterystyka grup badanych (ze względu na wiek, płeć i nasilenie indeksowego epizodu)	29
3.2. Wyniki uzyskane w BDI-II (Beck Depression Inventory) a obecność i nasilenie indeksowego epizodu.....	35
3.2.1. Grupa chorych w wieku powyżej 65 lat.....	35
3.2.2. Grupa chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat.....	37
3.2.3. Grupa chorych z depresją po przebytych udarach	39
3.2.4. Grupa chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona	41

3.3. Ocena efektywności klinicznej BDI-II w odróżnianiu depresji od stanu prawidłowego przy zastosowaniu wartości referencyjnych proponowanych przez autorów narzędzia (Psychological Corporation) w poszczególnych grupach klinicznych	43
3.3.1. Analiza dla całej grupy badanej (N = 153)	43
3.3.2. Analiza dla grupy chorych powyżej 65 roku życia	44
3.3.3. Analiza dla grupy chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat	45
3.3.4. Analiza dla grupy chorych w z depresją po przebytych udarze	46
3.3.5. Analiza dla grupy chorych w z depresją w przebiegu choroby Parkinsona	47
3.4. Wyniki uzyskane w GDS (Geriatric Depression Scale) a obecność i nasilenie indeksowego epizodu.....	48
3.4.1. Grupa chorych w wieku powyżej 65 lat.....	48
3.4.2. Grupa chorych po przebytych udarze	50
3.4.3. Grupa chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona	51
3.5. Ocena efektywności klinicznej GDS w odróżnianiu depresji od stanu prawidłowego przy zastosowaniu wartości referencyjnych proponowanych przez autorów narzędzia w poszczególnych grupach klinicznych	52
3.5.1. Analiza dla całej grupy badanej (N = 109)	53
3.6. Wyniki uzyskiwane w kwestionariuszach samoopisu a wynik w skali klinicznej (MADRS i HAM-D).....	53
3.6.1. BDI-II i GDS vs HAM-D i MADRS w rozpoznawaniu depresji.....	54
3.7. Nieprawidłowe klasyfikowanie epizodu depresji (zaniżanie lub zawyżanie nasilenia) przy zastosowaniu BDI-II w porównaniu do skal klinicznych, HAM-D i MADRS	55
3.7.1. Poprawna klasyfikacja epizodów w całej populacji i podgrupach klinicznych bez względu na nasilenie epizodu	55
3.7.2. Zawyżona ocena nasilenia depresji u chorych z epizodami łagodnymi.....	56
3.7.3. Zaniżona lub zawyżona ocena nasilenia depresji w przypadku epizodów o nasileniu umiarkowanym.....	56
3.7.4. Zaniżona ocena nasilenia depresji w przypadku epizodów o nasileniu ciężkim	57
3.8. Analiza własności przesiewowych narzędzia własnego	58
4. Omówienie wyników i dyskusja	59
4.1. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w badanych grupach w aktywnej fazie depresji	59
4.1.1. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w grupie chorych w wieku powyżej 65. roku życia	59

4.1.2. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w grupie chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat.....	60
4.1.3. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w grupie chorych po przebytych udarze ..	61
4.1.4. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w grupie chorych na chorobę Parkinsona	61
4.2. Omówienie efektywności klinicznej BDI-II w odróżnianiu depresji od stanu prawidłowego	62
4.3. Omówienie wskazań kwestionariusza GDS w badanych grupach w aktywnej fazie depresji	63
4.3.1. Omówienie wskazań kwestionariusza GDS w grupie osób w wieku po 65 roku życia ...	63
4.3.2. Omówienie wskazań kwestionariusza GDS w grupie chorych po przebytych udarze	63
4.3.3. Omówienie wskazań kwestionariusza GDS w grupie chorych na chorobę Parkinsona .	64
4.4. Omówienie efektywności klinicznej GDS w odróżnianiu depresji od stanu prawidłowego ..	64
4.5. Omówienie odniesienia wyników uzyskiwanych na skalach samoopisowych do wskazań skal klinicznych.....	64
4.5.1. Omówienie odniesienia wskazań BDI-II oraz GDS do wyników HAM-D i MADRS.....	64
4.5.2. Omówienie klasyfikowania epizodu depresji przez BDI-II w odniesieniu do skal klinicznych HAM-D i MADRS.....	65
4.6. Omówienie właściwości przesiewowych narzędzia własnego.....	65
5. Podsumowanie wyników i wnioski.....	66
Bibliografia	67

Streszczenie: Zarówno wywiad kliniczny, jak i użycie skal klinicznych czy kwestionariuszy samoopisowych może być podstawą badania przesiewowego depresji. Jedynie część z tych narzędzi może służyć za rzetelny wskaźnik występowania zaburzenia i określania jego natężenia. Wyzwaniem dla narzędzi psychometrycznych są również specjalne grupy osób badanych takie jak: osoby w wieku podeszłym, po przebytych udarze czy cierpiące na chorobę Parkinsona. Wiąże się to z nakładaniem się objawów depresji z tymi, które mają inną etiologię. Przekłada się to na trudne do zaakceptowania rozbieżności w wynikach badań oraz epidemiologii zjawiska.

Głównym celem pracy było sprawdzenie rzetelności kwestionariuszy samooceny BDI i GDS względem skal klinicznych HAM-D i MADRS w badaniu depresji z odniesieniem do diagnozy klinicznej postawionej w oparciu o kryteria diagnostyczne zawarte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Dodatkowym celem było sprawdzenie skuteczności narzędzia własnego w celach przesiewowych. Cele te realizowano za pomocą:

1. Porównania wskazań obecności zaburzenia depresyjnego przez kwestionariusz BDI-II do diagnozy klinicznej w badanej populacji oraz podgrupach.
2. Porównania wskazań nasilenia zaburzenia depresyjnego przez kwestionariusz BDI-II do diagnozy klinicznej w badanej populacji oraz podgrupach.
3. Oceny efektywności klinicznej kwestionariusza BDI-II w różnicowaniu depresji i stanu prawidłowego w zależności od przyjętego punktu odcięcia w badanej populacji oraz podgrupach.
4. Porównania wskazań obecności zaburzenia depresyjnego przez kwestionariusz GDS do diagnozy klinicznej w badanej populacji oraz podgrupach.
5. Oceny efektywności klinicznej kwestionariusza GDS w różnicowaniu depresji i stanu prawidłowego w zależności od przyjętego punktu odcięcia w badanej populacji oraz podgrupach.
6. Porównania wskazań kwestionariuszy BDI-II i GDS do wskazań skal klinicznych HAM-D i MADRS w rozpoznawaniu depresji.
7. Porównania wskazań kwestionariusza BDI-II do wskazań skal klinicznych HAM-D i MADRS w rozpoznawaniu nasilenia depresji.
8. Określenia rzetelności, czułości i swoistości narzędzia własnego.

W badaniu wzięło udział ogółem 217 osób (w tym 133 kobiety) w czterech wydzielonych *a priori* grupach badanych: > 65 roku życia (N = 79), w przedziale wiekowym 30–50 lat (N = 60), z depresją po przebytych udarze (N = 35) oraz z depresją w przebiegu choroby Parkinsona (N = 42). Spośród badanych chorych epizod łagodny rozpoznawano u 79, umiarkowany u 99 a ciężki u 38 osób. Rezultaty i konkluzje: Przedstawione wyniki potwierdziły możliwość stosowania wszystkich badanych narzędzi w ramach przesiewów. Kwestionariusz BDI-II okazał się najmniej rzetelnym narzędziem i nie powinien być stosowany jako jedyne w rozpoznawaniu depresji i określaniu jej nasilenia – poza grupą osób dorosłych bez problemów natury neurologicznej, gdzie uzyskał dobre wyniki. W grupach specjalnych znacznie bardziej wiarygodnym narzędziem okazał się GDS, który wobec tego można rekomendować do użycia w ramach rozpoznawania depresji. W związku z brakiem możliwości stosowania GDS do oceny nasilenia epizodów depresyjnych, narzędziem wyboru klinicysty mogą być skale kliniczne HAM-D oraz MADRS z delikatnym wskazaniem na tę pierwszą. Wyjątkiem będzie tu grupa osób cierpiących na chorobę Parkinsona, gdzie obie skale mogą zaniżyć wskazania. Z porównywanych w ramach opisywanego projektu należałoby wskazać na BDI-II do sprawdzenia nasilenia objawów w tej grupie. Z uwagi jednak na jego niewielką skuteczność należałoby poszukać jeszcze innego narzędzia. Autorskie narzędzie przesiewowe posiada odpowiednie właściwości predykcyjne i formalne do stosowania w praktyce niespecjalistycznej.

Słowa kluczowe: depresja, diagnoza, psychometryczne właściwości, badanie przesiewowe, udar, choroba Parkinsona, pacjenci w wieku podeszłym

Abstract: The primary method of diagnosing depression is the clinical interview. Other include the use of psychometric tools: clinical scales or self-report questionnaires. Each of these methods can be used for screening, but only some can serve as a reliable indicator of the occurrence of the disorder and for determining its intensity. The challenge for the psychometric tools are special groups of subjects such as elderly patients, patients after stroke or suffering from Parkinson's disease. This is related to depressive symptoms overlap with those that have a different etiology. This effects in hard to accept differences in the results of studies and epidemiology. Materials and methods: To examine the relative reliability of the self-assessment questionnaires BDI and GDS in comparison to clinical scales Ham-D and MADRS with reference to clinical diagnosis based on diagnostic criteria contained in the International Classification of Diseases ICD-10. An additional objective was to test the effectiveness of their own tools for screening purposes. The detailed aims were as follows:

1. Comparison of indications of the presence of a depressive disorder by the BDI-II questionnaire to clinical diagnosis in the study population and subgroups.
2. Comparison of the severity of depressive disorder indicated by the BDI-II questionnaire to clinical diagnosis in the study population and subgroups.
3. Assess the clinical effectiveness of the BDI-II questionnaire in the differentiating depression and normal condition, depending on the adopted cut-off point in the study population and subgroups.
4. Comparison of indications of the presence of depressive disorder by the GDS questionnaire to clinical diagnosis in the study population and subgroups.
5. Assess the clinical effectiveness of the GDS questionnaire in the differentiating depression and normal condition, depending on the adopted cut-off point in the study population and subgroups.
6. Comparison of indications of depression by the BDI-II and GDS questionnaires to HAM-D and MADRS clinical scales.
7. Comparison of the severity of depressive disorder indicated by the BDI-II questionnaire to HAM-D and MADRS clinical scales.
8. Establish accuracy, sensitivity and specificity of self-made tool.

The study included a total of 217 people (including 133 women) in four separate *a priori* set groups people > 65 years of age (N = 79), aged 30-50 years (N = 60), depression after stroke (N = 35) and a depression in Parkinson's disease (N = 42). Among the studied patients 79 were diagnosed with mild episode, 99 with moderate and 38 with severe. Results: The results confirmed the possibility of using all the tested tools for screening purposes. The BDI-II questionnaire was the least reliable tool and should not be used as a single in the diagnosis of depression and determining its severity - outside the group of adults without neurological problems where it showed good results. In the special groups GDS proved to be much more reliable tool, which therefore can be recommended for use in the recognition of depression. In the absence of the possibility of applying GDS to assess the severity of depressive episodes, the tool of choice may be clinical scales HAM-D and MADRS. The exception is a group of people suffering from Parkinson's disease, where both scales may underestimate indications. To check the severity of depression symptoms in this group it is best to use BDI-II.

Keywords: depression, diagnosis, psychometric, screening, stroke, Parkinson's, elderly

Wykaz skrótów

ACC – dokładność testu (ang. *accuracy*)

BDI – Inwentarz Depresji Becka (ang. Beck Depression Inventory)

DSM – Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

GDS – Geriatryczna Skala Depresji (ang. Geriatric Depression Scale)

HAM-D – Skala Depresji Hamiltona (ang. Hamilton Depression Rating Scale)

ICD – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

MADRS – Skala Depresji Montgomery–Åsberg (ang. Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale)

TNR – czułość/odsetek prawdziwie negatywnych wyników testu (ang. *true negative rate*)

TPR – czułość/odsetek prawdziwie pozytywnych wyników testu (ang. *true positive rate*)

1. Wprowadzenie

Przyczynkiem do wybrania tematu niniejszej pracy było zetknięcie się ze znaczną liczbą opublikowanych doniesień badawczych dotyczących depresji, które opierały się na rozpoznaniach otrzymanych za pomocą narzędzi psychometrycznych stworzonych do innych zastosowań. Efektem takiego działania jest nieuzasadnione wnioskowanie co do epidemiologii zaburzeń depresyjnych. To z kolei wpływa na tworzone procedury postępowania, działania klinicystów, a co za tym idzie – w końcu także na stan osób zagrożonych zaburzeniem. Szczególnie zastanawiające jest stosowanie nieodpowiednich z definicji metod badawczych przez osoby wykształcone w kierunku oddziaływać na zdrowie psychiczne oraz bezrefleksyjne używanie narzędzi typowo psychometrycznych przez naukowców reprezentujących inne obszary akademickie. Opisywanie zaburzenia określanego jako czwarta co do częstości występowania przyczyna niepełnosprawności na świecie powinno wiązać się z większą świadomością badawczą. Wydaje się więc, iż warto sprawdzić empirycznie, jaka jest skuteczność operowania często wybieranymi narzędziami psychometrycznymi.

DEPRESJA

Depresja jest terminem powszechnie używanym, choć niejednoznacznie rozumianym. Z jednej strony odnosi się do stanu afektywnego zaburzenia klinicznego, które może przybrać nawet cechy psychotyczne. Z drugiej zaś strony desygnatem terminu depresja jest mieszczące się w ramach normy obniżenie nastroju. Dla rozpoznawania właściwego zaburzenia nie jest to kwestia semantyki, a raczej precyzyjnego zbadania fenomenu, z którym badacz/klinicysta ma do czynienia. Niesie to za sobą bowiem poważne konsekwencje.

1.1. Sposoby rozpoznawania depresji

Podstawowym i uznawanym za złoty standard sposobem rozpoznawania depresji jest stosowanie diagnozy stawianej na podstawie wywiadu i badania klinicznego z wykorzystaniem istniejących, powszechnie akceptowanych kryteriów diagnostycznych. Rozróżnianie pomiędzy stanami nastroju mieszczącymi się w ramach ogólnie przyjętej normy, a tymi zaliczanymi już do sfery zaburzeń jest domeną wykwalifikowanych w tej dziedzinie specjalistów: lekarzy psychiatrów i psychologów klinicznych. Przygotowane w tym zakresie osoby swoje diagnozy stawiają w oparciu o systemy klasyfikacyjne chorób. Jest to zadanie trudne, gdyż grupa zaburzeń nastroju, do których zaliczamy depresję, ma szerokie spektrum wpływu na chorego. Zaburzenia depresyjne charakteryzują się depresyjnym nastrojem (np. smutnym, drażliwym, pustym) lub utratą przyjemności, którym towarzyszą inne objawy poznawcze, behawioralne lub neurowegetatywne, które w istotny sposób wpływają na zdolność jednostki do funkcjonowania (WHO, 2022). Sklasyfikować można cztery podstawowe cele, dla których rozpoznawanie objawów depresji jest istotne:

- diagnoza występowania zaburzenia u osoby badanej,
- mierzenie poziomu nasilenia zaburzenia u osoby badanej,
- badanie przesiewowe grup,
- określanie dynamiki zaburzenia (np. zmiana w czasie lub pod wpływem określonego czynnika).

Każdy z tych celów ma nieco inne wymagania wobec właściwości konkretnego sposobu rozpoznawania. Nie ma bowiem jednej, optymalnej techniki łączącej rygorystyczne wymagania psychometryczne z prostotą stosowania. Zawsze dobór metody zależał będzie od badacza/klinicysty i będzie to swojego rodzaju kompromisem pomiędzy różnymi właściwościami metody. Niezależnie od okoliczności i celu stosowania najważniejszą zmienną pozostaje trafność. Jest to cecha narzędzia psychometrycznego określająca w jakim stopniu mierzy on oczekiwaną zmienną. Istnieje w psychometrii również termin trafność fasadowa. Odnosi się on do odbioru testu/kwestionariusza przez osobę badaną. Jeśli poddany badaniu nie uznaje adekwatności narzędzia może to prowadzić do spadku jego motywacji. To z kolei przełoży się może na osiągnięte wyniki a nawet odrzucenie testu.

Ważne też, by narzędzie rozpoznawania miało możliwie wysoką rzetelność. Ten parametr psychometryczny opisuje precyzję z jaką rozpatrywane narzędzie mierzy zadaną cechę, czyli jak bardzo można polegać na jego wskazaniach. Rzetelność można określić poprzez powtórzenie badania po pewnym czasie, można porównać wyniki otrzymywane w jego poszczególnych częściach (rzetelność wewnętrzna) lub odnosząc do równoległe zastosowanego narzędzia, bądź też poprzez zestawienie wyników uzyskiwanych przez różnych badaczy. Testy mają także określoną swoistość i czułość. Pierwszy z tych parametrów określa, z jak dużą skutecznością jesteśmy w stanie wskazać osoby zdrowe w danej grupie, czyli jak dobrze unikać tzw. błędu II typu (przypisania osobie zdrowej choroby/zaburzenia). Drugi parametr odnosi się do możliwości testu w zakresie rozpoznawania osób chorych wśród badanych – im wyższy, tym lepiej radzi sobie z unikaniem tzw. błędu I typu (określenia osoby chorej jako zdrowej). Czułość i swoistość są parametrami odwrotnie proporcjonalnymi. Badacz/klinicysta opierając się na wyliczeniach dotyczących optymalnego ich poziomu przyjmuje odpowiedni punkt odcięcia w narzędziu psychometrycznym, czyli wynik, powyżej którego należy wnioskować o istnieniu określonego natężenia objawów u osoby badanej. Natężenie to może uprawniać do postawienia diagnozy występowania zaburzenia, określenia jego stopnia lub wskazania konieczności wykonania badania pogłębionego (np. w przypadku przesiewu). Dla celów przesiewowych czułość używanego narzędzia powinna być wyższa niż dla celów diagnostycznych z uwagi na zwiększenie prawdopodobieństwa wykrycia wszystkich przypadków zagrożonych zaburzeniem. Diagnoza zaś wymaga większego stopnia swoistości dla wzrostu prawdopodobieństwa postawienia jej w sposób uprawniony. Wskaźnik Youdena jest statystyczną daną łączącą czułość i swoistość. Traktuje on wyniki fałszywe pozytywnie i negatywnie na tym samym stopniu istotności. Im wyższa jego wartość tym narzędzie wykazuje większą rzetelność.

Podstawą postępowania diagnostycznego jest dopasowanie teorii, metody oraz praktyki diagnostycznej. Tę ostatnią cechują dwa aspekty: proces diagnostyczny oraz wynik tego procesu – jakościowy i ilościowy (Brzeziński, 2005). Jest to punkt wyjścia do przeprowadzania jakiegokolwiek działania diagnostycznego (ale również terapeutycznego). Narzędzie psychometryczne musi mieć dokładnie określoną podstawę teoretyczną, być ściśle powiązane z teorią psychometryczną oraz teorią statystyczną. Tylko wówczas badacz jest uprawniony do wyciągania wniosków na podstawie takiego narzędzia.

1.1.1. Wywiad kliniczny i kryteria rozpoznawcze dla depresji

Istnieją dwa główne systemy klasyfikacyjne, w których zawarto opis warunków koniecznych, by uznać określony stan badanego za patologiczny. Pierwszym z nich jest używana na całym świecie Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (WHO, 1992). Drugim zaś, obowiązujący w Stanach Zjednoczonych, Podręcznik Diagnostyczny i Statystyczny Zaburzeń Psychicznych DSM. Aktualną wersją tej klasyfikacji jest wprowadzona w 2013 roku DSM-V (Sarmiento i Lau, 2013), natomiast największa liczba badań wciąż dotyczy do niedawna używanej wersji DSM-IV (Segal, 1994). Na podstawie jednej z powyższych klasyfikacji diagnosta może w oparciu o wywiad kliniczny postawić rozpoznanie depresji.

ICD-10

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD w wydaniu 10 opisuje epizod depresyjny, który może stać się częścią zaburzenia depresyjnego nawracającego (WHO, 1992). Dla zidentyfikowania wspomnianego epizodu należy rozpoznać następujące objawy: obniżenie nastroju, ubytek energii, zmniejszenie aktywności, zmniejszenie odczuwania przyjemności, obniżone koncentracja i zakres zainteresowań, znaczne zmęczenie (nawet po niewielkim wysiłku), zaburzony sen, obniżony apetyt, zmniejszona pewność siebie i samoocena, poczucie winy i niskiej wartości. Obniżenie w zakresie nastroju nie może ulegać większym zmianom w ciągu kolejnych dni i nie może być zależne od aktualnych wydarzeń. Mogą pojawić się także objawy somatyczne takie jak: utrata zainteresowania przyjemnością i obniżenie zdolności jej przeżywania, zahamowanie psychoruchowe lub pobudzenie ruchowe, utrata apetytu i libido oraz ubytek masy ciała czy problemy ze snem, zwłaszcza

w godzinach porannych. Ze względu na liczbę występujących objawów oraz ich wpływ na zwyczajne funkcjonowanie ICD-10 wyróżnia cztery rodzaje epizodu depresyjnego:

- epizod depresji łagodny – dwa do trzech objawów, którym towarzyszy niepokój pacjenta; stan pozwalający na wykonywanie większości obowiązków,
- epizod depresji umiarkowany – cztery lub więcej objawów; stan wywołujący duże trudności z wykonywaniem obowiązków,
- epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych – kilka objawów o znacznym nasileniu, które wywołują stan przygnębienia u pacjenta; najczęściej: utrata poczucia własnej wartości, niska samoocena i poczucie winy; pojawianie się myśli i prób samobójczych; wiele objawów somatycznych (w tym rodzaju epizodu mieszczą się: depresja z podnieceniem, depresja duża oraz depresja witalna),
- epizod depresji ciężki z objawami psychotycznymi – tożsamy z epizodem ciężkim bez objawów psychotycznych przy dodatkowym występowaniu omamów, urojeń, zahamowania psychoruchowego czy braku możliwości wykonywania podstawowych czynności codziennych.

DSM-IV

W czwartej wersji Podręcznika Diagnostycznego i Statystycznego Zaburzeń Psychiczych (Segal, 1994) występuje opis dużego zaburzenia depresyjnego. Wedle DSM-IV do jego centralnych objawów należą: obniżony nastrój oraz utrata zainteresowania czy niemożność odczuwania przyjemności odnoszące się niemal do wszystkich czynności. Poza przynajmniej jednym z tych podstawowych objawów pojawić się muszą dodatkowo cztery spośród następujących: zmiany dotyczące apetytu lub wagi, snu i aktywności psychomotorycznej; spadek odczuwanej energii lub zmęczenie; poczucie własnej bezwartościowości lub winy; problemy z myśleniem, koncentracją lub podejmowaniem decyzji; lub powracające myśli o śmierci lub myśli, plany czy próby samobójcze. By którykolwiek z tych objawów uznać za reprezentację dużego epizodu depresji (z których składa się duże zaburzenie depresyjne, ale które mogą też wystąpić w innych zaburzeniach afektywnych, na przykład w chorobie afektywnej dwubiegunowej) muszą być one nowe w życiu chorego lub zdecydowanie pogorszyć jego możliwości funkcjonowania. Muszą one również trwać przez większość dnia, niemal każdego dnia przez przynajmniej dwa tygodnie. Epizodowi muszą towarzyszyć znaczny stres lub trudności w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub innym istotnym dla życia. W podręczniku Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrycznego wyróżniono cztery stopnie nasilenia epizodu:

- lekki – niewiele z wymienionych wyżej objawów, jeśli jakkolwiek, ponad niezbędne do postawienia rozpoznania; stan ten skutkuje jedynie niewielkim upośledzeniem funkcjonowania zawodowego, społecznego czy relacji z innymi,
- umiarkowany – objawy oraz funkcjonowanie na poziomie między epizodem lekkim a ciężkim
- ciężki bez cech psychotycznych – kilka objawów ponad niezbędne do postawienia rozpoznania; dodatkowo objawy te wyraźnie wpływają na funkcjonowanie zawodowe, społeczne i relacje z innymi,
- ciężki z cechami psychotycznymi – tożsamy z powyższym; dodatkowo występują urojenia lub halucynacje.

DSM-IV zawiera również instrukcje diagnozowania depresji współwystępującej z innym zaburzeniem. Niektóre z objawów obu problemów zdrowotnych mogą się nakładać. Wówczas zalecane jest przypisywanie tychże symptomów epizodowi depresji, z wyjątkiem sytuacji, gdy są zdecydowanie i całościowo wyjaśniane przez ogólny stan medyczny. Jest to istotna cecha wszystkich współczesnych systemów klasyfikacyjnych, które odeszły od etiopatogenetycznego myślenia o większości zaburzeń psychicznych na rzecz diagnostyki objawowej, fenomenologicznej.

DSM-V

W najnowszej wersji klasyfikacji stworzonej przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne DSM-V (Sarmiento i Lau, 2013) wyróżniono osobny rozdział dla zaburzeń depresyjnych. Wskazówki diagnostyczne wobec dużego epizodu depresji przedstawione są następująco: obecność pięciu lub więcej objawów obecnych przez dwa tygodnie każdego dnia lub niemal codziennie, które skutkują zmianą w funkcjonowaniu. Przynajmniej jeden z tych symptomów to: obniżony nastrój lub utrata zainteresowania czy przyjemności. Innymi poszukiwanymi objawami mogą być: znacząca utrata lub zwiększenie wagi, lub zwiększenie lub zmniejszenie apetytu; bezsenność lub hipersomnia; pobudzenie lub spowolnienie psychomotoryczne; zmęczenie lub brak energii; uczucie bezwartościowości lub poczucie winy; zmniejszona umiejętność myślenia lub koncentracji lub problemy z podejmowaniem decyzji; nawracające myśli na temat śmierci, nawracające myśli i wyobrażenia lub plany i próby samobójcze. Objawy te muszą mieć znaczący wpływ na pojawienie się stresu lub upośledzenia w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub innej ważnej przestrzeni życiowej. Określa się także trzy stopnie natężenia epizodu depresyjnego:

- lekki – niewiele z wymienionych wyżej objawów, jeśli jakikolwiek, jest obecnych ponad niezbędne do postawienia rozpoznania; intensywność symptomów jest niepokojąca, ale możliwa do wytrzymania, a skutkują one pewnym upośledzeniem w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym,
- umiarkowany – liczba i intensywność objawów oraz zaburzenia funkcjonowania mieszczą się w przedziale między epizodem lekkim a ciężkim,
- ciężki – liczba objawów jest wyraźnie wyższa niż niezbędne do rozpoznania minimum; natężenie objawów jest poważnie niepokojące i nie do zniesienia oraz mają one wyraźny wpływ na pogorszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego (Sarmiento i Lau, 2013).

SKALE KLINICZNE

Kolejnym sposobem diagnozowania depresji jest zastosowanie skal klinicznych, zwanych również testami psychometrycznymi. Są to narzędzia tworzone w oparciu o konkretny system diagnostyczny. Skale kliniczne są narzędziami zwalidowanymi. Opierają się na informacjach zebranych przez badacza na podstawie ustrukturuwanego wywiadu klinicznego. Służą one do diagnozowania zaburzeń i chorób psychicznych. Osobami uprawnionymi do stosowania skal klinicznych są zazwyczaj psychiatrzy i psychologowie.

HAM-D (HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE)

Hamilton Depression Rating Scale w wersji ocenianej przez badacza/klinicystę jest najczęściej stosowanym i szeroko uznanym narzędziem klinicznym używanym do określania nasilenia depresji (Guy, 1976). Istnieje ponad 20 różnych wersji tej skali klinicznej (Zitman i in., 1990). Najczęściej używaną z nich jest 17-punktowa, która pomija 4 ostatnie pozycje z testu oryginalnego (Hamilton, 1960; Guy, 1976). Oryginalna 21-punktowa skala składa się z 10 pozycji oznaczanych w przedziale 0–4, 9 pozycji w przedziale 0–2, oraz 2 w przedziale 0–3 punkty. Im wyższy wynik uzyskany na skali tym prawdopodobnie większe nasilenie objawów depresyjnych u osoby badanej. Najszerzej stosowanymi punktami odcięcia są: <8 brak depresji; 8–13 lekka depresja; 14–18 depresja umiarkowana; 19–22 ciężka depresja; >23 depresja bardzo ciężka (Endicott i in., 1981; Kearns i in., 1982). HAM-D nie mierzy częstotliwości występowania symptomów. Dla używania ustrukturuwanej wersji omawianej skali klinicznej potrzebne jest przeszkolenie osoby administrującej narzędzie (Muller i Dragicevic, 2003). Skala depresji Hamiltona jest narzędziem dostępnym w domenie publicznej bezpłatnie. Przeprowadzenie badania za pomocą HAM-D zajmuje około 15 minut.

HAM-D pod względem psychometrycznym odznacza się dobrymi rezultatami. Szczególnie dobrze sprawdza się w określaniu dynamiki zaburzenia. Wysoka czułość na zmianę wśród pacjentów z depresją została potwierdzona licznymi próbami (Cowen, Ogilvie i Gama, 2005; Nunes i Levin, 2004; Guaiana, Barbu i Hotopf, 2003; Waugh i Goa, 2003). HAM-D odznacza się dobrą rzetelnością typu test-retest oraz wewnętrzną, choć niewielką, jeśli chodzi o konkretne itemy (Bagby i in., 2004).

Skala Hamiltona posiada wysoką trafność niezależnie od zaplecza kulturowego osób badanych, ich płci czy wieku (Sartorius i in., 1980). Wyniki nie są zniekształcone również w wypadku administrowania testu badanym z demencją czy znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych (Chemerinski i in., 2001; Migliorelli i in., 1995). Trafność fasadowa jest na dobrym poziomie.

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

Hamilton Depression Rating Scale jest narzędziem wykorzystywanym w populacji osób powyżej 65 roku życia. Skala wysoko koreluje z diagnozą na podstawie klasyfikacji DSM-IV. Można stosować HAM-D w badaniach depresji u osób w wieku podeszłym jako narzędzia przesiewowego oraz diagnostycznego, również w zakresie nasilenia objawów (Koenig i in., 1995; Carrozzino i in., 2020).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB CIERPIĄCYCH NA CHOROBY PARKINSONA

Skala kliniczna HAM-D jest najlepiej dostosowana do oceniania zmian nasilenia depresji w przebiegu leczenia, badań korelacyjnych z biologicznymi markerami lub innymi skalami badającymi parkinsonizm oraz badań fenomenologicznych depresji (Leentjens i in., 2003a; Leentjens i in., 2003b; Leentjens i in., 2003c). Jest to również dobre narzędzie przesiewowe przy poszukiwaniu depresji przy chorobie Parkinsona. Posiadając jednak itemy odnoszące się do stanu somatycznego osoby badanej, musi być używane z dostosowanymi do danej grupy punktami odcięcia. Nakładanie się objawów choroby Parkinsona z tymi reprezentującymi depresję sprawia bowiem, że wyniki testu mogą być zafałszowane. Metaanaliza autorstwa Torbey, Pachany i Dissanayaki wskazuje na skalę Hamiltona jako jedno z zalecanych do badań przesiewowych i pomiaru nasilenia depresji w chorobie Parkinsona (Torbey, Pachana i Dissanayaka, 2015).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB PO PRZEBYTYM UDARZE

Skala kliniczna Hamiltona dobrze sprawdza się w badaniach osób po udarze. Jej cechy psychometryczne są nieco słabsze niż w przypadku badania populacji osób bez problemów neurologicznych, natomiast pozostają akceptowalne. HAM-D nadaje się zarówno do użytkowania w celach przesiewowych, jak i diagnostycznych oraz rozróżniających nasilenie objawów depresji (Aben i in., 2002; Carrozzino i in., 2020).

MADRS (MONTGOMERY–ÅSBERG RATING SCALE)

Montgomery–Åsberg Rating Scale to kolejna skala kliniczna, którą wypełnia klinicysta na podstawie wywiadu z pacjentem (9 z 10 punktów) i własnej obserwacji (1 z 10 punktów). Z uwagi na samodzielną ocenę badacz posługujący się omawianą skalą musi mieć doświadczenia kliniczne z zaburzeniami nastroju. Jest to jedna z najczęściej stosowanych skal badających nasilenie epizodów depresyjnych do oceny skuteczności antydepresantów (Zimmerman, Chelminski i Posternak, 2004). Narzędzie to bowiem było przygotowywane jako szczególnie wrażliwe na zmianę w zakresie objawów depresji. MADRS powstawał jako swoisty dodatek do skali Hamiltona (Montgomery i Åsberg, 1979). Trzeba jednak dodać, że istnieje wysoki współczynnik korelacji pomiędzy wynikami uzyskiwanymi na obu tych skalach klinicznych (Heo, Murphy i Meyers, 2007). Im wyższy wynik uzyskany przez osobę badaną, tym prawdopodobnie większe nasilenie objawów depresji. Każdy z 10 itemów oceniany jest na skali 0–6. Najczęściej stosowanymi punktami docięcia są: 0–6 – brak objawów depresji lub jej minimalne natężenie; 7–19 – lekki epizod depresji; 20–34 – depresja umiarkowana; 34–60 – ciężki epizod depresji. Czas potrzebny do przeprowadzenia badania to około 15 minut. MADRS jest narzędziem dostępnym w domenie publicznej.

Skala Montgomery–Åsberg odznacza się dobrymi walorami psychometrycznymi. Jej trafność fasadowa jest satysfakcjonująca, podobnie rzetelność wewnątrzna oraz mierzona między różnymi osobami administrującymi. Rzetelność MADRS określa się na poziomie 0,89–0,97 (Montgomery i Åsberg 1979). Wiele badań potwierdza możliwość zastosowania omawianej skali w różnych kulturach oraz niezależnie od płci osób badanych czy też ich wieku (Schrag i in., 2007). MADRS była używana w badaniach w populacji osób starszych oraz z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi

(Gabryelewicz i in., 2004). Istnieje również samoopisowa wersja narzędzia pod nazwą MADRS-S. Jest to kwestionariusz mający 9 itemów ocenianych na skali 0–3.

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

MADRS jest stosowany w badaniu osób w wieku podeszłym. Jego właściwości psychometryczne są wystarczające, by uznać go za narzędzie odpowiednie do przesiewu w omawianej grupie (Guizzaro i in., 2020). Również diagnoza i klasyfikacja nasilenia objawów mogą być dokonywane w grupie osób po 65 roku życia (Hammond, 1998).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB CIERPIĄCYCH NA CHOROBY PARKINSONA

Skala MADRS była używana w populacji chorych na Parkinsona jako narzędzie przesiewowe (Sławek i Derejko, 2003; Sławek Derejko i Lass, 2003). Ponadto stosowano ją jako narzędzie do wykrywania zmiany w procesie farmakologicznym w tej grupie pacjentów (Rektorova i in., 2003; Leentjens i in., 2003a). W obu tych zastosowaniach narzędzie sprawdza się na dobrym poziomie. Posiada, podobnie jak HAM-D, itemy odnoszące się do stanu somatycznego osoby badanej, musi być zatem używane z dostosowanymi do danej grupy punktami odcięcia. Poprawność diagnostyczna MADRS jest potwierdzona w grupie cierpiących na chorobę Parkinsona (Ketharanathan i in., 2016).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB PO PRZEBYTYM UDARZE

Skala Montgomery-Åsberg jest stosowana w badaniach nad depresją poudarową (Dayanandan i Bavaani, 2021). Odnacza się dobrymi walorami psychometrycznymi w tej przestrzeni. Czułość zbliżona do 100% oraz swoistość na poziomie ponad 65% dają możliwości używania omawianej skali jako niezwykle precyzyjnego narzędzia diagnostycznego (Lightbody i in., 2007). Również diagnoza i klasyfikowanie chorych względem nasilenia objawów depresyjnych są na odpowiednim poziomie.

1.1.2. Kwestionariusze samoopisowe

Innym narzędziem w rękach badaczy/klinicystów są kwestionariusze samoopisowe. Najczęściej przybierające formę papier–otówek lub elektroniczną. Częstą praktyką badaczy jest stosowanie kwestionariuszy samoopisowych w dużych populacjach. Ten sposób badania opiera się na samodzielnym ocenianiu ilości lub jakości określonych stanów przez badanego. Narzędzia te powstały z myślą o badaniach przesiewowych. Istnieją liczne tego typu wskaźniki nastroju. Nie są one jednak narzędziami uprawniającymi psychiatrów czy psychologów do diagnozowania depresji ani żadnego innego zaburzenia nastroju, a tym bardziej badaczy nie związanych zawodowo z tematyką zdrowia psychicznego. Wyniki otrzymane na ich podstawie traktować należy raczej jako wskazanie do głębszej analizy stanu pacjenta. Kwestionariusze samoopisowe jako narzędzia przesiewowe są czułe na wystąpienie jakichkolwiek objawów diagnozowanego zaburzenia, nieco mniejszą wagę przypisując swoistości. Skutkiem tego u pacjentów w stanie ostrym możliwe jest, iż narzędzia te będą wychwytywały mniej objawów niż rzeczywiście zaistnieje, natomiast przy stanach lekkich zbyt dużo. Istotnym problemem stosowania kwestionariuszy są ponadto warunki, jakie musi spełniać pacjent, aby wyniki można było uznawać za wiarygodne. Poza oczywistymi aspektami technicznymi (wystarczająco dobra ostrość wzroku, umiejętność czytania i pisanie), znaczenie ma także aspekt poznawczy. W przypadku wielu narzędzi tego typu chorzy z zaburzeniami funkcji poznawczych mogą doświadczać problemów wynikających z niezrozumienia tekstu i w związku z tym udzielać odpowiedzi o niskiej wartości interpretacyjnej. Biorąc to pod uwagę, ogromna popularność kwestionariuszy w badaniach klinicznych, w których często są one jedyną formą oceny obecności i, co bardziej niepokojące, nasilenia objawów depresji, budzić musi zastrzeżenia co do adekwatności takich działań i, *eo ipso*, wiarygodności uzyskiwanych w ten sposób wyników dociekań naukowych. Warto wreszcie skonstatować, że interpretacja wyników uzyskiwanych w kwestionariuszach (narzędziach samoopisu) powinna zawsze łączyć się z oceną kliniczną dokonywaną przez odpowiednio przygotowanego klinicystę (lekarza psychiatrę lub psychologa klinicznego), uwzględniać inne medyczne i psychologiczne charakterystyki pacjenta

oraz obejmować udzielenie mu odpowiedniej dla niego (z uwzględnieniem wieku, poziomu wykształcenia, poziomu wiedzy dotyczącej zdrowia) informacji a także wsparcie psychologiczne i ofertę pomocy.

BDI (BECK DEPRESSION INVENTORY)

Beck Depression Inventory jest jednym z najpowszechniej znanych kwestionariuszy samoopisowych używanych do sprawdzenia występowania objawów depresji wraz z ich nasileniem. Narzędzie składa się z 21 punktów, w których osoba badana wybiera 1 z 4 możliwych opisów swojego stanu (w skali 0–3 punktów, gdzie 0 to brak objawu, 3 – największe jego nasilenie). Wynik mieści się między 0 a 63, a im jest wyższy – tym większe natężenie objawów depresji. Najnowszymi wskazaniem dla wersji amerykańskiej dotyczącymi punktów odcięcia są: od 0 do 9 – minimalne natężenie objawów depresji; od 10 do 16 – lekka depresja; od 17 do 29 – depresja umiarkowana; od 39 do 63 – ciężka depresja (Beck i Steer, 2000). BDI jest narzędziem płatnym. Przeprowadzenie badania zajmuje około 10 minut.

Inwentarz Depresji Becka ma dość dobre walory psychometryczne. Jej rzetelność typu test-retest jest na dobrym poziomie, podobnie wewnętrzna (Beck, Steer i Garbin, 1988; Beck i Steer, 2000). Kwestionariusz BDI wyróżnia się dobrą trafnością niezależnie od pochodzenia kulturowego czy wieku osoby badanej (Steer i Beck, 1987; Martinsen, Friis i Hoffart, 1995; Groth-Marnat, 1990). Płeć może jednak wpływać na uzyskane przez osobę badaną wyniki. Wyższe prawdopodobieństwo uzyskania większej ilości punktów mają kobiety (Dion i Giordano, 1990; Jolly i in., 1994). Model BDI jest lepiej dostosowany do mężczyzn (Dunkel i in., 2002). Nie ma badań potwierdzających w sposób jednoznaczny przydatność kwestionariusza w populacji osób z demencją lub znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych. Trafność fasadowa jest na dobrym poziomie. Wszelkie właściwości psychometryczne kwestionariusza pozwalają na używanie go w grupie osób dorosłych (García-Batista i in., 2018; Park i in., 2020).

Kwestionariusz Becka powstał w 1961 roku jako narzędzie do sprawdzania postępów w psychoterapii. Pierwotna wersja miała formę swoistego wywiadu klinicysty z osobą badaną. W trakcie rozmowy określano stan pacjenta opierając się na jego odczuciach dotyczących ostatniego tygodnia. Kwestionariusz składał się z 21 itemów, z których każdy miał przynajmniej 4 opcje do wyboru. Po przeprowadzeniu rozmowy należało zsumować punkty przypisane odpowiednim opcjom. Były również itemy, które w ramach jednego wyniku miały dwie możliwości określenia stanu do wyboru w wersji „a lub b” (Beck i in., 1961). Pierwsze punkty odcięcia prezentowały się następująco:

- 0–9: minimalne natężenie objawów depresyjnych,
- 10–18: lekka depresja,
- 19–29: umiarkowana depresja,
- 30–63: ciężka depresja (Beck, Steer i Garbin, 1988).

W latach siedemdziesiątych dwudziestego wieku powstawała kolejna wersja kwestionariusza. W 1978 roku opublikowano BDI-IA. Zrezygowano w nim z używania wersji „a lub b” w którymkolwiek itemie. Ułatwiło to korzystanie z narzędzia. Istotną zmianą stało się określanie stanu pacjenta na podstawie nie jednego, a dwóch ostatnich tygodni życia. Miało to na celu lepsze dopasowanie do ówczesnie stosowanych kryteriów diagnostycznych w DSM-III (i następnych wersjach). Sześć z dziewięciu objawów opisywanych w klasyfikacji sprawdzanych było przez BDI-IA (Moran i Lambert, 1983). Ostatnia wersja kwestionariusza, BDI-II, została wydana w 1996 roku. Po raz kolejny kwestionariusz dostosowano do opisywanych w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, tym razem DSM-IV, symptomów depresyjnych. Zmieniono formę słowną niemal wszystkich itemów (3 z 21 pozostały bez zmian).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

BDI jest używany w grupie osób po 65 roku życia. Istnieją jednak badania wskazujące na pewne problemy z tym związane. Liczba wskazań fałszywie pozytywnych może być w tych przypadkach wysoka. Również wykształcenie i płeć żeńska predysponowały do osiągnięcia wyższych wyników w BDI

(Trentini i in., 2005). Warto ponadto zwrócić uwagę na pospolite w tej grupie problemy ze wzrokiem (upośledzenie czytania i pisanie) oraz zaburzenia funkcji poznawczych. Ostatnie doniesienia naukowe sugerują możliwość efektywnego administrowania kwestionariusza jako skali oceny prowadzonej przez specjalistę zdrowia psychicznego (Stepankova Georgi i in., 2019). Do pozytywnych cech BDI-II należy zaliczyć fakt, że prawdopodobnie ujmuje znaczącą grupę objawów depresji i jest uznawany za najszerzej stosowany instrument przesiewowy w dużych badaniach populacyjnych wśród normalnych poznawczo starszych osób (Krell-Roesch i in., 2018).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB CIERPIĄCYCH NA CHOROBY PARKINSONA

BDI jest odpowiednim narzędziem dla celów przesiewowych, jeśli badacz odpowiednio dobierze punkt odcięcia (Leentjens i in., 2000). Kwestionariusz jest także przydatny w ocenianiu nasilenia symptomów depresji oraz monitorowania zmian w czasie leczenia. Można używać BDI w badaniach fenomenologicznych depresji współwystępującej z chorobą Parkinsona (Prange i in., 2022).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB PO PRZEBYTYM UDARZE

Inwentarz Becka stosowany jest także w badaniach nad depresją poudarową. Wyniki badań wskazują na wystarczające statystyki psychometryczne, by uznać BDI za odpowiednie narzędzie do badań przesiewowych (Chiu i in., 2022). Jego czułość waha się między 80% a 90%, podczas gdy swoistość określona jest w okolicach 60% (Aben i in., 2002). Nie należy go jednak stosować jako narzędzia diagnostycznego, gdyż w tej grupie chorych odsetek błędnych wskazań jest zbyt wysoki.

GDS (GERIATRIC DEPRESSION SCALE)

Geriatric Depression Scale to kwestionariusz samoopisowy, który występuje w dwóch wersjach: 15- i 30-punktowej. Wyniki na obu wersjach tej skali samoopisowej samoopisowej mają wysoki współczynnik korelacji na poziomie 0,84 (Sheikh i Yesavage, 1986). GDS został stworzony jako narzędzie przesiewowe w grupie osób w wieku podeszłym. W związku z tym zapotrzebowaniem jest narzędziem prostym i szybkim w użyciu (dłuższa wersja – 10 minut, krótsza – 5 minut). Wypełnianie GDS polega na wybieraniu jednej spośród dwóch opcji – „tak” dla potwierdzenia występowania objawu lub „nie” dla zaprzeczenia jego istnienia. Następnie zliczane są punkty (0 – brak objawu, 1 – objaw występuje) i przy dobraniu odpowiedniego punktu odcięcia określa się, czy objawy depresji występują na istotnym poziomie (Yesavage i in., 1983). Nie potwierdzono skuteczności kwestionariusza w określaniu natężenia objawów. Narzędzie jest dostępne w domenie publicznej.

Psychometrycznie GDS spełnia stawiane przed nim wymagania. Zarówno rzetelność (test-retest) i trafność narzędzia są na dobrym poziomie (Yonkers i Samson, 2000). Trafność fasadowa GDS jest dobra. Geriatryczna Skala Depresji prezentuje podobnie rzetelne i trafne wyniki bez względu na zaplecze kulturowe osób badanych. GDS można stosować od 55 roku życia wzwyż. Jednak niektóre doniesienia naukowe wskazują na wzrost diagnoz wraz z rosnącym wiekiem badanych. Kwestionariusz ponadto wykrywa więcej sygnałów zaburzenia w grupie kobiet (Allen-Burge i in., 1994; Osborn i in., 2002). GDS nadaje się do stosowania w grupie osób z demencją lub upośledzeniem funkcji poznawczych (Burn i in., 2003).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

Kwestionariusz Geriatric Depression Scale został stworzony z myślą o tej grupie osób badanych. Większość badań z użyciem tego narzędzia samoopisowego dotyczy właśnie osób po 65 roku życia. Wskazania GDS są tutaj na wysokim poziomie (Yesavage i in., 1983). Współczesne badania potwierdzają zasadność użycia różnych wersji tego narzędzia. W grupie sprawnych lub łagodnie upośledzonych poznawczo pacjentów powyżej 65 roku życia GDS bywa określanym preferowanym instrumentem (Balsamo i in., 2018).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB CIERPIĄCYCH NA CHOROBY PARKINSONA

Niewiele jest badań opisujących zastosowanie GDS w grupie osób cierpiących na chorobę Parkinsona. Ich wyniki są jedna optymistyczne i zakładają dobrą trafność dyskryminacyjną narzędzia dla kryteriów diagnostycznych DSM-IV dużego zaburzenia depresyjnego (Yonkers i Samson, 2000; Massai i in., 2018; Lopez i in. 2018).

ZASTOSOWANIE W POPULACJI OSÓB PO PRZEBYTYM UDARZE

GDS używany jest w grupie osób po przebytych udarach. Daje on w tej grupie dobre rezultaty psychometryczne (Allan i in., 2013). Dzięki swojej formie jest stosunkowo łatwo administrowany i krótki, co w tej grupie badanych jest bardzo istotne. Stwierdzono, że wszystkie formy GDS są wysoce przydatne do wykrywania depresji wśród osób starszych z wyższą czułością i specyficznością, również po przebytych udarach (Krishnamoorthy, Rajaa i Rehman, 2019).

1.2. Problemy w rozpoznawaniu depresji – populacje specjalne

Depresja, będąca zaburzeniem nastroju, swoim oddziaływaniem dotyka również innych sfer funkcjonowania człowieka. Zmiany następują w funkcjonowaniu poznawczym, motywacji, zachowaniu, samoocenie oraz procesach somatycznych. Tak szerokie spektrum symptomów ma swoje konsekwencje przy stawianiu diagnozy (Schrag i in., 2007). Szczególna trudność pojawia się w sytuacji współwystępowania depresji wraz z innym zaburzeniem bądź zaawansowanym wiekiem osób badanych. Za stan ten odpowiada wiele czynników. Jednym z nich jest trudność w osądzeniu, które z tożsamych w wielu przypadkach objawów, należą do podstawowych wobec zaburzenia towarzyszącego czy związanych z wiekiem, a które do depresji.

Rozpoznawanie depresji w grupie osób cierpiących na chorobę Parkinsona wiąże się z problemem w osądzeniu, które z poniższych objawów należą do zaburzenia nastroju, a które do parkinsonizmu:

- zmniejszona ekspresja mimiczna,
- spowolnienie ruchowe,
- niepokój ruchowy,
- zmęczenie i utrata energii,
- zaburzenia snu,
- utrata apetytu i spadek wagi,
- wycofanie społeczne,
- lękliwość,
- beznadzieja,
- spowolnione myślenie,
- problemy z koncentracją i uwagą,
- apatia (Schrag i in., 2007; Lubomski, Davis i Sue, 2020).

Istnieje wiele badań określających rozpowszechnienie depresji towarzyszącej chorobie Parkinsona. Wyniki tych badań rozkładają się w przedziale od 2,7% do nawet 89% (Grover i in., 2015; Weintraub i Mamikonyan, 2019). Jednym z czynników, które mogą mieć wpływ na tak duży rozrzut, jest stosowane narzędzie diagnostyczne. Depresja towarzysząca chorobie Parkinsona jest stanem nieco innym niż depresja występująca samodzielnie. Różnią je między innymi rzadziej występujące objawy związane z poczuciem winy, samoobwinianiem się czy poczuciem bezwartościowości. O ile wyszkolony i świadomy diagnosta może dokonać poszerzenia oceny stanu osoby badanej, o tyle wynik uzyskany przez zastosowanie narzędzia samoopisu pozostaje niezmienny. Skutkować to może błędami w jego wskazaniach. A to z kolei musi negatywnie wpłynąć na skuteczność strategii terapeutycznych (Ray i Agarwal, 2019).

W przypadku rozpoznawania depresji wśród osób po udarze problemem może być upośledzenie funkcji poznawczych, takich jak afazja, agnozja, apraksja czy zmiany w zakresie pamięci (Carod-Artal, 2006). Dodatkowo nakładającymi się objawami depresji i udaru mogą być zaburzenia snu, problemy z koncentracją czy utrata apetytu (Dafer i in., 2008; Medeiros i in. 2020). W związku z tymi trudnościami mogą pojawić się fałszywie dodatnie lub fałszywie ujemne rozpoznania – w zależności od tego, któremu zaburzeniu przypiszemy objawy. Szacuje się, że od 50% do 80% przypadków depresji poudarowej pozostaje niezdiagnozowanych przez lekarzy specjalności innej niż psychiatryczna (Robinson i Spalletta, 2010; Spalletta, Bria i Caltagirone, 2005). Tutaj, podobnie jak w populacji cierpiących na chorobę Parkinsona, występuje duży rozrzut w ocenie występowania depresji po udarze. Poszczególne badania wskazują na rozpowszechnienie tego zjawiska w zakresie od 25% do 79% (Hadidi, Treat-Jacobson i Lindquist, 2009).

Kolejną grupą sprawiającą diagnostom problemy w zakresie oceny depresji u osób badanych jest grupa osób w wieku podeszłym. Jednym z najpoważniejszych problemów diagnostycznych i terapeutycznych u chorych w tym wieku są zaburzenia depresyjne. Rozpowszechnienie depresji w populacji wieku starszego (powyżej 65 roku życia) szacowane jest na 13% do 50% (Gurland i in., 1980; Zerhusen i in., 1991). Ta znaczna różnica w szacowanej epidemiologii wynikać może z przyjętych założeń dotyczących zaburzenia, a także technik badania. Symptomami, które mogą się nakładać, są obniżenia funkcji pamięci, możliwości uczenia się, wycofywanie się z aktywności, skrócenie długości snu, poczucie bezradności i beznadziejności. To nakładanie się objawów prowadzić może do nierozpoznania depresji i niepodjęcia leczenia lub do przeszacowania występowania zaburzenia w grupie geriatrycznej (Dąbkowski, Szrajda i Rybakowski, 1995).

2. Materiały i metody

Traktując diagnozę kliniczną stawianą przez wykwalifikowanych specjalistów – lekarzy psychiatrów i psychologów klinicznych – jako złoty standard, należy uważnie przyrzeć się innym powszechnie stosowanym sposobom jej rozpoznawania. Badania nad depresją (i innymi zaburzeniami psychicznymi) w przebiegu różnych chorób i w związku z różnymi zmiennymi stały się bardzo popularne i często są prowadzone przez niepsychiatrów i niepsychologów. Wobec braku kompetencji klinicznych pojawiła się pokusa stosowania narzędzi samoopisu jako surogatów oceny klinicznej. Istotne wydaje się zbadanie użyteczności kwestionariuszy w rozpoznawaniu depresji w różnych grupach.

Głównym celem pracy było sprawdzenie względnej rzetelności kwestionariuszy samooceny BDI i GDS wobec skal klinicznych HAM-D i MADRS w badaniu depresji z odniesieniem do diagnozy klinicznej postawionej w oparciu o kryteria diagnostyczne zawarte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Dodatkowym celem było sprawdzenie skuteczności narzędzia własnego w celach przesiewowych. Cele te realizowano za pomocą:

1. Porównania wskazań obecności zaburzenia depresyjnego przez kwestionariusz BDI-II do diagnozy klinicznej w badanej populacji oraz podgrupach.
2. Porównania wskazań nasilenia zaburzenia depresyjnego przez kwestionariusz BDI-II do diagnozy klinicznej w badanej populacji oraz podgrupach.
3. Oceny efektywności klinicznej kwestionariusza BDI-II w różnicowaniu depresji i stanu prawidłowego w zależności od przyjętego punktu odcięcia w badanej populacji oraz podgrupach.
4. Porównania wskazań obecności zaburzenia depresyjnego przez kwestionariusz GDS do diagnozy klinicznej w badanej populacji oraz podgrupach.
5. Oceny efektywności klinicznej kwestionariusza GDS w różnicowaniu depresji i stanu prawidłowego w zależności od przyjętego punktu odcięcia w badanej populacji oraz podgrupach.
6. Porównania wskazań kwestionariuszy BDI-II i GDS do wskazań skal klinicznych HAM-D i MADRS w rozpoznawaniu depresji.

7. Porównania wskaźników kwestionariusza BDI-II do wskaźników skal klinicznych HAM-D i MADRS w rozpoznawaniu nasilenia depresji.
8. Określenia rzetelności, czułości i swoistości krótkiego narzędzia własnego, opracowanego na podstawie obecności wiodących objawów depresji i proponowanego jako przesiewowe.

Projekt uzyskał zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o numerze RNN/453/11/KB.

2.1. Badane grupy chorych, miejsce i czas rekrutowania, kryteria włączenia i wyłączające

Zgodnie z założeniami prowadzonych badań udział w nich proponowano chorym z czterech *a priori* scharakteryzowanych grup: chorych po 65 roku życia, chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat, chorych z depresją po przebytych udarach oraz chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona. Chorych rekrutowano spośród pacjentów oddziałów klinicznych Klinik Psychiatrycznych Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz poradni przyklinicznej Centralnego Szpitala Klinicznego w Łodzi. Chorzy z chorobą Parkinsona byli referowani przez specjalistów neurologów z poradni i praktyk specjalistycznych z terenu Łodzi. Chorzy po przebytych udarach byli referowani przez specjalistów neurologów oraz specjalistów rehabilitacji medycznej z poradni i praktyk specjalistycznych z terenu Łodzi. Ponadto, chorych z chorobą Parkinsona oraz chorych po przebytych udarach kierowano także z oddziałów neurologii, rehabilitacji oraz rehabilitacji neurologicznej III Szpitala Miejskiego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi. Wszyscy referowani chorzy otrzymywali skierowanie w związku z podejrzanymi zaburzeniami depresyjnymi i oceną odpowiednich specjalistów (neurologów lub rehabilitacji medycznej), że wymagają oni ewaluacji i ewentualnego leczenia psychiatrycznego. Żaden z tak kierowanych chorych nie był kierowany w bezpośrednim związku z prowadzonym badaniem, a udział w projekcie proponowano dopiero po standardowej diagnostyce klinicznej. Proces rekrutacji do badania trwał od marca 2012 do grudnia 2013 roku.

Przyjęto następujące ogólne kryteria pozwalające na włączenie chorych do badania:

- objawowe rozpoznanie depresji o nasileniu wystarczającym, aby rozpoznać epizod depresji o nasileniu co najmniej łagodnym według kryteriów ICD-10 (tabela 1),
- ocena specjalisty psychiatry, że epizod ten wymaga leczenia farmakologicznego,
- ocena specjalisty psychiatry, że chory może podjąć świadomą i swobodną decyzję o udziale w projekcie,
- podpisanie przez chorego zgody na udział w badaniu, po zapoznaniu się z pisemną informacją na temat badania oraz możliwości zadawania pytań i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi w trakcie wstępnej rozmowy z badaczem,
- chorych w szczególności instruowano o całkowitej dobrowolności udziału w projekcie oraz nie uzależnianiu udzielania pomocy psychiatrycznej i psychologicznej od wyrażenia zgody,
- chorych instruowano o możliwości wycofania zgody na udział w badaniu w dowolnym czasie i bez konieczności podawania jakichkolwiek przyczyn takiego działania.

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne ICD-10.

Objawy podstawowe (co najmniej 2 obecne)
obniżenie nastroju utrata zainteresowań lub zadowolenia zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość
Objawy dodatkowe (co najmniej 2 obecne)
spadek zaufania lub szacunku do siebie nieracjonalne poczucie wyrzutów sumienia lub nadmiernej a nieuzasadnionej winy nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie, albo jakiegokolwiek zachowania samobójcze skargi na zmniejszoną zdolność myślenia lub skupienia się, albo jej przejawy takie jak niezdecydowanie lub wahanie się zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej w postaci pobudzenia lub zahamowania (obiektywne lub subiektywne) zaburzenia snu wszelkiego typu zmiany łaknienia wraz z odpowiednią zmianą wagi
Czas trwania
Minimum dwa tygodnie
Liczba objawów wymaganych dla diagnozy poszczególnych epizodów według nasilenia
Epizod łagodny = 4 Epizod umiarkowany = 6 Epizod ciężki = 8

2.1.1. Chorzy w przedziale wiekowym 30–50 lat

Dla potencjalnych uczestników badania w tej grupie zastosowano następujące szczegółowe kryteria włączenia:

- pierwszy w życiu epizod depresji lub epizod depresji w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych lub epizod depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej,
- nieobecność choroby somatycznej lub ośrodkowego układu nerwowego, zwłaszcza przebytego udaru lub rozpoznanej choroby Parkinsona, mogącej lepiej niż powyższe diagnozy psychiatryczne wyjaśniać wystąpienie objawów depresji,
- nieobecność cech uzależnienia od alkoholu lub innych substancji mogących lepiej niż powyższe diagnozy psychiatryczne wyjaśniać wystąpienie objawów depresji,
- nieobecność współistniejącego specyficznego zaburzenia osobowości (zwłaszcza typu borderline), mogącego lepiej niż powyższe diagnozy psychiatryczne wyjaśniać wystąpienie objawów depresji.

Udziału w badaniu nie proponowano ponadto chorym z depresją ocenioną klinicznie jako oporną na leczenie, wymagającą leczenia biologicznego innego niż farmakoterapia (w tym zabiegów elektroterapii i leczenia światłem), chorym z aktywną symptomatologią samobójczą oraz z depresją o nasileniu tak znacznym, że istniały wątpliwości co do możliwości podjęcia świadomej i/lub swobodnej zgody na udział w badaniu albo co do motywacji do kontynuowania leczenia i/lub udziału w badaniu.

2.1.2. Chorzy w wieku powyżej 65. roku życia

Dla potencjalnych uczestników badania w tej grupie, poza wiekiem, zastosowano następujące szczegółowe kryteria włączenia:

- pierwszy w życiu epizod depresji lub epizod depresji w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych lub epizod depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej,
- nieobecność choroby somatycznej lub ośrodkowego układu nerwowego, zwłaszcza przebytego udaru lub rozpoznanej choroby Parkinsona, mogącej lepiej niż powyższe diagnozy psychiatryczne wyjaśniać wystąpienie objawów depresji,
- nieobecność cech uzależnienia od alkoholu lub innych substancji mogącego lepiej niż powyższe diagnozy psychiatryczne wyjaśniać wystąpienie objawów depresji,
- nieobecność współistniejącego specyficznego zaburzenia osobowości (zwłaszcza typu borderline), mogącego lepiej niż powyższe diagnozy psychiatryczne wyjaśniać wystąpienie objawów depresji,
- nieobecność istotnych klinicznie zaburzeń funkcji poznawczych, mogących utrudnić przeprowadzenie badania, zwłaszcza w kontekście możliwości zrozumienia instrukcji i udzielania adekwatnych odpowiedzi na pytania zawarte w stosowanych narzędziach samoopisu (kwestionariuszach); oceny takiej dokonywał specjalista psychiatra i była ona kliniczna. W szczególności nie proponowano udziału w badaniu chorym z rozpoznaniem otępieniem, bez względu na domniemaną lub stwierdzoną etiologię,
- nieobecność klinicznie istotnych zaburzeń narządów zmysłów (wzroku i słuchu), ocenianych klinicznie jako mogących zaburzyć rozumienie instrukcji i udzielanie adekwatnych odpowiedzi na pytania zawarte w narzędziach samoopisu (kwestionariuszach); oceny takiej dokonywał specjalista psychiatra i była ona kliniczna. Nie proponowano udziału w badaniu chorym niewidomym, ze znacznym upośledzeniem wzroku uniemożliwiającym czytanie oraz ze znacznym, nieskorygowanym aparatem słuchowym, upośledzeniem słuchu utrudniającym w sposób istotny komunikację werbalną.

2.1.3. Chorzy z depresją po przebyłym udarze

Dla potencjalnych uczestników badania w tej grupie zastosowano następujące szczegółowe kryteria włączenia:

- przebyty udar mózgu rozpoznany zgodnie z kryteriami diagnostycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, z wyłączeniem przebytego przemijającego napadu niedokrwienego,
- wystąpienie objawów depresyjnych w czasie 1–6 miesięcy po przebyłym udarze mózgu u chorych, u których nie stwierdzano takich objawów przed wystąpieniem udaru ani niechorujących wcześniej na nawracające zaburzenie depresyjne, chorobę afektywną dwubiegunową ani uporczywe zaburzenia nastroju,
- niestwierdzanie u chorego związanych z udarem lub istniejących wcześniej zaburzeń funkcji poznawczych nasilonych wystarczająco aby postawić diagnozę otępienia,
- nieobecność neurologicznych objawów ogniskowych o nasileniu lub charakterystyce klinicznej uniemożliwiającej skuteczną komunikację werbalną, czytanie lub pisanie, co mogłoby wpływać na rzetelność posługiwania się stosowanymi w badaniu narzędziami samoopisu (kwestionariuszami); w szczególności nie proponowano udziału w badaniu chorym ze znaczną nasiloną afazją, ruchową, czuciową lub mieszaną, aleksją lub agrafią, których obecność specjalista neurolog lub rehabilitacji medycznej oceniał jako potencjalnie zaburzający udział chorego w badaniu,
- nieobecność klinicznie istotnych zaburzeń narządów zmysłów (wzroku i słuchu), ocenianych klinicznie jako mogących zaburzyć rozumienie instrukcji i udzielanie adekwatnych odpowiedzi na pytania zawarte w narzędziach samoopisu (kwestionariuszach); oceny takiej dokonywał specjalista psychiatra i była ona kliniczna. Nie proponowano udziału w badaniu chorym niewidomym, ze znacznym upośledzeniem wzroku uniemożliwiającym czytanie oraz ze

znacznym, nieskorygowanym aparatem słuchowym, upośledzeniem słuchu utrudniającym w sposób istotny komunikację werbalną,

- nieobecność innych niż udar chorób somatycznych (ogólnoustrojowych) lub mózgu (zwłaszcza choroby Parkinsona) mogących lepiej przeżyć udar wyjaśniać wystąpienie objawów depresyjnych,
- nieobecność cech uzależnienia od alkoholu lub innych substancji mogącego lepiej niż przeżyty udar wyjaśniać wystąpienie objawów depresji,
- nieobecność współistniejącego specyficznego zaburzenia osobowości (zwłaszcza typu borderline), mogącego lepiej niż przeżyty udar wyjaśniać wystąpienie objawów depresji.

2.1.4. Chorzy z depresją w przebiegu choroby Parkinsona

Dla potencjalnych uczestników badania w tej grupie zastosowano następujące szczegółowe kryteria włączenia:

- choroba Parkinsona rozpoznana na podstawie UK Parkinson's Disease Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria (Hughes i in., 1992), z wyłączeniem przypadków o wczesnym początku, z nietypową reakcją na stosowanie lewodopy, parkinsonizmów ocenionych jako prawdopodobnie wtórne do innych czynników (np. parkinsonizm polekowy, toksyczny, pozapalny, porazowy, naczyniopochodny) oraz zespołów parkinsonizm-plus,
- wystąpienie objawów depresyjnych w czasie nie krótszym niż 6 miesięcy po postawieniu diagnozy choroby Parkinsona u chorych, u których nie stwierdzano takich objawów przed postawieniem diagnozy choroby Parkinsona ani niechorujących wcześniej na nawracające zaburzenie depresyjne, chorobę afektywną dwubiegunową ani uporczywe zaburzenia nastroju,
- nieobecność neurologicznych objawów ogniskowych o nasileniu lub charakterystyce klinicznej uniemożliwiającej skuteczną komunikację werbalną, czytanie lub pisanie, co mogłoby wpływać na rzetelność posługiwania się stosowanymi w badaniu narzędziami samoopisu (kwestionariuszami); w szczególności nie proponowano udziału w badaniu chorym ze znacznie nasilonym drżeniem, sztywnością lub akinezą, których obecność specjalista neurolog oceniał jako potencjalnie zaburzający udział chorego w badaniu,
- nieobecność klinicznie istotnych zaburzeń narządów zmysłów (wzroku i słuchu), ocenianych klinicznie jako mogących zaburzyć rozumienie instrukcji i udzielanie adekwatnych odpowiedzi na pytania zawarte w narzędziach samoopisu (kwestionariuszach); oceny takiej dokonywał specjalista psychiatra i była ona kliniczna. Nie proponowano udziału w badaniu chorym niewidomym, ze znacznym upośledzeniem wzroku uniemożliwiającym czytanie oraz ze znacznym, nieskorygowanym aparatem słuchowym, upośledzeniem słuchu utrudniającym w sposób istotny komunikację werbalną,
- nieobecność innych niż udar chorób somatycznych (ogólnoustrojowych) lub mózgu (zwłaszcza przeżytego udaru) mogących lepiej choroba Parkinsona wyjaśniać wystąpienie objawów depresyjnych,
- nieobecność cech uzależnienia od alkoholu lub innych substancji mogącego lepiej niż choroba Parkinsona wyjaśniać wystąpienie objawów depresji,
- nieobecność współistniejącego specyficznego zaburzenia osobowości (zwłaszcza typu borderline), mogącego lepiej niż choroba Parkinsona wyjaśniać wystąpienie objawów depresji.

2.1.5. Uwagi podsumowujące stosowane kryteria włączenia do badania

Kryteria pozwalające na zaproponowanie chorym udziału w projekcie konstruowano tak, aby w miarę możliwości, ujednocilić grupy badane i wykluczyć kontaminację grup badanych chorym, mogącym spełniać kryteria przynależności do innej grupy badanej. Ponadto, zidentyfikowano czynniki (neuropsychiatryczne, psychologiczne i poznawcze) mogące w sposób istotny zaburzyć sam przebieg badania, w tym stosowanie kwestionariuszy samoopisu, a także możliwość wyrażenia świadomej

i swobodnej zgody na udział w badaniu. Warto ponadto podkreślić, że w przypadku chorych z depresją po przebytych udarze i w przebiegu choroby Parkinsona nie zakładano *explicite*, że objawy depresyjne wynikają z tych diagnoz w sposób biologiczny, pozwalający na rozpoznawanie u tych chorych organicznych zaburzeń nastroju ani że są one psychologiczną reakcją adaptacyjną, związaną z postawieniem diagnozy lub postrzeganą czy rzeczywistą niepełnosprawnością. Przyjęto ogólne kryterium fenomenologiczne (spełnianie kryteriów dla epizodu depresji) bez założeń etiopatogenetycznych.

2.1.6. Trudności w praktycznym przeprowadzeniu badania: chorzy spełniający kryteria a chorzy rzeczywiście włączeni do badania

W toku prowadzenia rekrutacji do badania napotymano na kilka typowych problemów związanych z rekrutacją chorych. W sposób oczywisty spodziewano się, że niektórzy pacjenci spełniający kryteria nie będą zgadzali się na udział w badaniu, podając konkretne powody lub nie. Nieoczekiwanie odsetek chorych nieudzielających zgody na udział w badaniu był bardzo niski, co prawdopodobnie wynikało z dobrego kontaktu terapeutycznego z prowadzącymi ich klinicystami. Z wyłonionej początkowo grupy 255 chorych (w czterech predefiniowanych podgrupach, patrz dalej) zgody na udział w badaniu nie wyraziło 38 osób (w tym 12 w grupie powyżej 65. roku życia, 18 w przedziale wiekowym 30–50 lat, 5 u chorych po przebytych udarze oraz 3 chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona).

Grupa chorych w przedziale wiekowym 30–50 prawie nigdy nie podawała żadnych przyczyn odmowy udziału w projekcie, jeden pacjent (z epizodem o nasileniu ciężkim) obawiał się, że zadanie będzie dla niego zbyt trudne, kolejny wyrażał niepokój co do zapewnienia anonimowości.

W grupie chorych starszych najczęstszą przyczyną odmowy była obawa co do umiejętności wypełnienia kwestionariuszy (8 chorych), chorzy z tej grupy byli starsi niż pozostali, włączeni do badania (średnia wieku $79,8 \pm 7,5$) subiektywnie źle oceniali też swoje funkcjonowanie poznawcze, niechęć członków najbliższej rodziny do dodatkowych, nieocenianych jako niezbędne działań (dotyczyło 3 chorych) oraz skargi na problemy ze wzrokiem (4 chorych, u żadnego z nich bez przesłanek klinicznych wskazujących na dysfunkcję wzroku uniemożliwiającą wypełnienie kwestionariusza); liczby zliczają się do wartości większej niż 12, ponieważ niektórzy chorzy podawali więcej niż jeden powód odmowy.

W grupie chorych po przebytych udarze odnotowano dwa powody odmowy udziału w badaniu. Były to wątpliwości bliskich chorego co do możliwego negatywnego wpływu badania na i tak zły stan psychiczny oraz wskazanie na trudności w pisaniu u 2 chorych leżących.

W grupie chorych z chorobą Parkinsona jedynym powodem odmowy były subiektywnie odczuwane trudności z pisaniem związane z nasileniem drżenia.

Biorąc pod uwagę niewielką liczbę odmów, wydaje się, że kryteria doboru oraz sam proces rekrutacji nie wpływały istotnie na wiarygodność uzyskanych wyników.

2.2. Zastosowane narzędzia psychometryczne

W badaniu stosowano następujące narzędzia diagnostyczne i badawcze:

- kryteria rozpoznawcze dla epizodu depresji według ICD-10,
- kryteria rozpoznawcze dla udaru według WHO (projekt MONICA) (Asplund i in., 1988),
- kryteria rozpoznawcze dla choroby Parkinsona według UK Parkinson's Disease Brain Bank Clinical Criteria (Hughes i in., 1992; Jankovic, 2008),
- kwestionariusz depresji Becka w wersji II (Beck Depression Inventory, BDI-II) (Beck i in., 1961; Beck, Steer i Brown, 1996),
- kwestionariusz depresji Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) (Yesavage i in., 1982; Leshner i Berryhill, 1994) w oryginalnej wersji 30-itemowej,
- skala depresji Hamiltona (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D) w wersji 17-itemowej (Hamilton, 1960; Hedlund i Viewing, 1979; Williams, 1989; Bagby i in., 2004),

- skala depresji Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale w wersji 10-itemowej (Montgomery i Åsberg, 1979; Williams i Kobak, 2008),
- autorski, krótki kwestionariusz oparty o kryteria objawowe ICD-10.

2.2.1. Inwentarz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory, BDI*)

To klasyczne narzędzie samoopisu powstało w znacznej mierze w oparciu o przesłanki teoretyczne wynikające z poznawczej teorii depresji. Stąd obecność w nim pozycji odwołujących się do negatywnych wzorców poznawczych, jak pesymizm, poczucie winy i kary, negatywny obraz własnego ciała czy trudności w podejmowaniu decyzji. BDI podlegało modyfikacjom odzwierciedlającym zmiany kryteriów diagnostycznych dla depresji. W pracy wykorzystano wersję narzędzia z 1996 roku, dostosowaną do kryteriów diagnostycznych DSM-IV (wersja BDI-II). Istotną różnicą tej wersji jest odmienne ocenianie nasilenia depresji w porównaniu do wersji poprzednich. W oryginalnej wersji sugerowany punkt odcięcia wynosił 12 punktów, podczas gdy obecnie proponowany jest na poziomie 14 punktów. Dokonano ponadto zmiany niektórych pozycji kwestionariusza, między innymi obok spadku masy ciała pojawił się także alternatywnie jej wzrost, usunięto pozycje dotyczące zmiany obrazu ciała, trudności w pracy i zaniepokojenia stanem zdrowia (hipochondria), a wprowadzono pobudliwość, utratę poczucia własnej wartości oraz trudności z koncentracją. W polskiej adaptacji BDI-II uzyskano bardzo dobre wskaźniki „dobroci” pomiaru. Współczynniki mocy dyskryminacyjnej (skorygowane współczynniki korelacji pozycja–skala) pozycji wynosiły: w grupie kontrolnej od 0,48 do 0,70 ($M = 0,59$, $Me = 0,61$) oraz w grupie klinicznej od 0,38 do 0,79 ($M = 0,66$, $Me = 0,69$). Dla całej skali współczynnik alfa Cronbacha wyniósł natomiast odpowiednio 0,93 i 0,95. Wskazuje to, że polska translacja BDI-II nie tylko spełnia kryteria równoważności psychometrycznej adaptacji kulturowej, lecz także może być stosowana zarówno w badaniach naukowych, jak i indywidualnych (Zawadzki, Popiel i Pragłowska, 2009). Zgodnie z rekomendacjami Psychological Corporation (1996) i wynikami polskiej adaptacji przyjęto w pracy punkt odcięcia na poziomie 14 punktów (epizod łagodny 14–19 punktów; epizod umiarkowany 20–28 punktów i wartości powyżej 29 punktów – epizod ciężki) (Beck i in., 1996; Zawadzki, Popiel i Pragłowska, 2009).

2.2.2. Geriatryczna Skala Depresji (*Geriatric Depression Scale, GDS*)

Wbrew nazwie narzędzie to jest kwestionariuszem samoopisu, podobnie jak BDI. W odróżnieniu od BDI zostało ono opracowane specyficznie dla populacji chorych w wieku podeszłym i uwzględnia ono specyfikę obrazu klinicznego depresji w tej grupie wiekowej, zwłaszcza obecność licznych objawów somatycznych, niekoniecznie związanych z depresją. GDS zawiera 30 pytań (wersja podstawowa, używana w tym badaniu), na które odpowiada się w systemie tak–nie. Wyniki powyżej 10 punktów sugerują obecność depresji. Specyfiką tego narzędzia jest brak uwzględnienia tradycyjnego podziału epizodu depresyjnego pod względem nasilenia na łagodny, umiarkowany i ciężki. GDS wyróżnia tylko dwa stopnie, łagodny (10–19 punktów) i ciężki (powyżej 20 punktów) co uniemożliwia bezpośrednie porównanie z BDI czy skalami klinicznymi w zakresie trafności rozpoznawania poszczególnych nasileń epizodów depresyjnych. Szczególną cechą GDS jest też sposób liczenia punktów, niektóre pozycje są punktowane odwrotnie (czyli 1 punkt za odpowiedź nie) a odczytanie wyniku wymaga posiadania klucza (szablonu). Miało to zapobiegać nadmiarowemu ocenianiu obecności objawów przez poddawanych badaniu chorych poprzez skłanianie ich do dokładnego czytania pytań. Narzędzie jest relatywnie rzadko stosowane w badaniach naukowych, natomiast powszechnie w praktyce klinicznej, co umożliwili autorzy umieszczając je w domenie publicznej (użycie bez licencji) i pozwalając na tłumaczenie na każdy język. W oryginalnej wersji GDS rzetelność szacowano za pomocą współczynnika α Cronbacha oraz rzetelności półwkowej z wykorzystaniem formuły Spearmana–Browna. Współczynnik rzetelności α Cronbacha wynosił $\alpha = 0,94$, identyczną wartość współczynnika ($r = 0,94$) osiągnięto w pomiarze rzetelności półwkowej tego narzędzia (Yesavage i in., 1982). Czułość i swoistość skali GDS wynosiły odpowiednio 84% i 95%. Dowiedziono także wysokiej trafności zbieżnej GDS i Inwentarza Depresji Becka (BDI). Korelacja między oboma narzędziami wyniosła $r = 0,91$. Co więcej, wyniki badań wskazują, że wypełnianie GDS sprawiało badanym znacznie mniej trudności niż udzielanie

odpowiedzi na pytania BDI. Ponadto podczas wypełniania BDI częściej niż podczas wypełniania GDS badani wybierali więcej niż jedną odpowiedź (Olin i in., 1992). GDS została przetłumaczona na język polski i udostępniona do wykorzystywania w praktyce klinicznej przez firmę Servier. Pełnej walidacji narzędzia nigdy nie dokonano. Wykorzystując dostępne tłumaczenie oszacowano czułość skali w grupie 208 osób powyżej 55 roku życia na poziomie 81% (Bidzan i in., 2002; Albiński, Kleszczewska-Albińska i Bedyńska, 2011).

2.2.3. Skala Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D)

HAM-D jest narzędziem wymagającym obecności klinicysty (lekarza, psychologa) przeszkolonego w zakresie jego wykonywania, ma więc ona charakter testu obserwacyjnego, a nie narzędzia samoopisu. Większość podręczników przyjmuje punkt odcięcia na poziomie 10 punktów jako wskazujący na obecność objawów depresji na poziomie łagodnym (Williams, 1989). HAM-D jest używana głównie w kontekście badań klinicznych, w których stosowana jest zwykle jako kryterialne narzędzie włączające oraz jako narzędzie do oceny efektywności leczenia. Wynik poniżej 7 punktów zwykle uważa się jako stan bez objawów klinicznych, a do włączenia do badania klinicznego zwykle oczekiwany jest wynik na poziomie 18 punktów i więcej (według wersji oryginalnej ciężka depresja).

2.2.4. Skala Depresji Montgomery'ego-Åsberga (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale)

Podobnie jak HAM-D jest to test obserwacyjny wymagający przygotowanego oceniającego klinicysty. Została ona opracowana z myślą o badaniach klinicznych jako narzędzie o większej czułości (niż HAM-D) do wykrywania zmiany w stanie psychicznym (czyli w badaniach skuteczności leków lub psychoterapii). W praktyce klinicznej MARDS jest stosowana wyjątkowo rzadko a polskie wersje narzędzia pochodzą wyłącznie z badań klinicznych. Wynik powyżej 7 punktów jest zwykle uważany za wskazujący na obecność depresji.

2.2.5. Krótki kwestionariusz własny (opracowany na potrzeby obecnego badania)

W praktyce klinicznej zarówno narzędzia samoopisu, jak i skale kliniczne, są trudne do stosowania, czasochłonne, wymagają przeszkolenia oraz umiejętności interpretacji wyników. Dlatego dla celów tego badania skonstruowano oryginalne, nowe, krótkie narzędzie, oparte bezpośrednio o kryteria diagnostyczne depresji według ICD-10.

Narzędzie to zawiera trzy pytania fenomenologiczne (o obecność podstawowych objawów depresji, utraty energii, anhedonii i smutku) oraz dwa pytania dotyczące przebiegu (wpływu na funkcjonowanie) i trwałości tych objawów (występowanie codzienne lub przez większość czasu). Założono, że odpowiedź twierdząca na co najmniej dwa pytania fenomenologiczne i oba pytania dodatkowe powinna dać praktycznie 100% wskaźnik swoistości (zgodnie z kryteriami dla depresji takiego układu odpowiedzi nie można oczekiwać od osób bez depresji). W pracy oceniano wskaźniki swoistości i czułości innych konstelacji odpowiedzi.

2.3. Ogólny plan prowadzonych badań

Pierwszą oceną dokonywana w badaniu było rozpoznanie depresji według kryteriów ICD-10 i przypisanie tym epizodom nasilenia klinicznego (epizod łagodny, umiarkowany lub ciężki) według kryteriów zawartych tamże.

Zestawem narzędzi psychometrycznych, opisanych powyżej, chorzy byli oceniani dwukrotnie: w momencie włączenia do badania (aktywna faza depresji, epizod co najmniej łagodny) i w momencie kiedy nie spełniali już kryterium objawowego dla depresji według ICD-10 (remisja objawowa). Tak przyjęty sposób badania ma dwie implikacje praktyczne: po pierwsze nie zaplanowano z góry żadnych punktów czasowych drugiej oceny, po drugie nie wprowadzono do badania grupy kontrolnej (bez objawów), jako że ci sami chorzy analizowani w fazie depresji i bez objawów służyli sobie jako grupa badana i kontrolna (analiza wyników parami).

Zgodnie z zasadami stosowania narzędzi chorzy w pierwszej kolejności i samodzielnie udzielali odpowiedzi na pytania trzech kwestionariuszy. W przypadkach gdy chorzy mieli wątpliwości co do

odpowiedzi dopuszczano klaryfikację zadawanego pytania, unikając bezpośrednich sugestii. Następnie chorzy byli oceniani za pomocą obu używanych w badaniu skal klinicznych. Zgodnie z ogólną zasadą oceniania w skalach klinicznych przyjęto zasadę wyższego punktowania w sytuacjach wątpliwych, a w przypadku wątpliwości interpretacyjnych odnotowywano ten fakt (wraz z opisem wątpliwości) i konsultowano z drugim klinicystą.

2.4. Metody statystyczne

Dla cech mierzalnych ciągłych wyliczano wartości średnie i odchylenia standardowe, a porównań dokonywano testem t-Studenta (dopuszczano użycie testu nieparametrycznego U Manna–Whitneya, gdyby rozkłady oceniane testem Shapiro okazywały się odbiegać od normalnego). Dla cech mierzalnych binarnych analizowano rozkłady, a porównań dokonywano przy pomocy testu χ^2 oraz, alternatywnie, testu tau-b Kendalla). Wyniki liczbowe skal i kwestionariuszy traktowano jako cechy mierzalne pseudo-ciągłe. Wyliczono dla nich zatem średnie i odchylenia standardowe, ale także wartości medianowe. Ze względu na rozkłady odbiegające od normalnego (skośność w kierunku wyników wyższych, patologicznych) porównań dokonywano przy pomocy testu t-Studenta z poprawką Levene'a na różnice w wariancji. Oceny efektywności klinicznej w odróżnianiu depresji od stanu prawidłowego dokonywano w oparciu o tablice kontyngencji 2x2 z użyciem testu dokładnego Fishera. Tablice te budowano na zasadzie tablic pomyłek (ang. *confusion matrices*). Tablica pomyłek jest stosowana przy ocenie jakości klasyfikacji binarnej (na dwie klasy). Dane oznaczone etykietami: pozytywną i negatywną poddawane są klasyfikacji, która przypisuje im predykowaną klasę pozytywną albo predykowaną klasę negatywną. Możliwa jest sytuacja, że dana oryginalnie oznaczona jako pozytywna zostanie omyłkowo zaklasyfikowana jako negatywna. Wszystkie takie sytuacje przedstawia tablica pomyłek.

Tablica ma dwa wiersze i dwie kolumny. Wiersze przedstawiają klasy oryginalne, kolumny zaś klasy predykowane (tabela 2).

Tabela 2. Schemat tablicy pomyłek.

	Klasa predykowana pozytywna	Klasa predykowana negatywna
Klasa rzeczywista pozytywna	prawdziwie pozytywna (TP)	fałszywie negatywna (FN)
Klasa rzeczywista negatywna	fałszywie pozytywna (FP)	prawdziwie negatywna (PN)

Wyliczano czułość, swoistość, ogólny wskaźnik dokładności diagnostycznej testu (ang. *accuracy*), pozytywną i negatywną wartość predykcyjną testu oraz wskaźnik Youdena J (według wzoru czułość + swoistość -1). Wskaźnik ten jest proponowany jako zbiorcze narzędzie do ogólnej oceny trafności testu diagnostycznego (Youden, 1950). Wartość J mieści się w zakresie od 0 (identyczna proporcja pozytywnego wyniku testu w grupie z i bez obecnej patologii, test bezużyteczny) do 1 (brak wyników fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych, test perfekcyjny). Pozostałe miary wyliczono za pomocą wzorów:

- czułość (ang. *sensitivity*) lub odsetek prawdziwie pozytywnych (ang. *true positive rate*, TPR), $TPR = TP/P = TP/(TP + FN)$;
- swoistość (ang. *specificity*, SPC) lub odsetek prawdziwie negatywnych (ang. *true negative rate*, TNR), $TNR = TN/N = TN/(FP + TN)$;
- dokładność (ang. *accuracy*, ACC), $ACC = (TP + TN)/(P + N)$.

Do powyższych analiz wykorzystano kalkulator online opracowany przez Farrokha Habibzadeha na podstawie podręcznika Rossnera. Pozostałych analiz dokonywano za pomocą pakietu statystycznego SPSS for Windows (wersja 19).

3. Wyniki

3.1. Ogólna charakterystyka grup badanych (ze względu na wiek, płeć i nasilenie indeksowego epizodu)

Przebadano ogółem 217 osób (w tym 133 kobiety) w czterech wydzielonych *a priori* grupach badanych: >65 roku życia (N = 79), w przedziale wiekowym 30–50 lat (N = 60), z depresją po przebytych udarach (N = 35) oraz z depresją w przebiegu choroby Parkinsona (N = 42). Spośród badanych chorych epizod łagodny rozpoznawano u 79, umiarkowany u 99, a ciężki u 38 osób.

W tabeli 3 zestawiono dane dotyczące wieku, płci oraz nasilenia epizodu depresji ocenianego według klinicznych kryteriów ICD-10.

Tabela 3. Ogólna charakterystyka badanych grup chorych.

Grupa badana	Liczba chorych	Średnia wieku (\pm odchylenie standardowe)	Rozkład według płci (kobiety / mężczyźni)	Rozkład według nasilenia epizodu (epizod łagodny / umiarkowany / ciężki)
>65 roku życia	79	76,4 \pm 5,5	57 / 22	24 / 39 / 16
>30<50 roku życia	60	39,6 \pm 5,5	43 / 17	15 / 30 / 15
po przebytych udarach	35	70,5 \pm 7,0	15 / 20	17 / 15 / 3
w przebiegu choroby Parkinsona	42	69,9 \pm 6,6	18 / 24	23 / 15 / 4

Rozkłady dla wieku w poszczególnych grupach spełniały kryteria dla rozkładu normalnego. W tabeli 4 przedstawiono wyniki analizy rozkładu z wykorzystaniem dwóch alternatywnych testów.

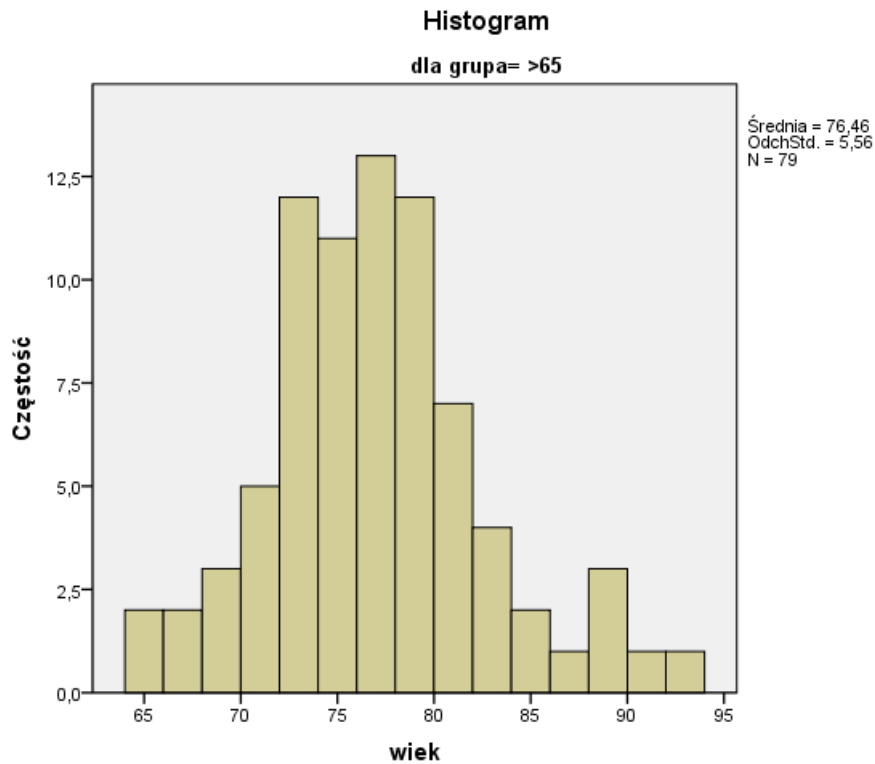
Tabela 4. Analiza rozkładu wieku w poszczególnych grupach.

Grupa badana	Kolmogorow–Smirnow ^a			Shapiro–Wilk		
	Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
>65	,097	79	,061	,973	79	,092
30–50	,084	60	,200*	,967	60	,103
wiek po udarze	,095	35	,200*	,964	35	,296
z chorobą Parkinsona	,106	42	,200*	,959	42	,131

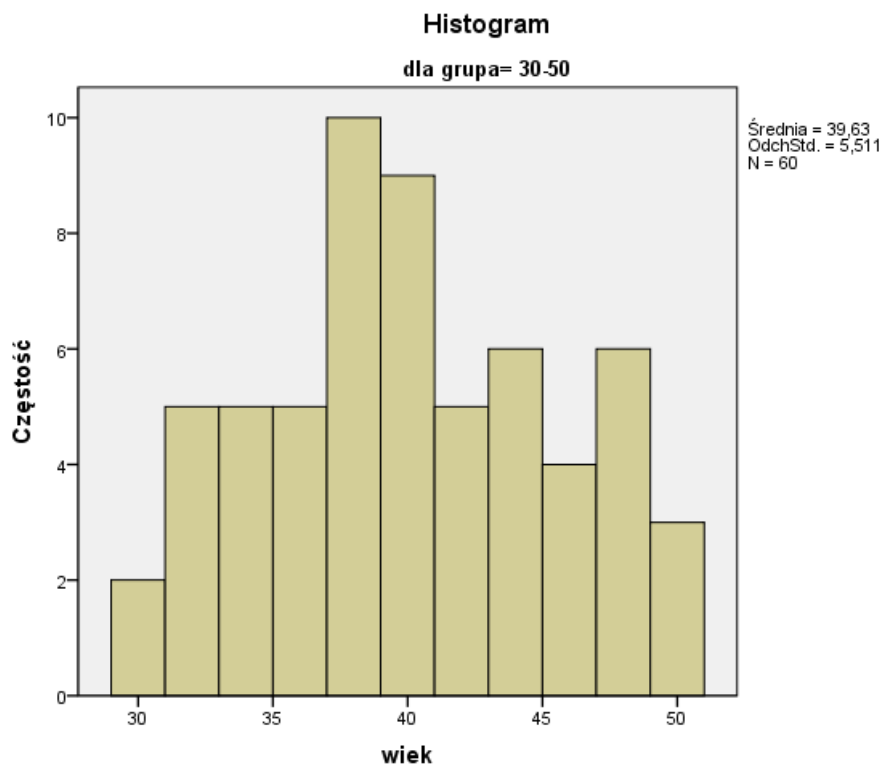
^a Z poprawką istotności Lillieforsa.

* Dolna granica rzeczywistej istotności.

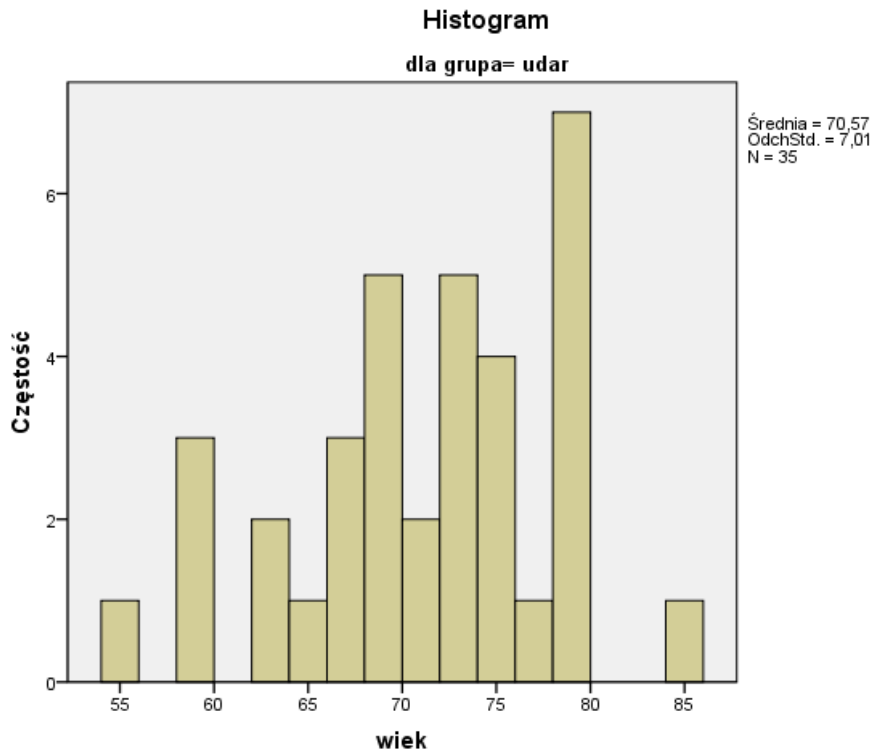
Na rycinach 1–4 przedstawiono rozkłady w poszczególnych grupach z podziałem na wiek badanych.



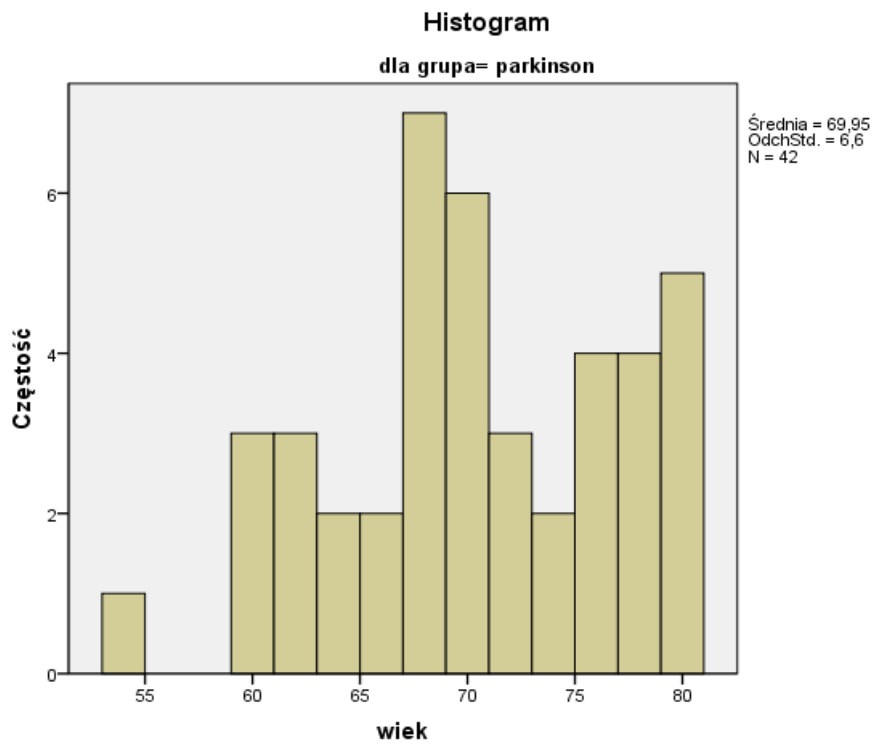
Rycina 1. Rozkład wieku badanych w grupie osób po 65. roku życia.



Rycina 2. Rozkład wieku badanych w grupie osób w wieku 30–50 lat.

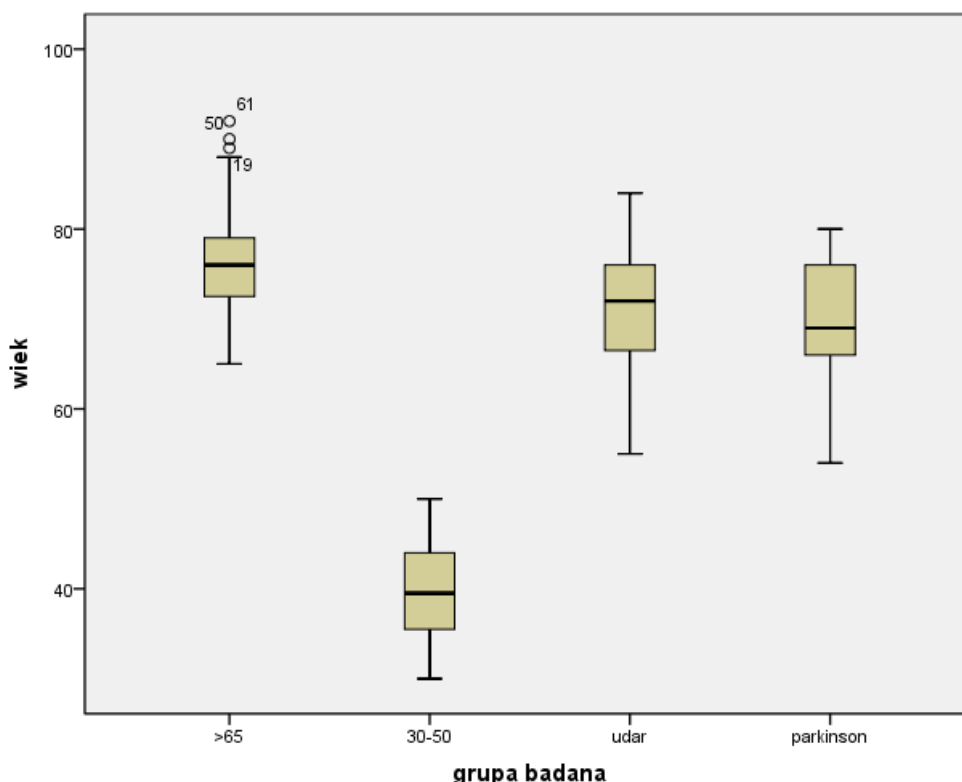


Rycina 3. Rozkład wieku badanych w grupie osób po przebyłym udarze.



Rycina 4. Rozkład wieku badanych w grupie osób z chorobą Parkinsona.

Zgodnie z przyjętym *a priori* kryterium włączenia grupa chorych po 65. roku życia była istotnie starsza od grupy chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat (test t dla równości średnich; różnica średnich $35,9 \pm 1,0$; $t = 35,2$; $p < 0,0001$). Grupa chorych w wieku powyżej 65 lat była także istotnie starsza od grupy chorych po przebytych udarze (test t dla równości średnich; różnica średnich $4,9 \pm 1,3$; $t = 3,7$; $p = 0,001$) oraz od grupy chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona (test t dla równości średnich; różnica średnich $5,5 \pm 1,2$; $t = 4,5$; $p < 0,001$). Różnice te były oczekiwane i wynikały z obecności w grupie chorych >65 lat kilku pacjentów w wieku około 90. roku życia i starszych. Na rycinie 5 przedstawiono rozkład wieku dla poszczególnych grup badanych. W grupie chorych >65 roku życia zaznaczono (otwarte koła, liczby oznaczają numer z bazy danych badania) chorych, dla których wartości wieku spełniają statystyczne kryterium dla obserwacji odstających (ang. *outliers*).

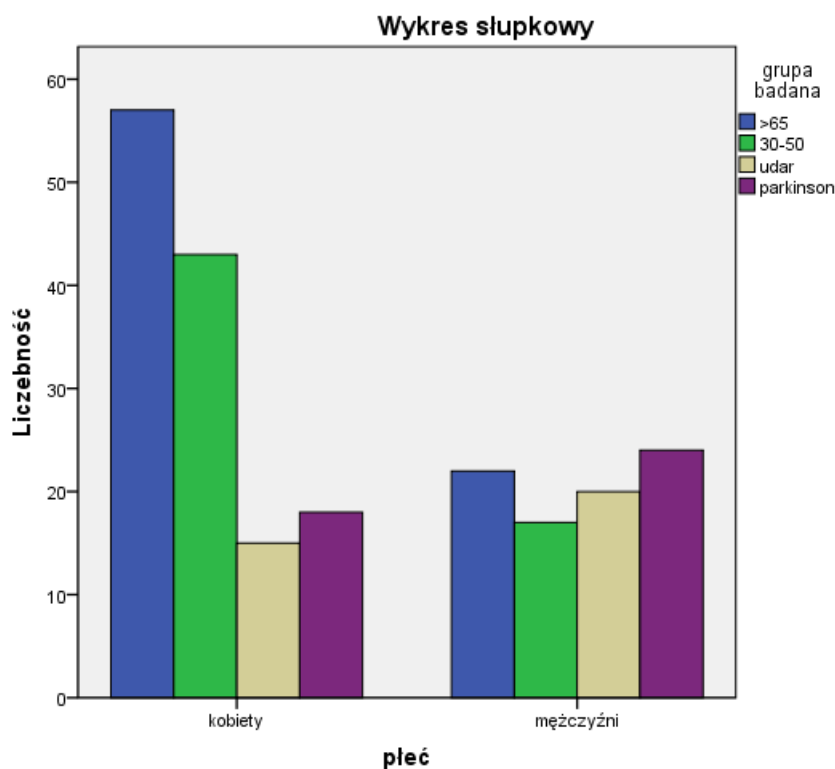


Rycina 5. Rozkład wieku dla poszczególnych badanych grup.

Rozkłady dla płci różniły się istotnie w grupach badanych. O ile w obu grupach wyodrębnionych ze względu na wiek (>65 roku życia i w przedziale wiekowym 30–50 lat) obserwowano, zgodnie z danymi epidemiologicznymi, przewagę kobiet, o tyle, zarówno w grupie chorych po przebytych udarze i w grupie chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona liczniejsi byli mężczyźni (tabela 5 i rycina 6).

Tabela 5. Analiza rozkładu płci w poszczególnych grupach.

	Grupa badana				Ogółem
	>65	30–50	po udarze	z chorobą Parkinsona	
kobiety	57	43	15	18	133
mężczyźni	22	17	20	24	83
ogółem	79	60	35	42	216



Rycina 6. Rozkład płci badanych w poszczególnych grupach.

Ogólna analiza porównawcza ze względu na rozkład płci pomiędzy grupami wskazuje na istotną statystycznie heterogenność tych rozkładów ($\chi^2 = 17,7$, $p < 0,0001$; test tau-b Kendalla = 0,23, asymptotyczny błąd standardowy = 0,06, $p < 0,0001$). Z uwagi na taki ogólny wynik (trend) dotyczący rozkładów dla płci przeprowadzono porównania parami, aby ustalić obecność ewentualnych różnic pomiędzy poszczególnymi grupami badanymi. Wyniki tych porównań zestawiono w tabeli poniżej (w macierzy podano wartości testu χ^2 z poprawką Yatesa). Jak wynika z tabeli rozkład ze względu na płeć nie różnił się pomiędzy grupami wyłonionymi ze względu na wiek (w obu tych grupach wyraźna przewaga odsetka kobiet), a także pomiędzy grupami chorych po przebyciu udaru i w przebiegu choroby Parkinsona (w obu grupach przewaga mężczyzn w badanych grupach). Obserwowano natomiast istotne statystycznie różnice rozkładów w pozostałych parach (wyniki istotne statystycznie wytłuszczono w tabeli 6).

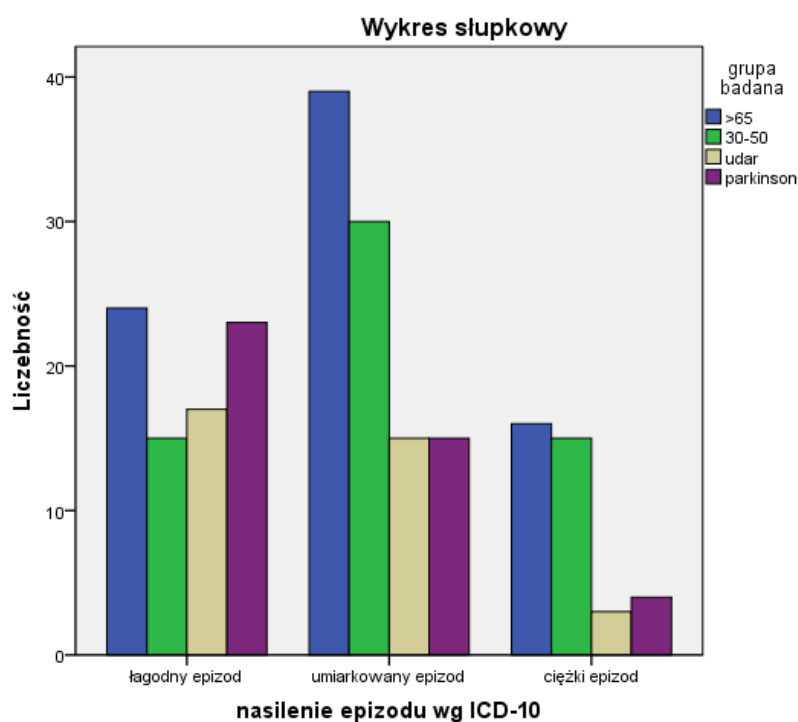
Tabela 6. Różnice rozkładu płci badanych między grupami.

Grupy badane	>65 roku życia	30–50 rok życia	po udarze	z chorobą Parkinsona
>65 roku życia		$\chi^2=0,04$; $p=0,95$	$\chi^2=7,7$; $p=0,005$	$\chi^2=8,7$; $p=0,003$
30–50 rok życia			$\chi^2=6,5$; $p=0,01$	$\chi^2=7,3$; $p=0,007$
po udarze				$\chi^2=0$; $p=1$
z chorobą Parkinsona				

Obserwowano różnice pomiędzy grupami dotyczące rozkładu ze względu na ciężkość epizodu. W obu grupach wtórnych do chorób somatycznych było relatywnie mniej przypadków depresji o nasileniu ciężkim w porównaniu do obu grup wyłonionych ze względu na wiek. Rozkłady te zestawiono w tabeli 7 poniżej oraz na wykresie słupkowym (rycina 7).

Tabela 7. Rozkład nasilenia epizodu depresji w poszczególnych grupach.

Grupa badana				Ogółem
>65	30–50	po udarze	z chorobą Parkinsona	
24	15	17	23	dane
39	30	15	15	79
16	15	3	4	99
79	60	35	42	38



Rycina 7. Rozkład nasilenia epizodu depresji w poszczególnych grupach.

Ogólna analiza porównawcza ze względu na rozkład nasilenia epizodu pomiędzy grupami wskazuje na istotną statystycznie heterogenność tych rozkładów ($\chi^2 = 15,0$, $p = 0,02$; test tau-b Kendalla = $-0,2$, asymptotyczny błąd standardowy = $0,06$, $p = 0,004$). Z uwagi na taki ogólny wynik (trend) dotyczący rozkładów dla nasilenia epizodu przeprowadzono porównania parami, aby ustalić obecność ewentualnych różnic pomiędzy poszczególnymi grupami badanymi. Wyniki tych porównań zestawiono w tabeli 8 (w macierzy podano wartości testu χ^2 z poprawką Yatesa).

Tabela 8. Różnice rozkładu nasilenia epizodu depresji między grupami.

Grupy badane	>65 roku życia	30–50 rok życia	po udarze	z chorobą Parkinsona
>65 roku życia		$\chi^2=0,7$; $p=0,7$	$\chi^2=4,4$; $p=0,1$	$\chi^2=7,3$; $p=0,03$
30–50 rok życia			$\chi^2=7,0$; $p=0,03$	$\chi^2=10,2$; $p=0,006$
po udarze				$\chi^2=0,4$; $p=0,8$
z chorobą Parkinsona				

Jak wynika z tabeli 8, rozkłady nasilenia ciężkości epizodu nie różniły się istotnie pomiędzy grupami wyłoniłymi ze względu na wiek (najwięcej chorych z epizodem umiarkowanym) ani pomiędzy grupami z depresją po przebytych udarze i w przebiegu choroby Parkinsona (wyraźnie mniej chorych z epizodem ciężkim). Grupa chorych z chorobą Parkinsona charakteryzuje się względnie największym udziałem epizodów o nasileniu lekkim i różni się istotnie od obu grup wyłoniłymi ze względu na wiek, podczas gdy grupa chorych po przebytych udarze różni się w tym zakresie tylko od grupy pacjentów w przedziale wiekowym 30–50 lat. Różnica z grupą chorych starszych niż 65 lat jest tylko numeryczna i nie spełnia kryterium istotności statystycznej.

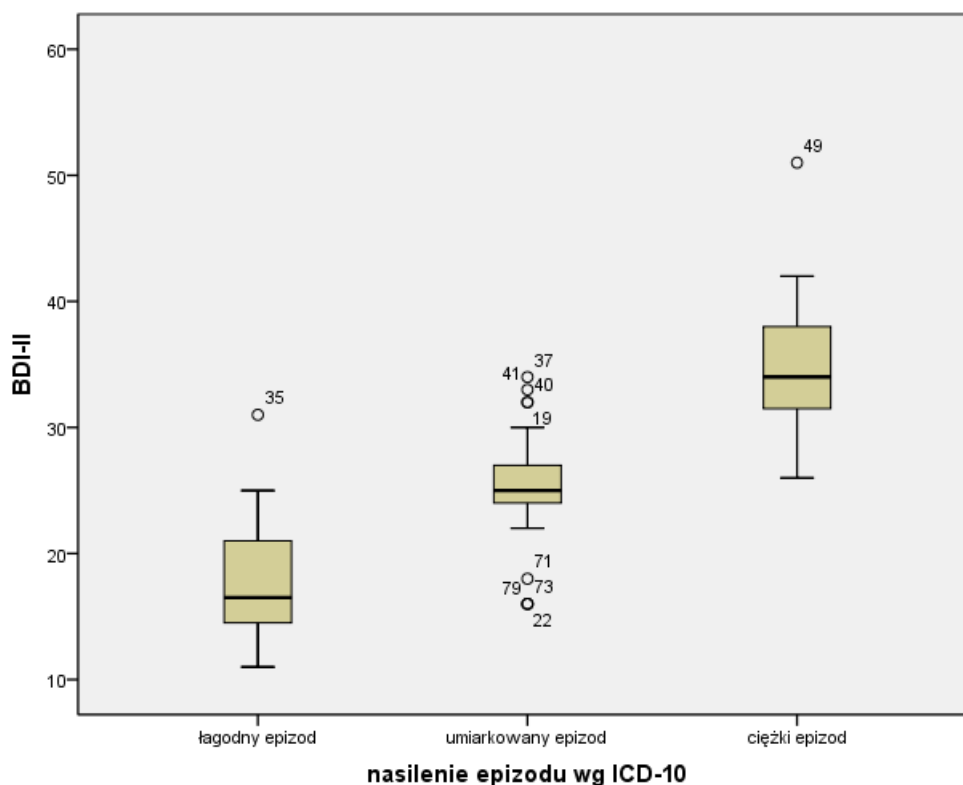
3.2. Wyniki uzyskane w BDI-II (Beck Depression Inventory) a obecność i nasilenie indeksowego epizodu

3.2.1. Grupa chorych w wieku powyżej 65 lat

Medianowe wartości uzyskiwane w kwestionariuszu Becka w tej grupie różniły się istotnie w zależności od nasilenia depresji ocenianego klinicznie. W grupie chorych z depresją o nasileniu łagodnym było to 16,5 punktu, umiarkowanym 25 punktów, a ciężkim 34 punkty. W tabeli 9 zestawiono wartości median, zakres wartości, wartości średnie oraz statystyczne porównania parami w tej grupie chorych, zaś na rycinie 8 przedstawiono graficznie rozrzut obserwowanych wyników.

Tabela 9. Porównania parami średnich wartości punktowych BDI w grupie osób po 65. roku życia.

Grupa chorych > 65 roku życia	BDI-II mediana	Zakres wyników	Średnia ± odchylenie standardowe	Porównania parami
epizody łagodne (N = 24)	16,5	11–31	17,8 ± 4,9	P < 0,0001 (vs umiarkowany)
epizody umiarkowane (N = 39)	25	16–34	25,4 ± 4,3	P < 0,0001 (vs ciężki)
epizody ciężkie (N = 16)	34	26–51	34,9 ± 6,1	P < 0,0001 (vs łagodny)



Rycina 8. Rozrzut wyników BDI w grupie osób po 65. roku życia w zależności od epizodu depresji.

Jak wynika z tabeli 9, średnie wartości punktowe w BDI-II uzyskiwane przez chorych w poszczególnych grupach różnią się istotnie statystycznie, niemniej jednak zakresy uzyskiwanych wyników nakładają się na siebie zarówno przy porównaniu epizodów łagodnych do umiarkowanych, jak i umiarkowanych do ciężkich. Według podręcznika do stosowanej wersji kwestionariusza wartości w zakresie 0–13 są traktowane jako norma (minimalne nasilenie objawów depresji, nie kliniczny epizod), 14–19 jako depresja o nasileniu łagodnym, 20–28 – umiarkowanym a > 29 – ciężkim. Jak widać na tabeli 9, a także rycinie 8 prezentującej rozrzut wyników, w badanej grupie obserwujemy dwa problemy. Po pierwsze istnieją chorzy, którzy pomimo spełniania klinicznych kryteriów dla depresji umożliwiających postawienie diagnozy epizodu co najmniej łagodnego, uzyskują w kwestionariuszu Becka wartość poniżej proponowanej wartości odcięcia czyli 14 punktów. W całej grupie 79 chorych w wieku powyżej 65. roku życia takich chorych jest jednak niewiele (N = 5) co wskazuje na wysoką efektywność przesiewową testu (ogółem jako cierpiących na depresję o dowolnym nasileniu zostało w ten sposób zaklasyfikowane 93,6% chorych).

Odrębne pytanie brzmi: czy wynik Inwentarza Becka poprawnie klasyfikuje chorych w wieku powyżej 65 lat do odpowiednich grup pod względem nasilenia objawów? Liczby chorych poprawnie i niepoprawnie sklasyfikowanych (według norm Psychological Corporation, 1996) zestawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Poprawność klasyfikacji chorych przez BDI do grup określających nasilenie objawów dla grupy osób po 65. roku życia.

Grupa kliniczna według nasilenia epizodu	Poprawnie sklasyfikowanych (frakcja)	Niepoprawnie sklasyfikowanych jako		
		bez depresji	epizod łagodny	epizod umiarkowany
epizod łagodny	11/24	5	7	1
epizod umiarkowany	27/39	0	4	8
epizod ciężki	14/16	0	2	

Jak widać w tabeli, w grupie chorych z epizodem łagodnym wynik Inwentarza Becka klasyfikuje poprawnie mniej niż połowę chorych. W przypadku 5 chorych nieprawidłowa klasyfikacja powoduje przypisanie chorym braku choroby, w pozostałych 8 przypadkach – nasilenie ocenione na podstawie wyniku jest większe niż według kryterialnej oceny klinicznej. W przypadku chorych z epizodem umiarkowanym poprawnie sklasyfikowanych jest ponad 2/3 chorych, w przypadku 4 chorych błąd polega na zaniżeniu nasilenia depresji, zaś w przypadku 8 na zawyżeniu. Jak można było oczekiwać najlepiej wynik inwentarza klasyfikuje chorych z depresją ciężką, tylko w 2 z 16 obserwacji chorzy zostali sklasyfikowani jako cierpiący z powodu epizodu umiarkowanego.

Podsumowując obserwacje dotyczące chorych w wieku powyżej 65. roku życia, należy stwierdzić, że Inwentarz Becka w tej grupie chorych sprawdza się bardzo dobrze jako test przesiewowy (tylko 6,4% wyników fałszywie ujemnych). Trudno jednak wysoko ocenić rzetelność tego narzędzia jako oceniającego nasilenie objawów depresji. W całej grupie badanej (N = 79) zgodność z diagnozą kliniczną postawioną na podstawie kryteriów ICD-10 uzyskano zaledwie w 42 z 79 przypadków (53,2%). Poza 5 przypadkami, w których wynik BDI-II wskazywałby na nieobecność depresji, obserwowano 6 przypadków zaniżenia nasilenia objawów oraz 16 przypadków zawyżenia nasilenia objawów depresji.

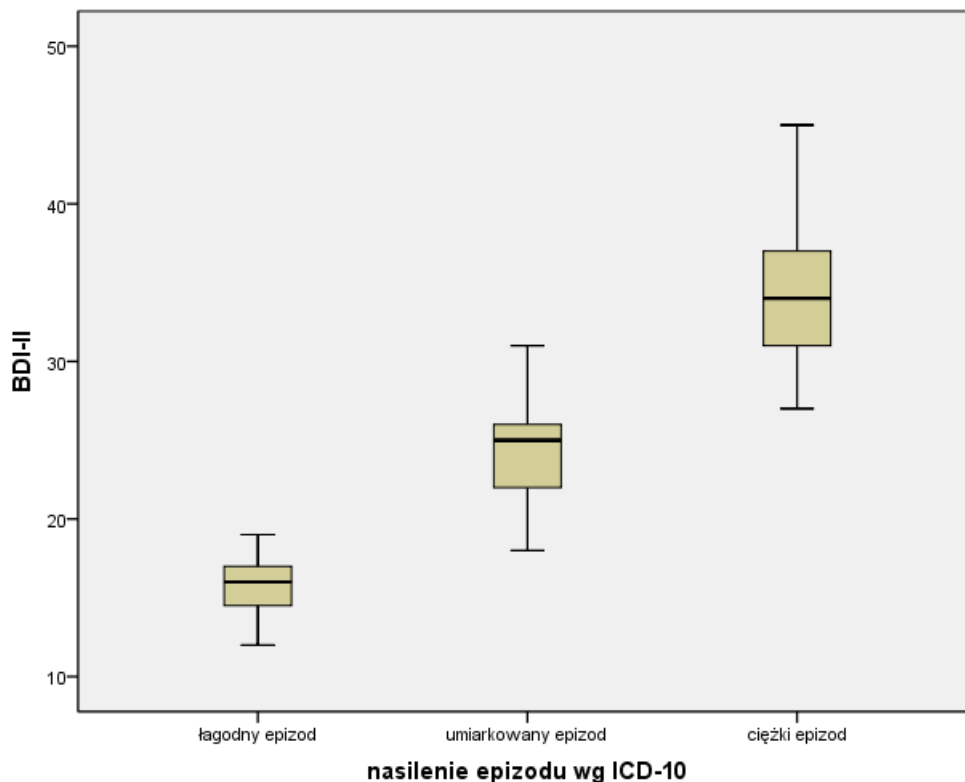
Wnioski: Wynik Inwentarza BDI-II w zakresie 14 punktów i więcej dobrze odzwierciedla obecność depresji u chorych po 65. roku życia, a odsetek wyników fałszywie ujemnych w tej grupie jest niewielki. Wynik Inwentarza BDI-II w blisko połowie przypadków błędnie klasyfikuje chorych pod względem nasilenia epizodu depresji.

3.2.2. Grupa chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat

Medianowe wartości uzyskiwane w kwestionariuszu Becka w tej grupie różniły się istotnie w zależności od nasilenia depresji ocenianego klinicznie. W grupie chorych z depresją o nasileniu łagodnym było to 16,5 punktu, umiarkowanym 25 punktów, a ciężkim 34 punkty. W tabeli 11 zestawiono wartości median, zakres wartości, wartości średnie oraz statystyczne porównania parami w tej grupie chorych, zaś na rycinie 9 przedstawiono graficznie rozrzut obserwowanych wyników.

Tabela 11. Porównania parami średnich wartości punktowych BDI w grupie osób w wieku 30–50 lat.

Grupa chorych w wieku 30–50 lat	BDI-II mediana	Zakres wyników	Średnia ± odchylenie standardowe	Porównania parami
epizody łagodne (N = 24)15	16	12–19	15,8 ± 1,9	P < 0,0001 (vs umiarkowany)
epizody umiarkowane (N = 39)30	25	18–31	24,3 ± 2,6	P < 0,0001 (vs ciężki)
epizody ciężkie (N = 16)15	34	27–45	34,8 ± 4,9	P < 0,0001 (vs łagodny)



Rycina 9. Rozrzut wyników BDI w grupie osób w wieku 30–50 lat w zależności od epizodu depresji.

Jak widać z tabeli 11 i ryciny 9, obserwowany rozrzut uzyskiwanych wyników w Inwentarzu BDIII dla chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat prawie idealnie odzwierciedla zakresy wartości podawane jako referencyjne przez Psychological Corporation, a nakładanie się zakresów jest niewielkie.

W całej grupie chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat tylko w dwóch przypadkach chorzy uzyskali wyniki poniżej referencyjnej wartości odcięcia (14 punktów) i zostało w ten sposób błędnie sklasyfikowanych jako bez depresji. Daje to 3,3% wyników fałszywie ujemnych i 96,7% przypadków prawidłowo wychwyconych, co jest wynikiem bardzo dobrym dla testu przesiewowego.

Pozostaje pytanie o precyzję klasyfikowania chorych do poszczególnych grup nasilenia objawów depresji (ocenionych klinicznie według kryteriów ICD-10). Liczby chorych poprawnie i niepoprawnie sklasyfikowanych (według norm Psychological Corporation 1996) zestawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Poprawność klasyfikacji chorych przez BDI do grup określających nasilenie objawów dla grupy osób w wieku 30–50 lat.

Grupa kliniczna według nasilenia epizodu	Poprawnie sklasyfikowanych (frakcja)	Niepoprawnie sklasyfikowanych jako			
		bez depresji	epizod łagodny	epizod umiarkowany	epizod ciężki
epizod łagodny	11/24	2		0	0
epizod umiarkowany	27/39	0	1		2
epizod ciężki	14/16	0	0	1	

Jak wynika z tabeli powyżej, rzetelność przypisywania do poszczególnych klas wyłonionych klinicznie jest bardzo wysoka. W całej grupie badanych w wieku 30–50 lat w zaledwie 3 przypadkach zaniżono nasilenie depresji, a w 2 kolejnych je zawyżono. W całej grupie badanej (N = 60) zgodność z diagnozą kliniczną postawioną na podstawie kryteriów ICD-10 uzyskano w 54 z 60 przypadków (90%). Jest to istotnie więcej niż w grupie chorych po 65. roku życia (53,2%). Obserwowana różnica w odsetkach chorych prawidłowo przypisanych do grup klinicznych pod względem nasilenia objawów epizodu depresji jest istotna statystycznie (test $z = -4,6$; $p < 0,01$).

Wnioski: Inwentarz BDI-II jest narzędziem o wysokiej efektywności klinicznej w grupie chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat zarówno jako narzędzie przesiewowe, jak i jako narzędzie do oceny nasilenia depresji (w tym zakresie BDI-II wyraźnie gorzej wypada w grupie chorych po 65. roku życia).

3.2.3. Grupa chorych z depresją po przebytych udarze

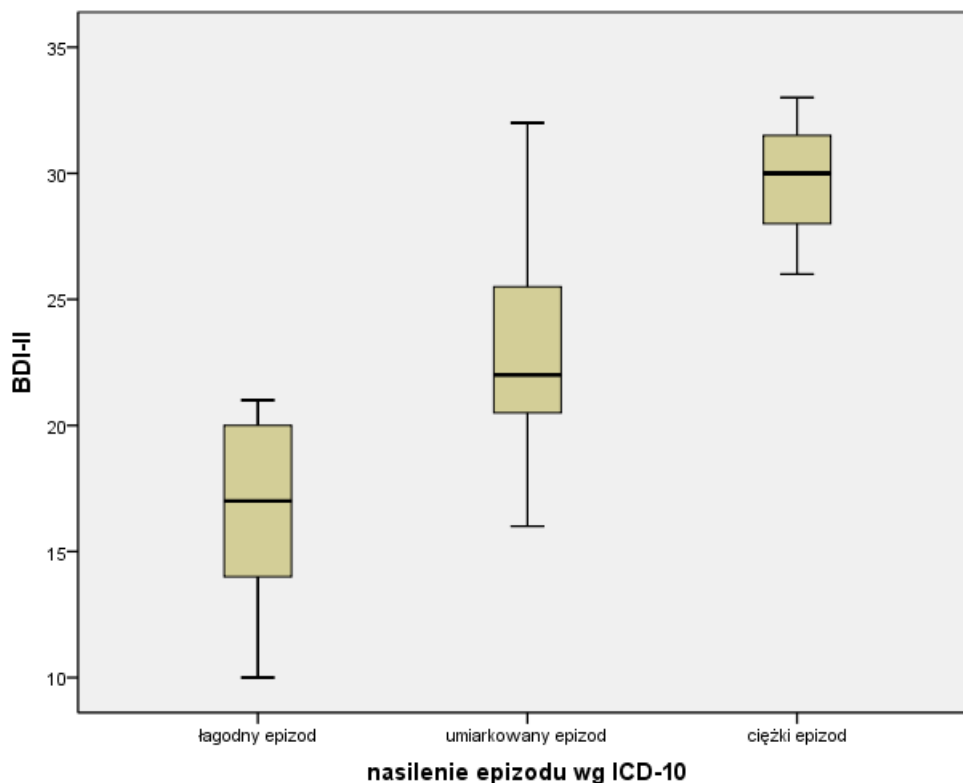
Podobnie jak w grupach klinicznie wyłonionych ze względu na wiek, medianowe wartości uzyskiwane w kwestionariuszu Becka w tej grupie różniły się istotnie w zależności od nasilenia depresji ocenianego klinicznie. W grupie chorych z depresją o nasileniu łagodnym było to 17 punktów, umiarkowanym 22 punkty a ciężkim 30 punktów. W tabeli 13 zestawiono wartości median, zakres wartości, wartości średnie oraz statystyczne porównania parami w tej grupie chorych zaś na rycinie 10 przedstawiono graficznie rozrzut obserwowanych wyników.

Tabela 13. Porównania parami średnich wartości punktowych BDI w grupie osób po udarze.

Grupa chorych z depresją po przebytych udarze	BDI-II mediana	Zakres wyników	Średnia ± odchylenie standardowe	Porównania parami*
epizody łagodne (N = 17)	17	10–21	16,3 ± 3,9	P < 0,0001 (vs umiarkowany)
epizody umiarkowane (N = 15)	22	16–32	22,7 ± 4,6	
epizody ciężkie (N = 3)	30	26–33	—**	

* Tylko dla pary łagodne–umiarkowane nasilenie epizodu.

** Nie wyliczono średniej ze względu na niewystarczającą liczebność podgrupy.



Rycina 10. Rozrzut wyników BDI w grupie osób po udarze w zależności od epizodu depresji.

Jak widać z wykresu powyżej (rycina 10), nakładanie się wartości liczbowych wyniku Inwentarza Becka w grupie chorych po przebyłym udarze jest znaczne. W całej grupie wartości poniżej referencyjnych podawanych przez Psychological Corporation uzyskało 4 z 35 chorych, co daje 11,4% wyników fałszywie ujemnych. Wynik ten jest liczbowo wyższy niż w przypadku grupy chorych powyżej 65. roku życia (4/35 vs 5/79; $z = 0,9$; $p = 0,35$) oraz grupy chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat (4/35 vs 4/60; $z = 0,8$; $p = 0,4$), ale różnice te nie osiągają poziomu istotności statystycznej. Niemniej jednak warto zauważyć, że o ile w grupach chorych wyłonionych ze względu na wiek efektywność BDI-II jako narzędzia przesiewowego jest znacznie powyżej 90%, o tyle w grupie chorych po przebyłym udarze osiąga ona zaledwie 88,5%. Jest to jednak w dalszym ciągu wartość akceptowalna klinicznie.

Pozostaje pytanie o precyzję klasyfikowania chorych do poszczególnych grup nasilenia objawów depresji (ocenionych klinicznie według kryteriów ICD-10). Liczby chorych poprawnie i niepoprawnie sklasyfikowanych (według norm Psychological Corporation 1996) zestawiono w tabeli 14.

Tabela 14. Poprawność klasyfikacji chorych przez BDI do grup określających nasilenie objawów dla grupy osób po udarze.

Grupa kliniczna według nasilenia epizodu	Poprawnie sklasyfikowanych (frakcja)	Niepoprawnie sklasyfikowanych jako			
		bez depresji	epizod łagodny	epizod umiarkowany	epizod ciężki
epizod łagodny	8/17	4		5	0
epizod umiarkowany	10/15	0	3		2
epizod ciężki	2/3	0	0	1	

Jak wynika z tabeli powyżej odsetek chorych błędnie klasyfikowanych pod względem nasilenia epizodu jest znaczny. W przypadku epizodów o nasileniu łagodnym poprawnie klasyfikowano około połowę chorych, a w całej populacji badanej poprawna klasyfikacja dotyczyła 20 z 35 badanych (57,1%). Jest to wartość porównywalna do obserwowanej w przypadku grupy chorych po 65. roku życia (20/35 vs 42/79; z-test = 0,4; p = 0,7) i istotnie niższa w porównaniu z grupą w przedziale wiekowym 30–50 lat (20/35 vs 54/60; z-test = 3,7; p = 0,002).

Wnioski: Inwentarz BDI-II jest narzędziem o zadowalającej efektywności w przesiewowym wykrywaniu depresji u chorych po przebytych udarze. Wynik liczbowy BDI-II w tej grupie chorych błędnie klasyfikuje ponad połowę chorych, jeśli chodzi o nasilenie objawów depresji.

3.2.4. Grupa chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona

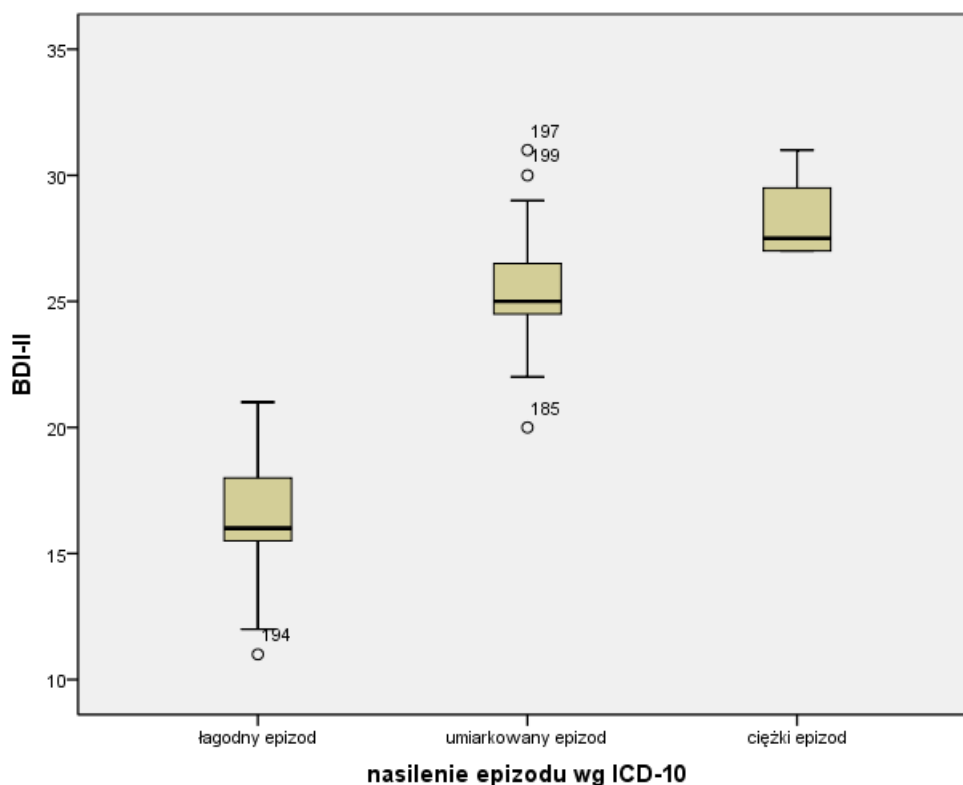
Podobnie jak w grupach klinicznie wyłonionych ze względu na wiek i u chorych z depresją po udarze, medianowe wartości uzyskiwane w kwestionariuszu Becka w tej grupie różniły się istotnie w zależności od nasilenia depresji ocenianego klinicznie. W grupie chorych z depresją o nasileniu łagodnym było to 16 punktów, umiarkowanym 25 punktów, a ciężkim 28 punktów. Zwraca uwagę wynik dla epizodów ciężkich, który odpowiada maksymalnej wartości referencyjnej podawanej przez Psychological Corporation dla epizodu depresji o nasileniu umiarkowanym. W tabeli 15 zestawiono wartości median, zakres wartości, wartości średnie oraz statystyczne porównania parami w tej grupie chorych, zaś na rycinie 11 przedstawiono graficznie rozrzut obserwowanych wyników.

Tabela 15. Porównania parami średnich wartości punktowych BDI w grupie osób chorych na Parkinsona.

Grupa chorych z depresją po przebytych udarze	BDI-II mediana	Zakres wyników	Średnia ± odchylenie standardowe	Porównania parami*
epizody łagodne (N = 23)	16	11–21	16,6 ± 2,7	P < 0,0001 (vs umiarkowany)
epizody umiarkowane (N = 15)	25	20–31	25,5 ± 2,9	
epizody ciężkie (N = 4)	28	27–31	–**	

* Tylko dla pary łagodne–umiarkowane nasilenie epizodu.

** Nie wyliczono średniej ze względu na niewystarczającą liczebność podgrupy.



Rycina 11. Rozrzut wyników BDI w grupie osób z chorobą Parkinsona w zależności od epizodu depresji.

Jak wynika z tabeli 15 i ryciny 11 nakładanie się zakresów wyników BDI-II jest znaczne pomiędzy grupami z umiarkowanym i ciężkim nasileniem depresji. W 3 przypadkach (na 42 obserwowanych chorych) wynik BDI-II wskazywałby na nieobecność depresji, a zatem odsetek wyników fałszywie ujemnych jest niewielki (7,1%). Wskazuje to na dobrą efektywność BDI-II jako przesiewowego badania w kierunku depresji w tej grupie chorych.

Pozostaje pytanie o precyzję klasyfikowania chorych do poszczególnych grup nasilenia objawów depresji (ocenionych klinicznie według kryteriów ICD-10). Liczby chorych poprawnie i niepoprawnie sklasyfikowanych (według norm Psychological Corporation, 1996) zestawiono w tabeli 16.

Tabela 16. Poprawność klasyfikacji chorych przez BDI do grup określających nasilenie objawów dla grupy osób chorych na Parkinsona.

Grupa kliniczna według nasilenia epizodu	Poprawnie sklasyfikowanych (frakcja)	Niepoprawnie sklasyfikowanych jako			
		bez depresji	epizod łagodny	epizod umiarkowany	epizod ciężki
epizod łagodny	16/23	3		4	0
epizod umiarkowany	12/15	0	0		3
epizod ciężki	3/4	0	0	3	

Jak wynika z tabeli powyżej, odsetek chorych błędnie zaklasyfikowanych pod względem nasilenia depresji jest znaczny (13/42, 31%). Jakościowa analiza przypadku po przypadku pozwoliła ponadto na zaobserwowanie ciekawej zależności. Otóż grupa chorych błędnie sklasyfikowanych (bez względu na to, czy nasilenie depresji zaniżono, czy zawyżono na podstawie wyniku BDI-II) była istotnie młodsza od grupy chorych klasyfikowanych poprawnie ($66,5 \pm 7,5$ vs $71,5 \pm 5,6$; $t = 2,1$; $p = 0,044$ obliczenie przy konserwatywnym założeniu, że wariacje rozkładu w obu grupach nie są równe).

Poprawna klasyfikacja pod względem nasilenia objawów epizodu depresyjnego w grupie chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona była ogółem możliwa w 29 z 42 przypadków (69%). Jest to proporcja numerycznie wyższa niż w przypadku grupy chorych w wieku powyżej 65. roku życia (29/42 vs 42/79 z-test = 1,7; p = 0,09) oraz grupy chorych po przebyłym udarze (29/42 vs 20/35 z-test = 1,1; p = 0,3); w obu przypadkach różnica nie osiąga jednak poziomu istotności statystycznej. W porównaniu do grupy chorych w przedziale wiekowym 30–50 proporcja poprawnych klasyfikacji w grupie chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona jest statystycznie istotnie niższa (29/42 vs 54/60 z-test = 2,7; p = 0,007).

Wnioski: Inwentarz BDI-II jest narzędziem o bardzo dobrej efektywności w przesiewowym wykrywaniu depresji u chorych w przebiegu choroby Parkinsona. Wynik liczbowy BDI-II w tej grupie chorych błędnie klasyfikuje około 1/3 chorych jeśli chodzi o nasilenie objawów depresji.

Podsumowanie: BDI-II jest efektywnym narzędziem w przesiewowym wykrywaniu depresji we wszystkich badanych grupach. Jedynie w grupie chorych po przebyłym udarze odsetek wyników fałszywie ujemnych przekraczał (nieznacznie) 10%; nie była to jednak różnica istotna statystycznie, znamienna w porównaniu do odsetków wyników fałszywie ujemnych w pozostałych grupach chorych. BDI-II wypada znacznie słabiej jako narzędzie do oceny nasilenia depresji. Tylko w grupie chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat odsetek poprawnych klasyfikacji chorych do grup wyłonionych na podstawie kryteriów klinicznych był wysoki i wyniósł 90%. W pozostałych grupach odsetki błędnie zaklasyfikowanych przypadków wyniosły od 1/3 do 1/2 wszystkich obserwacji, co wskazuje na konieczność zachowania dużej ostrożności przy używaniu Inwentarza Becka w grupie chorych po 65. roku życia, w grupie osób po przebyłym udarze i w grupie osób z depresją w przebiegu choroby Parkinsona dla oceny nasilenia depresji przy użyciu referencyjnych wartości odcięcia proponowanych przez Psychological Corporation.

3.3. Ocena efektywności klinicznej BDI-II w odróżnianiu depresji od stanu prawidłowego przy zastosowaniu wartości referencyjnych proponowanych przez autorów narzędzia (Psychological Corporation) w poszczególnych grupach klinicznych

Do oceny, jak zachowuje się obadane narzędzie w stanie ocenianym klinicznie jako brak depresji, wykorzystano ponowną ocenę u tych samych pacjentów co w części przekrojowej badania, ale po uzyskaniu przez nich remisji objawowej. Chorzy zatem ponownie wypełniali inwentarz wówczas, gdy po leczeniu nie spełniali już kryteriów klinicznych dla depresji według ICD-10. Z grupy początkowo włączonej do obserwacji grupy nie uzyskano remisji objawowej u 57 chorych, których wykluczono z tej części analizy. Spośród pozostałych 159 chorych ponownie Inwentarz Becka wypełniły 153 osoby, które utworzyły grupę porównawczą bez depresji.

Oceniono początkowo wskaźniki czułości i swoistości w rozpoznawaniu depresji dla całej grupy badanej (N = 153), a następnie w podgrupach klinicznych.

3.3.1. Analiza dla całej grupy badanej (N = 153)

W tabeli 17 zestawiono wartości czułości, swoistości, pozytywnych i negatywnych wartości predykcyjnych oraz wskaźnik Youdena J kwestionariusza BDI-II dla różnych przyjętych *a priori* punktów odcięcia dla remisji. W przypadku wszystkich wartości podano (w nawiasach) 95% przedziały ufności.

Tabela 17. Wartości psychometryczne BDI w zależności od punktu odcięcia dla całej grupy.

Przyjęty punkt odcięcia BDI-II	Czułość	Swoistość	Ogólny wskaźnik rzetelności testu	Pozytywna wartość predykcyjna	Negatywna wartość predykcyjna	Youden J
10	0,43 (0,39–0,44)	0,99 (0,96–1)	0,76 (0,73–0,77)	0,97 (0,89–0,99)	0,71 (0,69–0,72)	0,42 (0,36–0,44)
11	0,58 (0,53–0,6)	0,98 (0,95–0,99)	0,81 (0,78–0,83)	0,95 (0,88–0,98)	0,76 (0,74–0,78)	0,55 (0,48–0,59)
12	0,74 (0,69–0,77)	0,95 (0,92–0,97)	0,86 (0,82–0,89)	0,91 (0,86–0,95)	0,84 (0,8–0,86)	0,69 (0,61–0,74)
13	0,8 (0,76–0,84)	0,94 (0,9–0,96)	0,88 (0,84–0,91)	0,9 (0,85–0,94)	0,87 (0,84–0,89)	0,74 (0,66–0,8)
14	0,88 (0,84–0,92)	0,91 (0,88–0,93)	0,89 (0,86–0,93)	0,87 (0,83–0,91)	0,92 (0,88–0,94)	0,79 (0,71–0,85)
15	<u>0,96</u> <u>(0,93–0,98)</u>	<u>0,89</u> <u>(0,86–0,9)</u>	<u>0,92</u> <u>(0,89–0,94)</u>	<u>0,86</u> <u>(0,83–0,88)</u>	<u>0,97</u> <u>(0,94–0,99)</u>	<u>0,85</u> <u>(0,79–0,89)</u>
16	0,99 (0,96–1)	0,8 (0,78–0,81)	0,88 (0,85–0,89)	0,78 (0,76–0,79)	0,99 (0,97–1)	0,79 (0,74–0,81)
17	1	0,78 (0,76–0,78)	0,87 (0,84–0,87)	0,76 (0,74–0,76)	1	0,77 (0,73–0,77)

Jak widać na tabeli powyżej, najwyższy ogólny wskaźnik rzetelności testu (oraz najwyższy wskaźnik Youdena J) uzyskuje się przy punkcie odcięcia 15. Jest to zatem wartość o 1 punkt wyższa niż proponowana przez autorów kwestionariusza (Psychological Corporation).

3.3.2. Analiza dla grupy chorych powyżej 65. roku życia

Spośród 79 chorych analizowanych w tej grupie początkowo, u 20 nie uzyskano remisji, a dwóch kolejnych chorych odmówiło wypełnienia kwestionariusza. Do analizy wykorzystano zatem dane dotyczące 57 chorych, u których uzyskano remisję i którzy kontynuowali udział w badaniu. W tabeli 18 zestawiono wartości czułości, swoistości, pozytywnych i negatywnych wartości predykcyjnych oraz wskaźnik Youdena J kwestionariusza BDI-II dla różnych przyjętych *a priori* punktów odcięcia dla remisji. W przypadku wszystkich wartości podano (w nawiasach) 95% przedziały ufności.

Tabela 18. Wartości psychometryczne BDI w zależności od punktu odcięcia dla grupy osób po 65. roku życia.

Przyjęty punkt odcięcia BDI-II	Czułość	Swoistość	Ogólny wskaźnik rzetelności testu	Pozytywna wartość predykcyjna	Negatywna wartość predykcyjna	Youden J
10*						
11	0,54 (0,46–0,57)	0,98 (0,92–0,99)	0,79 (0,73–0,82)	0,94 (0,8–0,99)	0,75 (0,7–0,76)	0,52 (0,38–0,57)
12	0,68 (0,6–0,73)	0,95 (0,88–0,98)	0,83 (0,77–0,88)	0,91 (0,79–0,97)	0,8 (0,75–0,84)	0,63 (0,49–0,71)
13	0,77 (0,69–0,82)	0,94 (0,87–0,97)	0,87 (0,79–0,91)	0,9 (0,79–0,96)	0,85 (0,79–0,88)	0,71 (0,56–0,8)
14	0,82 (0,74–0,88)	0,92 (0,86–0,96)	0,88 (0,81–0,93)	0,88 (0,79–0,95)	0,88 (0,82–0,92)	0,75 (0,6–0,84)
15	<u>0,93</u> (0,85–0,97)	<u>0,91</u> (0,85–0,94)	<u>0,92</u> (0,85–0,96)	<u>0,88</u> (0,81–0,98)	<u>0,95</u> (0,88–0,98)	<u>0,84</u> (0,7–0,92)
16	0,96 (0,88–0,99)	0,81 (0,75–0,83)	0,87 (0,81–0,9)	0,79 (0,72–0,9)	0,97 (0,9–0,99)	0,77 (0,64–0,82)
17	0,98 (0,91–0,99)	0,78 (0,73–0,8)	0,87 (0,8–0,88)	0,76 (0,71–0,78)	0,98 (0,92–1)	0,76 (0,64–0,8)
18	1	–	0,86 (0,8–0,86)	–	–	0,76 (0,64–0,76)

* W tej grupie przy wartościach 10 i niższych u wszystkich chorych obserwowano remisję; obliczenia nie są możliwe matematycznie.

Podobnie jak dla całej grupy badanej, również w grupie chorych powyżej 65. roku najwyższy ogólny wskaźnik rzetelności testu (i optymalny wskaźnik Youdena J) uzyskuje się przy punkcie odcięcia 15, a zatem o 1 punkt wyższym niż w standardzie proponowanym przez autorów kwestionariusza.

3.3.3. Analiza dla grupy chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat

Spośród 60 chorych analizowanych w tej grupie początkowo, u 16 nie uzyskano remisji. Do analizy wykorzystano zatem dane dotyczące 44 chorych, u których uzyskano remisję i którzy kontynuowali udział w badaniu. W tabeli 19 zestawiono wartości czułości, swoistości, pozytywnych i negatywnych wartości predykcyjnych oraz wskaźnik Youdena J kwestionariusza BDI-II dla różnych przyjętych *a priori* punktów odcięcia dla remisji. W przypadku wszystkich wartości podano (w nawiasach) 95-proc. przedziały ufności.

Tabela 19. Wartości psychometryczne BDI w zależności od punktu odcięcia dla grupy osób w wieku 30–50 lat.

Przyjęty punkt odcięcia BDI-II	Czułość	Swoistość	Ogólny wskaźnik rzetelności testu	Pozytywna wartość predykcyjna	Negatywna wartość predykcyjna	Youden J
11*						
12	0,81 (0,73–0,84)	0,98 (0,92–0,99)	0,91 (0,84–0,93)	0,97 (0,87–0,99)	0,88 (0,82–0,9)	0,8 (0,65–0,84)
13	0,86 (0,77–0,9)	0,96 (0,9–0,99)	0,92 (0,85–0,95)	0,95 (0,85– 0,99)	0,9 (0,84–0,93)	0,83 (0,67–0,9)
14	<u>0,95</u> (0,87–0,99)	<u>0,93</u> (0,87–0,96)	<u>0,94</u> (0,87–0,97)	<u>0,91 (0,83– 0,95)</u>	<u>0,97</u> (0,9–0,99)	<u>0,89</u> (0,74–0,95)
15	1	–	0,93 (0,84–0,96)	–	–	0,88 (0,72–0,95)

* W tej grupie przy wartościach 11 i niższych u wszystkich chorych obserwowano remisję; obliczenia nie są możliwe matematycznie.

W tej grupie najwyższy ogólny wskaźnik rzetelności diagnostycznej BDI-II (i optymalny wskaźnik Youdena J) uzyskano przy punkcie odcięcia 14, a zatem jest to wynik tożsamy z proponowanym przez autorów w standardowej normalizacji. Warto przy tym podkreślić, że wartości kluczowych wskaźników (rzetelności i Youden J) różnią się między sobą minimalnie, co wynika wprost z bardzo niewielkiej liczby obserwacji nieodpowiadających przewidywanym. Wydaje się zatem, że grupa chorych w przedziale wiekowym 30–50 jest najbliższa grupie wykorzystywanej do standaryzacji kwestionariusza.

3.3.4. Analiza dla grupy chorych w z depresją po przebytych udarze

Spośród 35 chorych analizowanych w tej grupie początkowo, u 11 nie uzyskano remisji. Do analizy wykorzystano zatem dane dotyczące 24 chorych, u których uzyskano remisję i którzy kontynuowali udział w badaniu. W tabeli 20 zestawiono wartości czułości, swoistości, pozytywnych i negatywnych wartości predykcyjnych oraz wskaźnik Youdena J kwestionariusza BDI-II dla różnych przyjętych *a priori* punktów odcięcia dla remisji. W przypadku wszystkich wartości podano (w nawiasach) 95-proc. przedziały ufności.

Tabela 20. Wartości psychometryczne BDI w zależności od punktu odcięcia dla grupy osób po udarze.

Przyjęty punkt odcięcia BDI-II	Czułość	Swoistość	Ogólny wskaźnik rzetelności testu	Pozytywna wartość predykcyjna	Negatywna wartość predykcyjna	Youden J
10	0,38 (0,23–0,44)	0,94 (0,85–0,99)	0,71 (0,6–0,77)	0,82 (0,51–0,96)	0,69 (0,62–0,72)	0,32 (0,08–0,43)
11	0,58 (0,43–0,65)	0,94 (0,84–0,99)	0,8 (0,67–0,85)	0,87 (0,64–0,97)	0,76 (0,68–0,8)	0,52 (0,27–0,64)
12	0,79 (0,63–0,89)	0,88 (0,77–0,95)	0,84 (0,71–0,92)	0,82 (0,66–0,93)	0,86 (0,75–0,92)	0,68 (0,4–0,85)
13*						

Tabela 20. Wartości psychometryczne BDI w zależności od punktu odcięcia... (cd.)

14	<u>0,88</u> (0,74–0,96)	<u>0,87</u> (0,76–0,94)	<u>0,88</u> (0,75–0,95)	<u>0,85</u> (0,71–0,92)	<u>0,9</u> (0,79–0,97)	<u>0,76</u> (0,5–0,9)
15	0,92 (0,77–0,98)	0,82 (0,71–0,87)	0,86 (0,74–0,92)	0,79 (0,66–0,84)	0,93 (0,8–0,98)	0,74 (0,48–0,85)
16	1	–	0,84 (0,73–0,86)	–	–	0,7 (0,53–0,7)

* W tej grupie przy wartości 13 u wszystkich chorych obserwowano remisję stąd pominięto tę wartość w tabeli.

W tej grupie najwyższy ogólny wskaźnik rzetelności diagnostycznej BDI-II (i optymalny wskaźnik Youdena J) uzyskano przy punkcie odcięcia 14, a zatem jest to wynik tożsamy z proponowanym przez autorów w standardowej normalizacji. Warto przy tym podkreślić, że wartości kluczowych wskaźników (rzetelności i Youdena J) dla optymalnego punktu odcięcia są istotnie niższe w porównaniu do obu grup wydzielonych ze względu na wiek. Najprawdopodobniej wynika to ze względnie małej grupy badanej oraz szerokiego zakresu wartości wymaganych do kalkulacji (10–16, dla porównania w grupie z przedziałem wiekowym 30–50 ten zakres wynosił 12–15).

3.3.5. Analiza dla grupy chorych w z depresją w przebiegu choroby Parkinsona

Spośród 42 chorych analizowanych w tej grupie początkowo, u 11 nie uzyskano remisji, a 3 chorych odmówiło powtórznego wypełnienia kwestionariusza. Do analizy wykorzystano zatem dane dotyczące 28 chorych, u których uzyskano remisję i którzy kontynuowali udział w badaniu. W tabeli 21 zestawiono wartości czułości, swoistości, pozytywnych i negatywnych wartości predykcyjnych oraz wskaźnik Youdena J kwestionariusza BDI-II dla różnych przyjętych *a priori* punktów odcięcia dla remisji. W przypadku wszystkich wartości podano (w nawiasach) 95-proc. przedziały ufności.

Tabela 21. Wartości psychometryczne BDI w zależności od punktu odcięcia dla grupy chorych na Parkinsona.

Przyjęty punkt odcięcia BDI-II	Czułość	Swoistość	Ogólny wskaźnik rzetelności testu	Pozytywna wartość predykcyjna	Negatywna wartość predykcyjna	Youden J
11	0,57 (0,44–0,6)	0,97 (0,88–0,99)	0,81 (0,71–0,84)	0,94 (0,72–0,99)	0,77 (0,7–0,79)	0,54 (0,33–0,6)
12	0,67 (0,54–0,73)	0,95 (0,86–0,99)	0,84 (0,73–0,89)	0,9 (0,72–0,98)	0,81 (0,73–0,85)	0,63 (0,4–0,72)
13	0,78 (0,64–0,86)	0,92 (0,83–0,98)	0,87 (0,76–0,93)	0,88 (0,72–0,96)	0,86 (0,78–0,91)	0,71 (0,48–0,84)
14	0,85 (0,71–0,94)	0,88 (0,78–0,94)	0,87 (0,75–0,94)	0,82 (0,69–0,91)	0,9 (0,8–0,94)	0,74 (0,5–0,88)
15	<u>0,96</u> (0,83–0,99)	<u>0,85</u> (0,77–0,88)	<u>0,9</u> (0,79–0,92)	<u>0,81</u> (0,71–0,85)	<u>0,97</u> (0,87–0,99)	<u>0,74</u> (0,6–0,83)
16	1	–	0,85 (0,72–0,89)	–	–	0,7 (0,63–0,78)

W tej grupie najwyższy ogólny wskaźnik rzetelności diagnostycznej BDI-II (i optymalny wskaźnik Youdena J) uzyskano przy punkcie odcięcia 15, a zatem jest to wynik wyższy o 1 punkt w porównaniu do proponowanego przez autorów w standardowej normalizacji. Wydaje się jednak, że ze względu na niewielką grupę badaną oraz nieznaczną różnicę w kluczowych wskaźnikach pomiędzy punktami

odcięcia 14 i 15, można przyjąć, że posługiwanie się standardowym punktem odcięcia jest uzasadnione w tej grupie.

Podsumowanie: Z przedstawionych powyżej wyliczeń wynika, że z wyjątkiem grupy chorych w wieku powyżej 65. roku życia (która wymaga zastosowania punktu odcięcia o 1 punkt wyższego niż standardowe 14) uzasadnione jest posługiwanie się punktem odcięcia proponowanym przez autorów narzędzia. Rezultat uzyskany dla grupy chorych starszych może wskazywać na konieczność weryfikacji przesiewu ze względu na możliwość pojawienia się nadmiarowych wyników fałszywie dodatnich przy posługiwaniu się standardowym punktem odcięcia. Analiza wartości indeksu Youdena pokazuje ponadto, że narzędzie (BDI-II) jest najtrafniejsze w grupie chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat, a wyraźnie mniej trafne dla obu grup „organicznych”, podczas gdy wartości pośrednie przyjmuje dla chorych w wieku powyżej 65. roku życia. Potwierdza to wstępną hipotezę pracy o jego mniejszej użyteczności w niestandardowych populacjach klinicznych i zachęca do ostrożności przy stosowaniu w badaniach naukowych z udziałem osób z takich nietypowych populacji klinicznych.

3.4. Wyniki uzyskane w GDS (Geriatric Depression Scale) a obecność i nasilenie indeksowego epizodu

Autorzy GDS nie opracowali norm (przedziałów wartości) dla standardowych nasileń epizodów depresyjnych (czyli epizodów o nasileniu łagodnym, umiarkowanym i ciężkim). Rekomendowane punkty odcięcia są tu opisane jako nieobecność epizodu (0–9), epizod o nasileniu lekkim (10–19) i epizod ciężki (20–30). Takie podejście uniemożliwia, z oczywistych powodów, odpowiedź na pytanie, czy wynik GDS pozwala na precyzyjne przypisanie chorego do nasilenia epizodu obserwowanego klinicznie i opisywanego w standardowym, trzystopniowym podziale. Nie ma zatem też możliwości, aby porównać efektywność GDS jako narzędzia do oceny nasilenia depresji z innymi ocenianymi narzędziami.

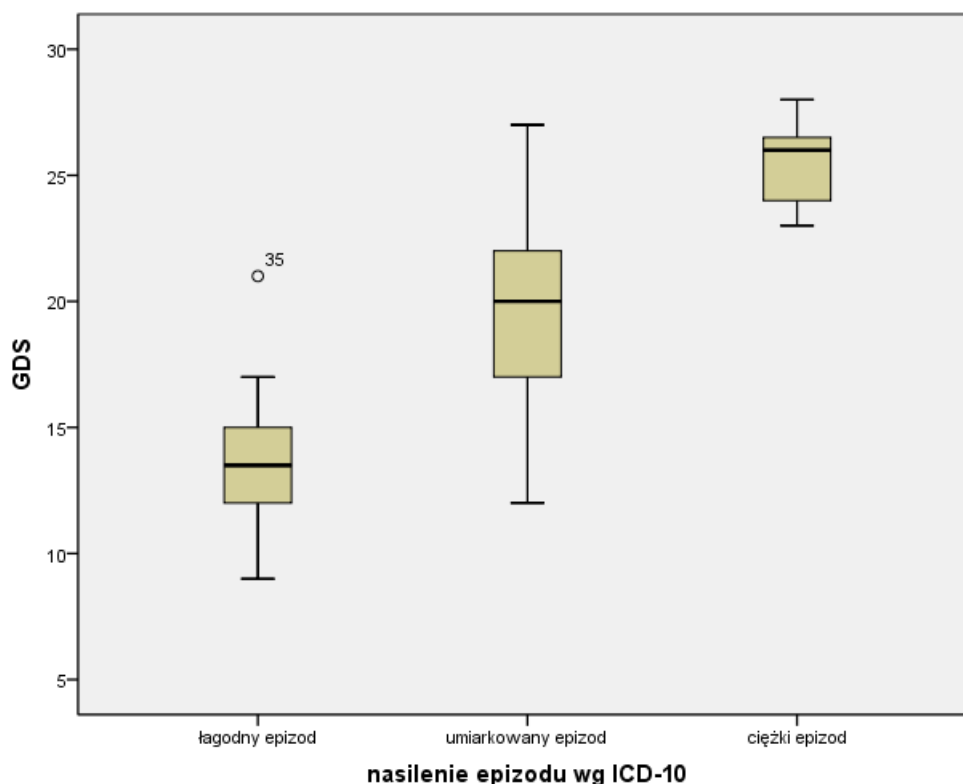
GDS została opracowana przez autorów jako narzędzie do przesiewowej oceny obecności depresji u chorych w wieku podeszłym, a w populacji polskiej walidowano jej rzetelność u chorych powyżej 55 roku życia. Stąd jako metodologicznie niepoprawne uznano ocenianie tego narzędzia w grupie chorych w przedziale wiekowym 30–50. Natomiast podjęto próbę sprawdzenia, jakie wyniki w tej skali uzyskują chorzy z chorobą Parkinsona i po przebytych udarach. Przesłankami do takiego działania był fakt, że chorzy w tych grupach klinicznych odpowiadają wiekowo grupie osób starszych oraz opisana już uprzednio marginalnie gorsza efektywność kwestionariusza Becka jako narzędzia przesiewowego w tych grupach klinicznych w porównaniu do grupy osób młodszych oraz w wieku powyżej 65. roku życia.

3.4.1. Grupa chorych w wieku powyżej 65 lat

Medianowe wartości uzyskiwane w GDS w tej grupie różniły się istotnie w zależności od nasilenia depresji ocenianego klinicznie. W grupie chorych z depresją o nasileniu łagodnym było to 13,5 punktu, umiarkowanym – 20 punktów a ciężkim – 26 punktów. W tabeli 22 zestawiono wartości median, zakres wartości, wartości średnie oraz statystyczne porównania parami w tej grupie chorych zaś na rycinie 12 przedstawiono graficznie rozrzut obserwowanych wyników.

Tabela 22. Porównania parametrów średnich wartości punktowych GDS w grupie osób po 65. roku życia.

Grupa chorych z depresją po przebytych udarze	GDS mediana	Zakres wyników	Średnia ± odchylenie standardowe	Porównania parami
epizody łagodne (N = 24)	16,5	9–21	13,5 ± 2,6	P < 0,001 (vs umiarkowany)
epizody umiarkowane (N = 39)	25	12–27	19,7 ± 3,4	P < 0,0001 (vs ciężki)
epizody ciężkie (N = 16)	34	23–28	25,4 ± 1,5	P < 0,0001 (vs łagodny)



Rycina 12. Rozrzut wyników GDS w grupie osób po 65. roku życia w zależności od epizodu depresji.

Jak wynika z tabeli 22, średnie wartości punktowe w GDS uzyskiwane przez chorych w poszczególnych grupach różnią się istotnie statystycznie, niemniej jednak zakresy uzyskiwanych wyników nakładają się na siebie zwłaszcza przy porównaniu epizodów łagodnych do umiarkowanych, jak również, w mniejszym stopniu, umiarkowanych do ciężkich. Zwraca uwagę stosunkowo niewielki rozrzut wartości uzyskiwanych przez chorych z epizodem klinicznie ciężkim, co wydaje się odzwierciedlać dwustopniową konstrukcję skali GDS (nieuwzględniającą epizodu o nasileniu umiarkowanym). Co istotne, tylko w przypadku jednego chorego GDS błędnie klasyfikuje jako bez objawów (chory z epizodem łagodnym uzyskał 9 punktów). Wskazuje to na bardzo wysoką skuteczność przesiewową tego narzędzia (wyników fałszywie ujemnych 1,3%).

Wnioski: Wynik GDS powyżej 10 punktów z bardzo wysoką rzetelnością wychwytuje przypadki depresji w grupie chorych powyżej 65. roku. Stosowanie skali GDS jako narzędzia do oceny nasilenia depresji jest kontrowersyjne ze względu na brak zakresów normatywnych dla poszczególnych epizodów (łagodnego, umiarkowanego i ciężkiego).

3.4.2. Grupa chorych po przebytych udarze

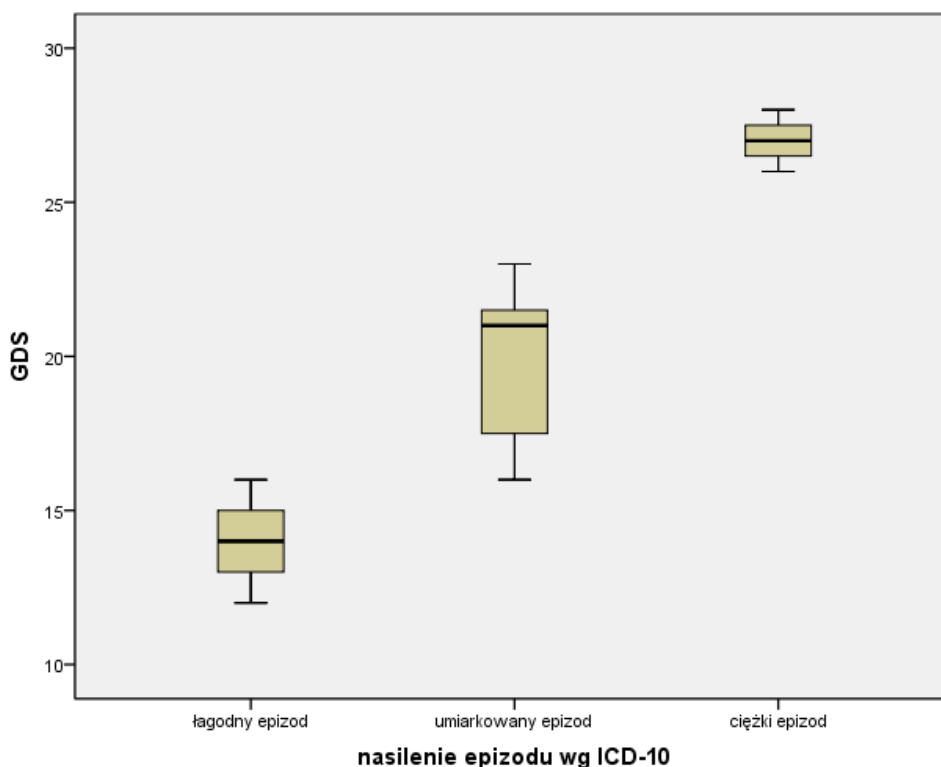
Medianowe wartości uzyskiwane w GDS w tej grupie różniły się istotnie w zależności od nasilenia depresji ocenianego klinicznie. W grupie chorych z depresją o nasileniu łagodnym było to 14 punktów, umiarkowanym 21 punktów, a ciężkim 27 punktów. W tabeli 23 zestawiono wartości median, zakres wartości, wartości średnie oraz statystyczne porównania parami w tej grupie chorych, zaś na rycinie 13 przedstawiono graficznie rozrzut obserwowanych wyników.

Tabela 23. Porównania parami średnich wartości punktowych GDS w grupie osób po udarze.

Grupa chorych z depresją po przebytych udarze	GDS mediana	Zakres wyników	Średnia ± odchylenie standardowe	Porównania parami*
epizody łagodne (N = 17)	14	12–16	13,9 ± 1,5	P < 0,0001 (vs umiarkowany)
epizody umiarkowane (N = 15)	21	16–23	19,9 ± 2,2	
epizody ciężkie (N = 3)	27	26–28	–**	

* Tylko dla pary łagodne–umiarkowane nasilenie epizodu.

** Nie wyliczono średniej ze względu na niewystarczającą liczebność podgrupy.



Rycina 13. Rozrzut wyników GDS w grupie osób po udarze w zależności od epizodu depresji.

Jak wynika z tabeli 23 i ryciny 13, zakresy uzyskiwanych wyników praktycznie nie pokrywają się. Co więcej, nie obserwowano ani jednego przypadku fałszywie ujemnego sklasyfikowania chorego z depresją jako bez cech epizodu. Świadczyć to może o bardzo dobrych własnościach GDS jako narzędzia przesiewowego u chorych po przebytych udarze. Wynik ten jest w istotnym kontraście do obserwowanych 11,4% wyników fałszywie ujemnych przy zastosowaniu w tej grupie kwestionariusza Becka. Różnica ta jest statystycznie znamienne ($z = 2,0$; $p = 0,04$). Wobec relatywnie niewielkiej grupy badanej interpretacja tego wyniku jest jednak trudna, a jego rzeczywiste znaczenie kliniczne niepewne.

3.4.3. Grupa chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona

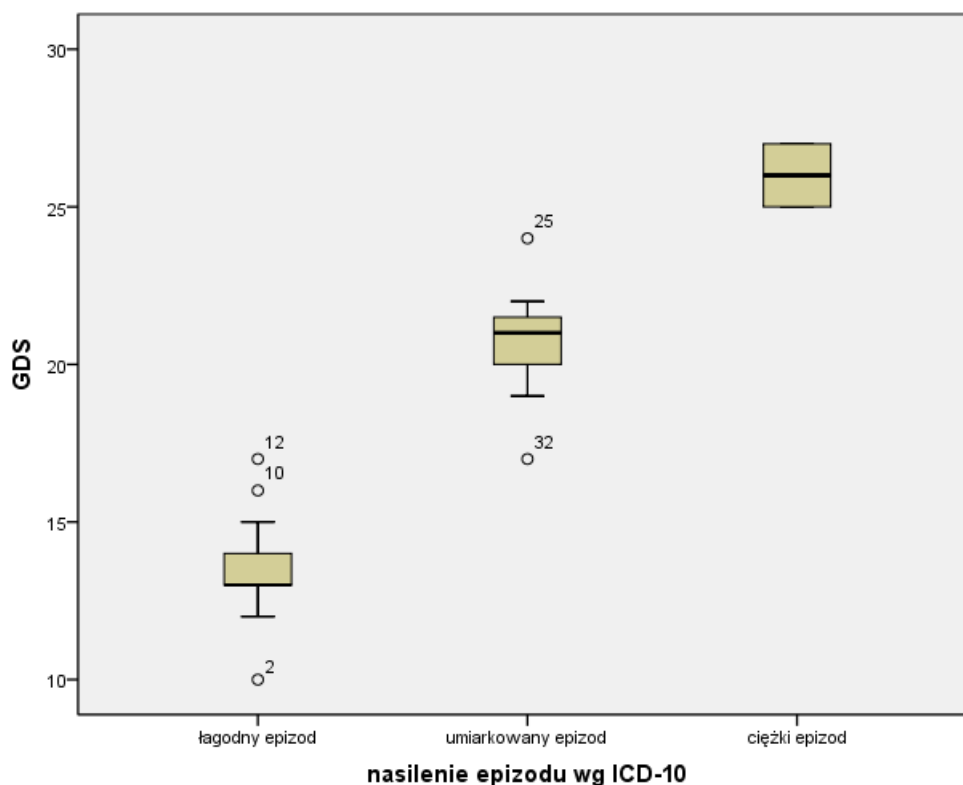
Podobnie jak w grupach klinicznie wyłonionych ze względu na wiek i u chorych z depresją po udarze, medianowe wartości uzyskiwane w kwestionariuszu GDS w tej grupie różniły się istotnie w zależności od nasilenia depresji ocenianego klinicznie. W grupie chorych z depresją o nasileniu łagodnym było to 13 punktów, umiarkowanym 21 punktów, a ciężkim 26 punktów. W tabeli 24 zestawiono wartości median, zakres wartości, wartości średnie oraz statystyczne porównania parami w tej grupie chorych, zaś na rycinie 14 przedstawiono graficznie rozrzut obserwowanych wyników.

Tabela 24. Porównania parami średnich wartości punktowych GDS w grupie osób chorych na Parkinsona.

Grupa chorych z depresją po przebytych udarze	GDS mediana	Zakres wyników	Średnia ± odchylenie standardowe	Porównania parami*
epizody łagodne (N=23)	13	10–17	13,5 ± 1,5	P < 0,0001 (vs umiarkowany)
epizody umiarkowane (N=15)	21	17–24	20,7 ± 1,6	
epizody ciężkie (N=4)	26	25–27	–**	

* Tylko dla pary łagodne–umiarkowane nasilenie epizodu.

** Nie wyliczono średniej ze względu na niewystarczającą liczebność podgrupy.



Rycina 14. Rozrzut wyników GDS w grupie osób z chorobą Parkinsona w zależności od epizodu depresji.

Jak wynika z tabeli 24 i ryciny 14, zakresy uzyskiwanych wyników praktycznie nie pokrywają się. Co więcej, podobnie jak w przypadku grupy chorych po przebytych udarach, nie obserwowano ani jednego przypadku fałszywie ujemnego sklasyfikowania chorego z depresją jako bez cech epizodu. Świadczyć to może o bardzo dobrych własnościach GDS jako narzędzia przesiewowego u chorych po przebytych udarach. Wynik ten jest w istotnym kontraście do obserwowanych 7,1% wyników fałszywie ujemnych przy zastosowaniu w tej grupie kwestionariusza Becka. Różnica ta nie osiąga poziomu istotności statystycznej ($z = 1,8$; $p = 0,08$). Wobec relatywnie niewielkiej grupy badanej, interpretacja tego wyniku jest jednak trudna, a jego rzeczywiste znaczenie kliniczne niepewne.

3.5. Ocena efektywności klinicznej GDS w odróżnianiu depresji od stanu prawidłowego przy zastosowaniu wartości referencyjnych proponowanych przez autorów narzędzia w poszczególnych grupach klinicznych

Dla oceny jak zachowuje się badane narzędzie w stanie ocenianym klinicznie jako brak depresji wykorzystano ponowną ocenę u tych samych pacjentów co w części przekrojowej badania, ale po uzyskaniu przez nich remisji objawowej. Chorzy zatem ponownie wypełniali inwentarz wówczas, gdy po leczeniu nie spełniali już kryteriów klinicznych dla depresji według ICD-10. Z powodów metodologicznych wyłączono z tej analizy grupę chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat. Grupę analizowaną stanowili zatem chorzy po 65. roku życia, po przebytych udarach i z depresją w przebiegu choroby Parkinsona ($N = 157$). Z tej grupy u 42 chorych nie uzyskano remisji objawowej (stanowi to 26,8%), a 5 chorych odmówiło ponownego wypełnienia kwestionariusza. Ostateczną grupę do analizy stanowiło zatem 109 chorych, w tym 57 w grupie powyżej 65. roku życia, 24 po przebytych udarach i 28 z depresją w przebiegu choroby Parkinsona.

Analizowana grupa była niezwykle homogenna w zakresie uzyskiwanych wyników w fazie remisji objawowej. Wynik 10 punktów (minimalna wartość sugerująca depresję według autorów skali) uzyskało 9 chorych, a wynik 11 – tylko 1. Ze względu na brak istotnych różnic między podgrupami klinicznymi i ich niewielką liczebność odstąpiono od analiz w podgrupach jako nierelevantnych i ograniczono się do analizy w całej grupie 109 chorych.

3.5.1. Analiza dla całej grupy badanej (N = 109)

W grupie chorych uzyskujących remisję objawową odsetek chorych nieprawidłowo klasyfikowanych jako nadal cierpiących na depresję był niewielki (10/109). Co więcej, wśród tych nieprawidłowo sklasyfikowanych żaden nie uzyskał w GDS wyniku 12 punktów lub więcej. Zatem analizy ograniczono do punktów odcięcia 10, 11 i 12 punktów.

W tabeli 25 zestawiono wartości czułości, swoistości, pozytywnych i negatywnych wartości predykcyjnych oraz wskaźnik Youdena J kwestionariusza GDS dla różnych przyjętych *a priori* punktów odcięcia dla remisji. W przypadku wszystkich wartości podano (w nawiasach) 95% przedziały ufności.

Tabela 25. Wartości psychometryczne GDS w zależności od punktu odcięcia dla całej grupy (z wyłączeniem podgrupy osób w wieku 30–50 lat).

Przyjęty punkt odcięcia GDS	Czułość	Swoistość	Ogólny wskaźnik rzetelności testu	Pozytywna wartość predykcyjna	Negatywna wartość predykcyjna	Youden J
9	0,88 (0,85–0,89)	0,99 (0,95–1)	0,93 (0,89–0,94)	0,99 (0,95–1)	0,87 (0,83–0,88)	0,87 (0,79–0,89)
<u>10</u>	<u>0,91</u> (0,88–0,92)	<u>0,99</u> (0,95–1)	<u>0,95</u> (0,91–0,96)	<u>0,99</u> (0,95–1)	<u>0,91</u> (0,87–0,92)	<u>0,9</u> (0,83–0,92)
11	0,99 (0,96–1)	0,99 (0,96–1)	0,99 (0,96–1)	0,99 (0,96–1)	0,99 (0,96–1)	0,98 (0,92–1)
12	1	0,99 (0,96–0,99)	0,99 (0,96–1)	0,99 (0,96–1)	1	0,99 (0,93–1)

Jak widać z tabeli powyżej, przy każdym z przyjętych punktów odcięcia uzyskuje się bardzo wysokie wskaźniki czułości i swoistości testu. Proponowany przez autorów kwestionariusza punkt odcięcia na poziomie 10 punktów daje 91% czułość i 99% swoistość w odróżnianiu depresji od stanu bezobjawowego. Są to wartości numerycznie wyższe niż przy stosowaniu kwestionariusza Becka (odpowiednio 88% i 91% przy użyciu punktu odcięcia proponowanego przez Psychological Corporation i 96% i 89% przy użyciu punktu odcięcia podniesionego do 15 punktów).

Podsumowanie: Z przedstawionych powyżej wyliczeń wynika, że proponowany przez autorów GDS punkt odcięcia na poziomie 10 punktów w sposób bardzo precyzyjny wychwytuje chorych z depresją oraz daje wysokie wskaźniki czułości i swoistości w odróżnianiu depresji od stanu bezobjawowego.

3.6. Wyniki uzyskiwane w kwestionariuszach samoopisu a wynik w skali klinicznej (MADRS i HAM-D)

W tej części analiz zadano pytanie dotyczące porównania rzetelności diagnostycznej ocenianych narzędzi samoopisu w rozpoznawaniu depresji w porównaniu do standardowych, używanych w badaniach klinicznych skal HAM-D i MADRS. Przeprowadzono dwa rodzaje analiz porównawczych. Po pierwsze sprawdzono, jak wypadają oceniane narzędzia samoopisu (BDI-II, GDS) w porównaniu do skal klinicznych w zakresie rozpoznawania depresji. W tym celu porównywano odsetki wyników fałszywie ujemnych (grupa kliniczna w fazie depresji) i fałszywie dodatnich (grupy kliniczne w fazie remisji). Po drugie podjęto próbę ustalenia, jak wypada kwestionariusz BDI-II w zakresie poprawności klasyfikowania nasilenia depresji w porównaniu do obu skal klinicznych.

3.6.1. BDI-II i GDS vs HAM-D i MADRS w rozpoznawaniu depresji

Zgodnie z przyjętymi normami dla skali MADRS przyjęto 7 punktów (na 60 możliwych) jako minimalną wartość wskazującą na obecność choćby łagodnego epizodu depresji. W przypadku skali HAM-D jako punkt odcięcia przyjęto 10 punktów (na 52 możliwe).

W tabeli 26 zestawiono liczby chorych nieprawidłowo sklasyfikowanych jako bez depresji w całej grupie badanej i w poszczególnych subpopulacjach i przy wykorzystaniu ocenianych skal samoopisu oraz skal klinicznych.

Tabela 26. Zestawienie frakcji chorych nieprawidłowo sklasyfikowanych jako wolni od depresji w zależności od grupy i użytego narzędzia.

Grupa kliniczna	Frakcje chorych nieprawidłowo sklasyfikowanych jako bez objawów depresji			
	BDI-II	GDS	HAM-D	MADRS
cała populacja badana	14/216	nie dotyczy	7/216	8/216
cała populacja z wyłączeniem grupy w przedziale wiekowym 30–50 lat	12/156	1/156	7/156	6/156
chorzy powyżej 65. roku życia	5/79	1/79	3/79	4/79
chorzy w przedziale wiekowym 30–50 lat	2/60	nie dotyczy	0/60	2/60
chorzy z depresją po przebytych udarze	4/35	0/35	2/35	1/35
chorzy z depresją w przebiegu choroby Parkinsona	3/42	0/42	2/42	1/42

W całej populacji badanej frakcja wyników fałszywie ujemnych była numerycznie wyższa w przypadku BDI-II (14/216) w porównaniu do obu skal klinicznych (HAM-D i MADRS, odpowiednio, 7/216 i 8/216). Różnice te nie osiągały jednak poziomu istotności statystycznej (BDI-II vs HAM-D: $z = 1,6$; $p = 0,1$ oraz BDI-II vs MADRS: $z = 1,3$; $p = 0,2$).

W przypadku oceny z pominięciem grupy chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat frakcja wyników fałszywie ujemnych była najniższa w przypadku kwestionariusza GDS (1/156), przyjmowała wartości pośrednie w przypadku obu skal klinicznych (HAM-D i MADRS, odpowiednio, 7/156 i 6/156), a najwyższa była w przypadku kwestionariusza BDI-II (12/156). Obserwowane różnice osiągały poziom istotności statystycznej w przypadku porównania GDS vs BDI-II ($z = 3,1$; $p = 0,002$) i GDS vs HAM-D ($z = 2,1$; $p = 0,03$). W przypadku pozostałych porównań nie były one statystycznie istotne. Porównywane frakcje wyników fałszywie ujemnych w poszczególnych podgrupach klinicznych nie są znamienne statystycznie.

Konkludując tę część, można zatem stwierdzić, że zarówno kwestionariusze samoopisu, jak i skale kliniczne są podobnie skuteczne jako narzędzia przesiewowe. BDI-II daje marginalnie większe odsetki wyników fałszywie ujemnych, ale, biorąc pod uwagę obserwowane liczby rzeczywiste, nie wydaje się, aby miało to znaczenie kliniczne. W populacji osób starszych i z depresjami na podłożu organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (po przebytych udarze i w przebiegu choroby Parkinsona) kwestionariusz GDS jest narzędziem precyzyjniejszym niż BDI-II i prawie nie daje wyników fałszywie ujemnych.

3.7. Nieprawidłowe klasyfikowanie epizodu depresji (zanizanie lub zawyżanie nasilenia) przy zastosowaniu BDI-II w porównaniu do skal klinicznych, HAM-D i MADRS

3.7.1. Poprawna klasyfikacja epizodów w całej populacji i podgrupach klinicznych bez względu na nasilenie epizodu

Frakcje poprawnie sklasyfikowanych epizodów w całej populacji i w poszczególnych podgrupach klinicznych (niezależnie od nasilenia epizodu) zestawiono w tabeli 27.

Tabela 27. Zestawienie frakcji poprawnie sklasyfikowanych chorych w zależności od grupy i użytego narzędzia.

Grupa kliniczna	BDI-II	HAM-D	MADRS
cała populacja	157/216	190/216	191/216
chorzy powyżej 65 lat	52/79	71/79	71/79
chorzy w przedziale wiekowym 30–50 lat	54/60	56/60	58/60
chorzy z depresją po przebytych udarze	20/35	28/35	26/35
chorzy z depresją w przebiegu choroby Parkinsona	31/42	35/42	36/42

Analizując dane dotyczące całej badanej populacji numerycznie więcej epizodów zostało poprawnie sklasyfikowanych co do ich obecności i nasilenia przy wykorzystaniu obu skal klinicznych w porównaniu do kwestionariusza BDI-II. Różnica we frakcji poprawnie sklasyfikowanych epizodów osiąga znamienność statystyczną przy porównaniu BDI-II vs HAM-D ($z = 4$, $p < 0,0001$) i BDI-II vs MADRS ($z = 4,1$, $p < 0,0001$). Warto przy tym zauważyć, że nie ma istotnych różnic w podgrupie chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat, w przypadku których wszystkie oceniane narzędzia osiągają podobne, wysokie wskaźniki precyzji klasyfikacyjnej (spośród 60 chorych poprawnie sklasyfikowano, w zależności od narzędzia, 54 do 58 chorych). Największe różnice obserwowano w przypadku grupy chorych powyżej 65 lat. Frakcja chorych poprawnie sklasyfikowanych była w przypadku BDI-II istotnie niższa (52/79; 65,8%) niż w przypadku obu skal klinicznych (71/79; 89,9%) a różnica osiągała poziom znamienności statystycznej ($z = 3,64$; $p = 0,0003$).

Porównanie dla grupy z depresją po przebytych udarze wypada numerycznie gorzej dla BDI-II (frakcja poprawnie sklasyfikowanych 20/35, 57,1%) niż w przypadku obu skal klinicznych, HAM-D (28/35, 80%) i MADRS (26/35, 74,3%). Różnica jest znamienna statystycznie w zestawieniu BDI-II vs HAM-D ($z = 2,1$; $p = 0,04$) a nie osiąga poziomu znamienności przy porównaniu BDI-II vs MADRS ($z = 1,5$; $p = 0,1$).

W grupie chorych z depresją w przebiegu choroby Parkinsona odsetki epizodów poprawnie sklasyfikowanych wahają się od 73,8% (dla BDI-II) do 85,7% (dla MADRS), a obserwowane różnice nie osiągają poziomu istotności statystycznej.

Wniosek: Kwestionariusz BDI-II jest narzędziem o podobnej rzetelności w porównaniu do skal klinicznych w ocenie nasilenia depresji wyłącznie w przypadku grupy chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat i bez znanej, organicznej przyczyny depresji. W grupie osób powyżej 65. roku życia ocena nasilenia depresji za pomocą BDI-II jest zawodna w istotnym odsetku przypadków (około 1/3) i jest to znacznie więcej niż w przypadku obu ocenianych skal klinicznych (około 10% błędnych klasyfikacji).

3.7.2. Zawyżona ocena nasilenia depresji u chorych z epizodami łagodnymi

W tej części analizowano grupę chorych z epizodem o nasileniu łagodnym i rzetelność narzędzi w kontekście możliwości przypisania tym chorym większego niż w rzeczywistości nasilenia depresji. Obserwowane frakcje zestawiono w tabeli 28.

Tabela 28. Zestawienie frakcji chorych nieprawidłowo sklasyfikowanych z epizodem łagodnym w zależności od grupy i użytego narzędzia.

Grupa kliniczna	BDI-II	HAM-D	MADRS
cała populacja	17/79	8/79	10/79
chorzy powyżej 65 lat	8/24	6/24	6/24
chorzy w przedziale wiekowym 30–50 lat	0/15	0/15	1/15
chorzy z depresją po przebytych udarze	5/17	1/17	2/17
chorzy z depresją w przebiegu choroby Parkinsona	4/23	1/23	1/23

Jak wynika z tabeli 28, w całej populacji badanej odsetek chorych z łagodnym epizodem, w przypadku których zawyżono ocenę nasilenia depresji jest numerycznie wyższy w przypadku BDI-II (17/79) niż w przypadku obu skal klinicznych (HAM-D i MADRS, odpowiednio, 8/79 i 10/79). Obserwowane różnice nie osiągają poziomu istotności statystycznej (BDI-II vs HAM-D $p = 0,052$; BDI-II vs MADRS $p = 0,1$).

Uwagę zwraca bardzo wysoka precyzja wszystkich narzędzi w przypadku depresji u chorych w przedziale wiekowym 30–50 i względnie wysokie frakcje zawyżania wyników w populacji chorych powyżej 65. roku życia (między 6 a 8/24). W pozostałych grupach klinicznych nie obserwowano różnic istotnych, choć uwagę zwraca aż 5 przypadków zawyżenia oceny nasilenia depresji u chorych po udarze przy użyciu BDI-II w porównaniu do tylko 1 przypadku przy użyciu HAM-D ($z = 1,8$; $p = 0,07$).

3.7.3. Zaniżona lub zawyżona ocena nasilenia depresji w przypadku epizodów o nasileniu umiarkowanym

W tej części analizowano grupę chorych z epizodem o nasileniu umiarkowanym i rzetelność narzędzi w kontekście możliwości przypisania tym chorym większego lub mniejszego niż w rzeczywistości nasilenia depresji. Obserwowane frakcje zestawiono w tabeli 29.

Tabela 29. Zestawienie frakcji chorych nieprawidłowo sklasyfikowanych z epizodem umiarkowanym w zależności od grupy i użytego narzędzia.

Grupa kliniczna	BDI-II		HAM-D		MADRS	
	ocena zaniżona	ocena zawyżona	ocena zaniżona	ocena zawyżona	ocena zaniżona	ocena zawyżona
cała populacja	8/99	15/99	11/99	3/99	13/99	3/99
chorzy powyżej 65 lat	4/39	8/39	3/39	3/39	4/39	1/39
chorzy w przedziale wiekowym 30–50 lat	1/30	2/30	1/30	0/30	1/30	1/30
chorzy z depresją po przebytych udarze	3/15	2/15	3/15	0/15	4/15	1/15
chorzy z depresją w przebiegu choroby Parkinsona	0/15	3/15	3/15	0/15	4/15	0/15

Analizując wyniki przedstawione w tabeli, można zauważyć kilka prawidłowości. Po pierwsze kwestionariusz BDI-II częściej niż obie skale kliniczne zawyża nasilenie depresji (15 vs 3/99, różnica znamienna statystycznie, test dokładny Fishera $p = 0,005$). Po drugie frakcje epizodów nieadekwatnie ocenionych co do nasilenia są bardzo niskie dla wszystkich narzędzi w grupie chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat i bez organicznych przyczyn depresji. Wreszcie, tendencja do zawyżania nasilenia depresji przy użyciu BDI-II jest widoczna (numerycznie) zwłaszcza u chorych powyżej 65. roku życia i w przebiegu choroby Parkinsona, zaś do zaniżania przy użyciu obu skal klinicznych u chorych z depresją po przebytych udarze i w przebiegu choroby Parkinsona.

3.7.4. Zaniżona ocena nasilenia depresji w przypadku epizodów o nasileniu ciężkim

W tej części analizowano grupę chorych z epizodem o nasileniu ciężkim i rzetelność narzędzi w kontekście możliwości przypisania tym chorym mniejszego niż w rzeczywistości nasilenia depresji. Obserwowane frakcje zestawiono w tabeli 30. Warto podkreślić, że ze względu na nieliczne grupy chorych z ciężką depresją analizy mogą mieć charakter wyłącznie jakościowy.

Tabela 30. Zestawienie frakcji chorych nieprawidłowo sklasyfikowanych z epizodem ciężkim w zależności od grupy i użytego narzędzia.

Grupa kliniczna	BDI-II	HAM-D	MADRS
cała populacja	7/38	5/38	7/38
chorzy powyżej 65 lat	2/16	2/16	2/16
chorzy w przedziale wiekowym 30–50 lat	1/15	0/15	1/15
chorzy z depresją po przebytych udarze	1/3	1/3	2/3
chorzy z depresją w przebiegu choroby Parkinsona	3/4	2/4	2/4

Frakcje zaniżonych ocen nasilenia epizodów ciężkich są zbliżone w przypadku wszystkich stosowanych narzędzi. Pomimo bardzo nielicznych grup chorych warto zwrócić uwagę na tendencję do zaniżania wyników u chorych z depresją po udarze i w przebiegu choroby Parkinsona widoczną za-

równy w przypadku BDI-II, jak i obu skal klinicznych. Dla jednoznacznej oceny tego fenomenu niezbędne są jednak badania na większych grupach chorych, a obserwowane zjawisko może mieć charakter przypadkowy.

Wszystkie powyższe obserwacje, niezależnie od nasilenia badanego epizodu, sugerują konieczność poszukiwania precyzyjniejszych (specyficznych?) narzędzi do oceny nasilenia depresji u chorych starszych z organicznym podłożem zaburzeń nastroju oraz wskazują na relatywnie niewielką użyteczność BDI-II jako narzędzia do oceny nasilenia depresji w specjalnych grupach klinicznych.

3.8. Analiza własności przesiewowych narzędzia własnego

Oryginalnie przygotowane narzędzie własne zawiera trzy pytania fenomenologiczne (odpowiadające podstawowym objawom depresji według ICD-10) oraz dwa pytania do oceny wpływu funkcjonalnego obserwowanych objawów i uporczywości ich występowania, które odpowiadają kryteriom nie objawowym ICD-10. Hipoteza badawcza zakłada, że chorzy z depresją powinni odpowiadać tak na co najmniej 1 pytanie fenomenologiczne oraz na oba pytania dodatkowe.

Przeanalizowano odpowiedzi na pytania kwestionariusza w całej populacji badanej. Kwestionariusz wypełniło razem 190 chorych, w momencie gdy spełniali oni kryteria diagnostyczne dla epizodu depresji (69 z epizodem łagodnym, 91 z umiarkowanym i 30 z ciężkim) oraz ponownie 145 chorych w fazie remisji objawów (czyli bez depresji). Wyniki zestawiono w tabeli. Układ odpowiedzi przedstawiono w następujący sposób (1 + 1 + 1 +) + 1 + 1 (jeśli chory odpowiedział „tak” na trzy pytania fenomenologiczne i dwa pytania o objawy, (1 + 0 + 1) + 1 + 0 jeśli chory odpowiedział tak na dwa pytania fenomenologiczne i jedno pytanie dodatkowe itp.

Tabela 31. Wyniki badanych chorych w testowanym narzędziu własnym.

Układ odpowiedzi	Chorzy bez depresji N = 145	Chorzy z aktualnym epizodem depresji N = 190	Chorzy z aktualnym epizodem depresyjnym (N = 190)		
			łagodnym (N = 69)	umiarkowanym (N = 91)	ciężkim (N = 30)
(1+1+1) +1+1	0	30	6	10	14
(1+1+0) +1+1	0	18	5	7	6
(1+0+1) +1+1	0	22	7	10	5
(0+1+1) +1+1	0	24	7	13	4
(1+0+0) +1+1	14	28	11	16	1
(0+1+0) +1+1	7	26	11	15	0
(0+0+1) +1+1	4	21	10	11	0
(1+1+1) +1+0	0	8	4	4	0
(1+1+0) +1+0	1	4	1	3	0
(1+0+1) +1+0	1	3	2	1	0
(0+1+1) +1+0	0	1	0	1	0
(1+0+0) +1+0	22	0	0	0	0
(0+1+0) +1+0	11	0	0	0	0
(0+0+1) +1+0	8	1	1	0	0
(1+1+1) +0+1	0	4	4	0	0
(1+1+0) +0+1	0	0	0	0	0
(1+0+1) +0+1	0	0	0	0	0
(0+1+1) +0+1	0	0	0	0	0
(1+0+0) +0+1	12	0	0	0	0
(0+1+0) +0+1	12	0	0	0	0
(0+0+1) +0+1	22	0	0	0	0
(1+1+1) +0+0	1	0	0	0	0

Tabela 31. Wyniki badanych chorych w testowanym narzędziu własnym (cd.)

(1+1+0) +0+0	1	0	0	0	0
(1+0+1) +0+0	2	0	0	0	0
(0+1+1) +0+0	3	0	0	0	0
(1+0+0) +0+0	14	0	0	0	0
(0+1+0) +0+0	7	0	0	0	0
(0+0+1) +0+0	3	0	0	0	0

- a) Odpowiedź twierdząca na co najmniej 2 pytania fenomenologiczne i oba pytania dodatkowe. W taki sposób nie odpowiedziały żadna osoba bez depresji, natomiast 84 osoby z depresją (łagodną – 25, umiarkowaną – 40, ciężką – 29). Oznacza to 100% swoistość i 44,2% czułość takiej odpowiedzi; trafność (ang. *accuracy*) można oszacować na 68,4%.
- b) Odpowiedź twierdząca na 1 pytanie fenomenologiczne i oba pytania dodatkowe. W taki sposób odpowiedziało 25 osób bez depresji oraz 75 osób z depresją (w tym depresją łagodną – 32, umiarkowaną – 42, ciężką – 1). Oznacza to 82,8% swoistości i 39,5% czułości takiej odpowiedzi; trafność – 58,2%.
- c) Połączone wersje a i b, czyli weryfikacja podstawowej hipotezy badawczej. Odpowiedź twierdząca na co najmniej 1 pytanie fenomenologiczne i oba pytania dodatkowe. Takiej odpowiedzi udzieliło łącznie 25 osób zdrowych oraz 159 osób cierpiących na depresję (w tym łagodną – 57, umiarkowaną – 82 i ciężką – 30). Daje to 82,8% swoistości i 83,7% czułości, zaś ogólna trafność wynosi 83,3%.
- d) W przypadku depresji o nasileniu ciężkim kryterium c (co najmniej jedna odpowiedź twierdząca na pytanie fenomenologiczne i odpowiedzi twierdzące na oba pytania dodatkowe) spełniało 30/30 osób w porównaniu do 25/145 osób bez depresji. Daje to 100% czułość i 82,8% swoistość diagnozy, przy ogólnej trafności 85,7%.
- e) W przypadku depresji o nasileniu umiarkowanym kryterium c (co najmniej jedna odpowiedź twierdząca na pytanie fenomenologiczne i odpowiedzi twierdzące na oba pytania dodatkowe) spełniało 82/91 osób w porównaniu do 25/145 osób bez depresji. Daje to 90% czułość i 82,8% swoistość diagnozy, przy ogólnej trafności 85,6%.
- f) W przypadku depresji o nasileniu łagodnym kryterium c (co najmniej jedna odpowiedź twierdząca na pytanie fenomenologiczne i odpowiedzi twierdzące na oba pytania dodatkowe) spełniało 57/69 osób w porównaniu do 25/145 osób bez depresji. Daje to 82,6% czułość i 82,8% swoistość diagnozy, przy ogólnej trafności 82,7%.

Wnioski:

1. Własne narzędzie przesiewowe w kierunku depresji charakteryzuje się wysokimi wskaźnikami czułości i swoistości oraz ogólnej trafności przy spełnieniu zadanego w hipotezie kryterium.
2. Bez względu na nasilenie depresji uzyskuje się wskaźniki czułości i swoistości diagnozy powyżej 80% i podobną ogólną trafność. Biorąc pod uwagę czas udzielania odpowiedzi i powyższe wskaźniki, można rekomendować użycie tego narzędzia w praktyce niespecjalistycznej.

4. Omówienie wyników i dyskusja

4.1. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w badanych grupach w aktywnej fazie depresji

4.1.1. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w grupie chorych w wieku powyżej 65. roku życia

Zaobserwowano istotne różnice między średnimi wartościami uzyskiwanymi BDI-II przez chorych w zależności od nasilenia depresji ocenianego za pomocą ICD-10. W poszczególnych przypadkach często nie były to jednak wartości, które autorzy kwestionariusza podają jako obowiązujące do ustalenia tegoż nasilenia.

Wartością podaną w podręczniku do kwestionariusza jest punkt odcięcia stanowiący granicę pomiędzy depresją a jej brakiem – 14 punktów. BDI-II nie wykrył jedynie 6,4% (5/79) chorych na depresję spośród badanych w omawianej grupie wiekowej. Każda z tych osób była wcześniej zaklasyfikowana jako chora na depresję o łagodnym nasileniu. Wskazuje to na odpowiednią czułość narzędzia w wykrywaniu objawów depresyjnych. Problemem, który pojawił się przy odniesieniu wyników uzyskanych w BDI-II do diagnozy klinicznej, jest jego niska skuteczność przy określaniu nasilenia zaburzenia depresyjnego. Ponad 65% badanych chorych zostało poprawnie przypisanych do odpowiedniego nasilenia (52/79). Najwięcej błędów dotyczyło przeszacowania stanu zaburzenia afektywnego osoby badanej – około 20% wskazań (16/79). Natomiast 7,6% wskazań (6/79) było niedoszacowaniami ze strony kwestionariusza – poza błędnym określeniem braku objawów składających się na epizod depresji.

W grupie osób w wieku podeszłym Inwentarz BDI-II sprawdza się jako narzędzie służące celom przesiewowym z racji swojej wysokiej czułości (Stepankova Georgi i in., 2019). Na podstawie uzyskanych wyników nie można go jednak zarekomendować do sprawdzania nasilenia objawów depresji. Narzędzie wydaje się tutaj zbyt czułe. Co za tym idzie stosowanie go celem postawienia diagnozy czy przyglądania się dynamice choroby wydaje się wątpliwe metodologicznie. Wnioski te są zgodne z ustaleniami badaczy (Trentini i in., 2005; Segal i in., 2008). Sprawdzając skuteczność BDI-II w przesiewie w grupie osób w wieku podeszłym, uzyskano współczynnik alfa Cronbacha na poziomie 0,86 (N = 147). Była to jednak populacja pozakliniczna. W zestawieniu z otrzymanymi w niniejszej pracy wynikami może wskazywać to na tym większą czułość kwestionariusza w populacji klinicznej. Potwierdzać tę tezę mogą wyniki innego badania. Badana grupa liczyła 130 pacjentów geriatrycznych, których poddano sprawdzeniu Inwentarzem Becka. Wynik rzetelności BDI-II w badaniu przesiewowym uplasował się na poziomie alfa Cronbacha równym 0,89 (Steer i in., 2000). Wydaje się, że przyczyną nie zawsze dokładnych wskazań kwestionariusza Becka są nakładające się na siebie fenomeny związane z wiekiem oraz depresją. O ile klinicysta prowadzący wywiad może wziąć pod uwagę uwarunkowania zdrowotne pacjenta, o tyle kwestionariusz samoopisowy nie wskaże odpowiedniej zależności. Podobne wnioski wyciągnęli badacze zwracając również uwagę na ogólnie wzmożoną współchorobowość w grupie osób w wieku podeszłym (Bolla-Wilson i Bleecker, 1989; Berry, Storandt i Coyne, 1984; Kim i in., 2002). Wyniki tych badań dyskutowane są także w kontekście ilości leków przyjmowanych przez osoby po 65. roku życia. Może to być kolejny powód zniekształcania wyników przez BDI-II w tej populacji. Istnieją również badania nakierowujące uwagę na aspekt wdowieństwa. Okazuje się, że BDI-II uzyskuje wyższe wskazania w sytuacji badania stanu osoby, której współmałżonek zmarł niezależnie od tego, czy występuje u niej rzut depresji, czy też nie.

4.1.2. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w grupie chorych w przedziale wiekowym 30–50 lat

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w wartościach średnich wyników uzyskanych przez chorych w odniesieniu do nasilenia objawów depresyjnych określonych za pomocą ICD-10.

BDI-II w omawianej grupie wiekowej nie rozpoznał występowania zaburzenia jedynie w 3,3% (2/60) przypadków. Kwestionariusz wykazał się tu znacznie lepszą efektywnością w przypisywaniu osób badanych do odpowiedniego nasilenia objawów depresyjnych niż w grupie osób w wieku podeszłym. Jedynie 5% (3/60) wyników dotyczyło błędnego sklasyfikowania osoby badanej jako będącej w lżejszym niż rzeczywisty epizodzie depresyjnym – poza błędnym rozpoznaniem braku zaburzenia. Jeszcze mniej, bo jedynie 3,3% (2/60) wszystkich wskazań okazało się zawyżeniem nasilenia depresji.

Narzędzie w grupie osób między 30 a 50 rokiem życia na podstawie uzyskanych wyników można uznać za bardzo efektywne w celach przesiewowych oraz dla ustalenia nasilenia depresji. Poza używaniem w tzw. grupach specjalnych kwestionariusz BDI-II potwierdza swoją skuteczność. Znaczna liczba badań potwierdza dobre parametry BDI-II przy zastosowaniu w takim przypadku niezależnie, czy mamy do czynienia z populacją zdrową somatycznie czy też osób chorujących (Alexandrowicz, Fritzsche i Keller, 2014; Kapci i in., 2008; Hiroe i in., 2005; Arnarson i in., 2008; Arnau i in., 2001; Dutton i in., 2004). Badania odnoszące się do populacji generalnej (pozaklinicznej) wskazują wysokie

wskaźniki rzetelności BDI-II. Przebadano grupę 362 dorosłych pracowników fizycznych, będących obywatelami Turcji, i uzyskano wartość 0,90 we wskaźniku alfa Cronbacha (0,94 współczynnik r Pearsona) (Kapci i in., 2008). W dostępnej literaturze również w populacji dorosłych osób hospitalizowanych BDI-II prezentuje dobre właściwości psychometryczne. W grupie 248 pacjentów uzyskano wyniki dotyczące rzetelności kwestionariusza Becka na poziomie 0,93 (alfa Cronbacha) (Arnarson i in., 2008). Jeszcze wyższą rzetelność określono dla BDI-II w grupie 333 pacjentów korzystających z usług podstawowej opieki medycznej. Współczynnik alfa Cronbacha określił rzetelność na 0,94 (Arnau i in., 2001), a dla 220 dorosłych pacjentów na 0,90 (Dutton i in., 2004). Podobne doniesienia płyną z innych badań w grupie osób dorosłych (García-Batista i in., 2018; Park i in., 2020).

4.1.3. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w grupie chorych po przebytych udarze

Zaobserwowano statystycznie istotne różnice w średnich wartościach wyników uzyskanych w omawianej grupie w odniesieniu do nasilenia objawów określonego w oparciu o system klasyfikacyjny ICD-10. W poszczególnych przypadkach często nie były to jednak wartości, które autorzy kwestionariusza podają jako obowiązujące do ustalenia tegoż nasilenia.

W omawianej grupie chorych po udarze pojawił się największy odsetek fałszywie ujemnych wyników w porównaniu do pozostałych grup. 11,4% (4/35) wyników nie wskazywało na występowanie depresji u osoby, która wcześniej została zdiagnozowana jako chora. Każda z tych osób została wcześniej sklasyfikowana jako dotknięta łagodnym epizodem depresji. Ponad 57% (20/35) wyników poprawnie odzwierciedliło stan faktyczny nasilenia objawów u jednostek. W przypadku epizodu łagodnego mniej niż połowa osób badanych została prawidłowo sklasyfikowana (8/17). W przypadku epizodu umiarkowanego i ciężkiego było to około 67% (odpowiednio 10/15 i 2/3). Błędne określenie nasilenia objawów jako większe niż w rzeczywistości ujawniło się w 20% wyników (7/35), a ich niedoszacowanie 11,4% (4/35) – poza błędnym uznaniem osoby badanej za zdrową.

BDI-II w wystarczającym stopniu spełnia wymagania stawiane przed narzędziem przesiewowym w grupie osób po udarze. Na podstawie uzyskanych wyników nie można zarekomendować jego stosowania w celach sprawdzenia nasilenia objawów depresyjnych. Co za tym idzie – zastosowanie w celu postawienia rozpoznania oraz obserwacji zmian zachodzących w zaburzeniu (np. pod wpływem określonej terapii) nie wydaje się być metodologicznie zasadne. Prawdopodobnie największy wpływ ma na to nakładanie się objawów neurologicznych i depresyjnych. Tak jak w przypadku grupy osób w wieku podeszłym, tak i w przypadku pacjentów po udarze kwestionariusz BDI-II nie ma odpowiednich narzędzi by w sposób skuteczny ocenić nasilenie depresji. Potwierdzają to doniesienia innych badaczy (Aben i in., 2002) wskazujące niemal identyczną z uzyskaną swoistością BDI-II w badaniu osób po udarze. Badacze podkreślają jednak przydatność narzędzia w celu dokonywania przesiewu (Turner i in., 2012) z uwagi na wystarczające w tym zakresie wartości psychometryczne. W cytowanym badaniu Turnera rzetelność BDI-II w zakresie przesiewu uzyskała współczynnik alfa Cronbacha 0,89. Dotychczasowe badania sugerują też niską przydatność wszystkich narzędzi samoopisowych (w tym BDI-II) w zakresie stawiania diagnozy klinicznej czy w celach naukowych z uwagi na częste błędne wskazania – od 20% w przypadku Hospital Anxiety and Depression Scale Depression subscale do 40% uzyskanych właśnie za pomocą BDI-II (Aben i in., 2002). To wynik gorszy od uzyskanego w niniejszej pracy. Wyniki badań wskazują na wystarczające statystyki psychometryczne by uznać BDI za odpowiednie narzędzie do badań przesiewowych (Chiu i in., 2022).

4.1.4. Omówienie wskazań kwestionariusza BDI-II w grupie chorych na chorobę Parkinsona

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice między średnimi wartościami uzyskanymi przez badanie kwestionariuszem określającymi nasilenie depresji a jego oceną kliniczną. Mediana dla wyników określających epizod ciężki depresji wyniosła 28, co jest wedle propozycji autorów narzędzia odpowiednikiem epizodu umiarkowanego.

BDI-II w grupie osób z chorobą Parkinsona określił nieprawidłowo brak występowania zaburzenia w 7,1% (3/35) przypadków – wszystkie dotyczą łagodnego epizodu depresji. Znacznie częstsze błędy odnoszą się do określania nasilenia objawów depresyjnych w omawianej grupie. W 16,7%

(7/42) przypadkach BDI-II określił stan osoby badanej jako cięższy niż w rzeczywistości, natomiast w 7,1% (3/42) jako lżejszy niż określony przez klinicystę – poza osobami badanymi błędnie uznanymi za zdrowe.

W grupie chorych na chorobę Parkinsona BDI-II dzięki odpowiedniej czułości spełnia warunki dobrego narzędzia przesiewowego. Nie jest jednak narzędziem, które w omawianej grupie można stosować celem określenia nasilenia zaburzenia depresji u osoby badanej – tym samym, monitorowania zmian w dynamice choroby oraz stawiania na jego podstawie wiążących rozpoznań. Wnioski te nie współbrzmiają z badaniem Leentjensa (Leentjens i in., 2000), gdzie badacz określił BDIII jako narzędzie przydatne także w przypadku określania nasilenia objawów depresji. Autor ten jednak każdorazowo dostosowywał punkty odcięcia tak, by wskazania były optymalne. Określił on BDI-II narzędziem zdatnym do celów przesiewowych przy zastosowaniu punktu odcięcia na poziomie 8/9 (autorzy inwentarza podają 14) kosztem swoistości na dość niskim poziomie (0,59). Wiązać się to musi z pojawieniem się w następstwie wielu błędnych wskazań osób zdrowych jako chorych. Leentjens proponuje również mocno odległy od oryginalnego punktu odcięcia dla celów diagnostycznych – 16/17. Wiąże się to z kolei z bardzo niską czułością kwestionariusza (0,42), co oczywiście przełoży się musi na niską wykrywalność depresji. Potrzeba zmiany punktów odcięcia wynikała najpewniej z tożsamy objawów dla choroby Parkinsona i depresji, które BDI-II sprawdza i niezależnie od pochodzenia klasyfikuje jako objaw zaburzenia nastroju. Autor zaznacza chęć uzyskania walidacji BDI-II bez zmiany narzędzia czy używania jego alternatywnych wersji. Przyjąć więc można kwestionariusz za nadający się do używania w tej grupie chorych (Prange i in., 2022). Pozostaje pytanie, czy warto stawiać cele przystosowania narzędzia do grupy badawczej za wszelką cenę, zamiast użycia innych skal. Inne badania wskazują na dodatkową potrzebę wyraźnego oddzielenia fenomenu apatii od depresji w chorobie Parkinsona (Kirsch-Darrow i in., 2011). Może to bowiem mieć przełożenie na skuteczność doboru odpowiednich sposobów leczenia. Równocześnie wyniki na skalach depresji są, z uwagi na brak rozdziału tych dwóch stanów, podniesione.

4.2. Omówienie efektywności klinicznej BDI-II w odróżnianiu depresji od stanu prawidłowego

Analiza całej grupy badanej wykazała, że punkt odcięcia powinien być o 1 punkt większy niż ten zakładany przez autorów BDI-II, czyli 15 zamiast 14. Podobne wskazanie było wynikiem analizy grupy wyodrębnionej ze względu na wiek – powyżej 65 lat. Wówczas zarówno czułość, jak i swoistość kwestionariusza były na odpowiednio wysokim poziomie.

W grupie osób cierpiących na chorobę Parkinsona, mimo wyniku tożsamego z wcześniej opisywanymi grupami, nie ma wystarczających podstaw do refleksji nad zmianą podanych wartości. Wiąże się to z nieliczną próbą oraz niewielkimi różnicami między wskaźnikami psychometrycznymi narzędzia dla 14 i 15 jako punktu odcięcia. Wnioski o potrzebie zmiany punktów odcięcia w grupie osób chorych na chorobę Parkinsona pojawiły się w literaturze w badaniu Leentjensa (Leentjens i in., 2000). Dla grupy w zbliżonym wieku ($67 \pm 10,5$) do populacji badanej na potrzeby tej rozprawy ($69,9 \pm 6,6$) i z tą samą jednostką chorobową ustalono sugerowane punkty odcięcia na poziomie 8/9 dla przesiewu i 16/17 dla diagnozy. Optymalne wartości psychometryczne uzyskano tam jednak w sytuacji użycia oryginalnie proponowanego punktu odcięcia – 14, czyli potwierdza to otrzymane w analizie niniejszej pracy wyniki. W grupie osób między 30 a 50 rokiem życia określany punkt odcięcia okazał się zbieżny z tym podanym przez autorów kwestionariusza.

W grupie osób w wieku podeszłym wydaje się być zasadne stosowanie wyższego punktu odcięcia w nadziei na uzyskanie mniejszej liczby wskazań fałszywie dodatnich. Nie znaleziono w literaturze badań odnoszących się do ustalenia optymalnego punktu odcięcia w grupach specjalnych poza grupą z chorobą Parkinsona.

BDI-II powinien być przede wszystkim postrzegany jako skala jednowymiarowa i jako taki powinien być punktowany. Chociaż nie zaleca się stosowania wyników w poszczególnych podskalach w oderwaniu od siebie, mogą one okazać się przydatne w ocenie klinicznej i/lub w planowaniu leczenia, jeśli zostaną użyte w połączeniu z wynikami ogólnymi (McElroy i in., 2018). W kontrze do tego pozostają wnioski innych badaczy, którzy wskazują na trzy czynniki specyficzne (poznawczy, afektywny i somatyczny) jako wyjaśniające niezbędną ilość wariancji (García-Batista i in., 2018).

4.3. Omówienie wskazań kwestionariusza GDS w badanych grupach w aktywnej fazie depresji

4.3.1. Omówienie wskazań kwestionariusza GDS w grupie osób w wieku po 65. roku życia

Zaobserwowano statystycznie istotne różnice w średnich wartościach wyników uzyskanych w omawianej grupie w odniesieniu do nasilenia objawów określonego w oparciu o system klasyfikacyjny ICD-10. Tylko w przypadku jednej osoby badanej GDS nie wykrył lekkich objawów depresji. Daje to 1,3% wyników fałszywie ujemnych (1/24).

Jako narzędzie przesiewowe GDS na bardzo dobrym poziomie sprawdza się w grupie osób w wieku podeszłym. W grupie sprawnych poznawczo pacjentów powyżej 65. roku życia GDS bywa określanym preferowanym instrumentem (Balsamo i in., 2018). Wysoka rzetelność narzędzia predysponuje je do określania występowania patologii. Jest to wynik oczekiwany, gdyż kwestionariusz GDS był tworzony z myślą o tej grupie osób badanych (Yesavage i in., 1983). Nie można jednak używać GDS w celu oceny nasilenia objawów depresyjnych klasyfikowanych jak w ICD-10 – kwestionariusz nie posiada odpowiednich norm. Geriatryczna Skala Depresji nie została stworzona z myślą o różnicowaniu zaburzeń między sobą, ale z przekonaniem, że depresją w wieku podeszłym może być łatwo pomyłona z demencją (Yesavage i in., 1983). Dobre wskazania GDS robią wrażenie tym lepsze, że dochodzą w tej populacji trudności z występowaniem większej liczby chorób somatycznych i, co za tym idzie, różnicowaniem ich objawów od tych należących do depresji (Pankiewicz, Bielicka i Lamparska, 2003; Katona i Livingstone, 2003; Stuart-Hamilton, 2006). Literatura wskazuje na jeszcze jedną trudność w tym zakresie – nietypowy obraz choroby wśród osób w wieku podeszłym. Zdarza się, że tzw. depresja maskowana objawia się przez symptomy, które mogą wskazywać na zupełnie inne zaburzenie. Zawartość GDS pozwala na przejście i tego problemu z dobrym rezultatem. W literaturze występuje wiele doniesień z zakresu skuteczności wykrywania depresji przez Geriatryczną Skalę Depresji. W znacznej większości przypadków wykazują one wysokie współczynniki czułości i swoistości. W metaanalizie z 2010 roku przedstawiono zbiór 69 badań z użyciem GDS (Mitchell i in., 2010). Ogólna trafność GDS w 30-itemowej wersji została określona na 81,9% czułość oraz 77,7% swoistość. To bardzo dobre wyniki oparte na analizie znacznej liczby badanych wspierające wnioski z niniejszej analizy.

4.3.2. Omówienie wskazań kwestionariusza GDS w grupie chorych po przebytym udarze

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice między średnimi wartościami uzyskanymi przez badanie kwestionariuszem określającymi nasilenie depresji a jego oceną kliniczną. W omawianej grupie GDS wykrył wszystkich chorych – brak wyników fałszywie ujemnych.

GDS znakomicie sprawdza się jako narzędzie przesiewowe w populacji osób po udarze. Zgadza się to z rezultatami badań innych autorów (Allan i in., 2013; Agrell i Dehlin, 1989; Healey i in., 2008; Lee i in., 2008; Sivrioglu i in., 2009; Tang i in., 2004; Krishnamoorthy, Rajaa i Rehman, 2019). Cytowane badania wskazują dobre wartości psychometryczne GDS w populacji osób po udarze. W próbie obejmującej 40 pacjentów kwestionariusz uzyskał rzetelność na poziomie 0,75 (Agrell i Dehlin, 1989). W tym samym badaniu określono jego swoistość na 64% a czułość na 88%. Kolejna próba liczyła 85 chorych po udarze. Współczynnik alfa Cronbacha wyniósł tutaj 0,89 (Sivrioglu i in. 2009). Po raz kolejny należy podkreślić brak możliwości wykorzystywania GDS w celach badania nasilenia objawów depresyjnych klasyfikowanych trzystopniowo. Pojawia się tu także problem standaryzacji i adaptacji na warunki polskie (Albiński, Kleszczewska-Albińska i Bedyńska, 2011). GDS mógłby być szerzej wykorzystywany jako narzędzie posiadając odpowiednią skuteczność. Omawiana w niniejszym badaniu grupa osób po udarze mieściła się wiekowo w ramach polskiej standaryzacji kwestionariusza. Ciekawe wydaje się, jakie wartości psychometryczne przyjmowałby GDS w populacji osób po udarze w młodszym wieku.

4.3.3. Omówienie wskazań kwestionariusza GDS w grupie chorych na chorobę Parkinsona

Zaobserwowano istotne różnice między średnimi wartościami uzyskiwanymi przez chorych w zależności od nasilenia depresji ocenianego za pomocą ICD-10. W grupie osób cierpiących na chorobę Parkinsona GDS nie dał ani jednego fałszywie ujemnego wskazania – wykrył wszystkich z objawami depresji.

Omawiany kwestionariusz doskonale nadaje się do użycia w ramach przesiewu grupy osób z chorobą Parkinsona pod kątem współwystępującej depresji (Lopez i in. 2018). W związku z brakiem norm nie można jednak wykorzystać go do rozróżniania nasilenia objawów w rozumieniu trzech klas zawartych w ICD-10. Potwierdza to wyniki wcześniejszych badań (Yonkers i Samson, 2000). GDS jest rekomendowany do używania w roli narzędzia przesiewowego, a nawet monitorowania zmian w zakresie depresji (Shrag i in., 2007) i to niezależnie od nasilenia objawów choroby Parkinsona. Ma to związek z niewielką liczbą symptomów motorycznych sprawdzanych przez Geriatryczną Skalę Depresji oraz podkreślaną już wcześniej łatwością zrozumienia przez osoby badane. W badaniach porównawczych różnych narzędzi do badania depresji w grupie osób z chorobą Parkinsona GDS osiągał najwyższe wyniki (Williams i in., 2012). W tym zestawieniu jedynie skale kliniczne HAM-D i MADRS zbliżyły się do wartości psychometrycznych uzyskanych przez GDS. Badacze zwrócili uwagę również na krótki czas administrowania, co w zestawieniu ze skalami faworyzuje kwestionariusz. Rzetelność sprawdzono na 229 pacjentach z chorobą Parkinsona uzyskując wynik na poziomie 0,92. Czułość określono na 72%, natomiast swoistość na 82% przy oryginalnym punkcie odcięcia – 10. Inne doniesienie podaje rzetelność na podstawie AUC (area under curve/analiza ROC) na poziomie 0,86 (McDonald i in., 2006). Próba liczyła 57 badanych cierpiących na chorobę Parkinsona. Zastosowanym punktem odcięcia było sugerowane przez autorów narzędzia – 10. Badanie, w którym testowano kwestionariusz GDS zarówno w roli narzędzia przesiewowego jak i diagnostycznego jest autorstwa Ertana (Ertan i in., 2005). Badacz uznał Geriatryczną Skalę Depresji za odpowiednią do stosowania w obu rolach. Przebadano 109 pacjentów z chorobą Parkinsona. Wyniki otrzymane wskazywały na dobrą rzetelność (alfa Cronbacha 0,92). Najlepsze wskazania czułości i swoistości otrzymano w punkcie odcięcia 13/14. Do celów przesiewowych zarekomendowano jednak 9/10, natomiast 14/15 dla celów diagnostycznych.

4.4. Omówienie efektywności klinicznej GDS w odróżnianiu depresji od stanu prawidłowego

Analiza dla całej grupy badawczej wykazała istnienie jedynie 10 spośród 109 wskazań nieprawidłowych – fałszywie dodatnich. Narzędzie sprawdza się na bardzo wysokim poziomie psychometrycznym w zakresie odróżniania stanu normy od stanu zaburzenia nastroju (The Stanford ACRC website, 2022). Proponowany przez autorów kwestionariusza punkt odcięcia na poziomie 10 punktów wydaje się być optymalnym. Podobne wnioski płyną z innych badań (Schrag i in., 2007).

4.5. Omówienie odniesienia wyników uzyskiwanych na skalach samoopisowych do wskazań skal klinicznych

4.5.1. Omówienie odniesienia wskazań BDI-II oraz GDS do wyników HAM-D i MADRS

Najstąbiej z wykrywaniem objawów depresji w całej populacji (jak i tej z wyłączeniem grupy wiekowej 30–50 lat oraz pozostałych podgrup) poradził sobie BDI-II. Jego wskazania różniły się na poziomie istotnym statystycznie od wyników uzyskanych przy zastosowaniu GDS, który okazał się z kolei najskuteczniejszym z badanych narzędzi i to niezależnie od rozpatrywanej grupy. W całej populacji z wyłączeniem grupy wiekowej 30–50 lat ujawniły się także znaczące różnice między GDS a HAM-D na korzyść tego pierwszego. O takich wynikach zdecydowały specjalne grupy: z chorobą Parkinsona oraz po przebytych udarze. Zgadza się to z dotychczasowymi doniesieniami naukowymi, które stawiają GDS na wiodącej pozycji względem badania populacji z chorobą Parkinsona (Williams i in., 2012).

Generalnie można mówić o podobnej skuteczności wskazań kwestionariuszy i skal klinicznych w zakresie rozpoznawania objawów depresyjnych. W przypadku porównania narzędzi samoopiso-

wych lepszym wyborem do przesiewu w grupach osób w podeszłym wieku oraz po przebytych udarach i z chorobą Parkinsona (grupach specjalnych), powinien być GDS, gdyż okazuje się być bardziej rzetelny. Pokrywa się to z wcześniejszymi badaniami (Olin i in., 1992; Williams i in., 2012). Wskazano tam na lepsze rezultaty uzyskiwane za pomocą Geriatrycznej Skali Depresji niż Inwentarza Becka. Olin i in. (1992) wskazują na znacznie większe kłopoty osób badanych w udzielaniu odpowiedzi na pytania zawarte w BDI niż w GDS. Ponadto osoby w wieku po 65. roku życia wypełniając kwestionariusz Becka częściej wybierały więcej niż jedną odpowiedź w danym itemie.

4.5.2. Omówienie klasyfikowania epizodu depresji przez BDI-II w odniesieniu do skal klinicznych HAM-D i MADRS

Kwestionariusz BDI-II w grupie badanych między 30 a 50 rokiem życia przedstawia podobną do obu skal klinicznych rzetelność przypisywania do odpowiedniego stopnia natężenia depresji. W pozostałych podgrupach oraz w całej populacji badanej Inwentarz Becka wypada gorzej niż skale Hamiltona i Montgomery-Åsberg. Różnice znaczące statystycznie pojawiają się w całej populacji badanej oraz w podgrupie osób w wieku podeszłym między BDI-II a obydwoma skalami. Depresja wśród osób starszych jest częsta, ale równie często źle diagnozowana. Bywa to skutkiem problematycznego wykrywania i określania. Również skomplikowane symptomy kliniczne i niepewna prognoza dotycząca depresji przekładają się na słabsze poznanie zjawiska. Istnieje niewiele specjalnych testów diagnostycznych dla tej specjalnej grupy badanych (Bonin-Guillaume i in., 1995). Co więcej większość autorów uważa, że najlepszym rozwiązaniem jest używanie narzędzi przesiewowych w celach diagnostycznych. Część z nich to skale kliniczne, które najpierw walidowano w populacji ogólnej, a dopiero wtórnie do subpopulacji osób w wieku podeszłym. Zaliczają się do tej grupy zarówno skala Hamiltona, jak i Montgomery-Åsberg. W podobny sposób przystosowano kwestionariusz Becka. Skale jednak znacznie lepiej pokazują rzeczywiste nasilenie objawów depresyjnych. W podgrupie po przebytych udarach wskazania skali samoopisowej różnią się istotnie od wskazań skali HAM-D na niekorzyść kwestionariusza. Mimo niemal 12% różnicy we wskazaniach BDI-II oraz MADRS w grupie osób z chorobą Parkinsona na niekorzyść kwestionariusza nie jest to wynik istotny statystycznie.

BDI-II częściej od HAM-D i MADRS zawyża wskazanie do konkretnej kategorii nasilenia objawów depresji. Widać to w przypadku osób po udarze z klinicznie stwierdzonym nasileniem lekkim wobec wskazań skali Hamiltona. Odzwierciedla ten trend również badanie całej grupy z epizodem umiarkowanym. Inwentarz Becka istotnie częściej niż obie skale kliniczne w sposób nieuprawniony przypisuje badanym epizod ciężki. W sposób nieosiągający znaczenia statystycznego BDI-II zawyża ocenę zaburzenia umiarkowanego w grupie osób w wieku podeszłym oraz w przebiegu choroby Parkinsona. Co ciekawe obie skale kliniczne zaniżają epizod umiarkowany w grupie chorych na Parkinsona i po przebytych udarach.

W kategorii osób z zaburzeniem ciężkim wszystkie stosowane narzędzia uzyskały porównywalne wyniki. Uwagę zwraca tendencja każdej z badanych skal klinicznych (HAM-D, MADRS) do zaniżania wyników w grupie chorych z depresją o podłożu organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (po przebytych udarach i w przebiegu choroby Parkinsona).

4.6. Omówienie właściwości przesiewowych narzędzia własnego

Badane narzędzie własne dobrze nadaje się do użycia w przesiewach. Niezależnie od stopnia nasilenia depresji u osób badanych narzędzie nie osiągnęło wyniku poniżej 80% zarówno w zakresie czułości, jak i swoistości. Trafność ogólna również pozostaje na satysfakcjonującym poziomie. Dodatkowo sprawdzane narzędzie odnosi się do wymogów psychopatologicznych zawartych w klasyfikacji ICD-10, która jest obowiązującą w Polsce. Do przeprowadzenia badania wystarczy 5 minut i jest ono bardzo prosto skonstruowane. Daje to łatwość użycia badaczowi i pacjentowi. Brak jest też potrzeby posiadania jakiegokolwiek przygotowania czy doświadczenia w pracy klinicznej z chorymi cierpiącymi na zaburzenia nastroju. Narzędzie tego typu prawdopodobnie dobrze sprawdziłoby się w praktyce niespecjalistycznej, zwiększając szansę pacjentów na lepszą opiekę i ułatwiając pracę klinicystom.

5. Podsumowanie wyników i wnioski

Wyniki otrzymane w pracy przekładają się na następujące wnioski:

1. Kwestionariusz BDI-II uzyskuje dobre wyniki jako narzędzie przesiewowe rozpoznawania depresji niezależnie od populacji, w której jest używany.
2. BDI-II może być stosowany jako narzędzie do badania nasilenia depresji w populacji osób bez dodatkowych zaburzeń spowodowanych chorobą neurologiczną lub wiekiem.
3. Dla optymalizacji efektywności wskazań BDI-II w rozróżnianiu stanu normalnego od depresji w grupie osób w wieku podeszłym warto rozważyć podwyższenie punktu odcięcia z 14 (podawanego przez autorów narzędzia) na 15.
4. BDI-II jest narzędziem bardzo czułym i ma tendencje do przeszacowywania nasilenia objawów depresji niezależnie od badanej populacji.
5. BDI-II ma mniejszą skuteczność w określaniu nasilenia depresji niż skale kliniczne HAM-D i MADRS w całej populacji badanej.
6. BDI-II ma mniejszą skuteczność w badaniu nasilenia depresji niż skale kliniczne HAM-D i MADRS w grupie osób po 65. roku życia.
7. BDI-II ma mniejszą skuteczność w badaniu nasilenia depresji niż HAM-D w grupie po przebytym udarze.
8. BDI-II przeszacowuje nasilenie objawów depresji w stopniu większym niż dzieje się to w przypadku skal klinicznych HAM-D i MADRS.
9. Kwestionariusz GDS uzyskuje bardzo dobre wyniki jako narzędzie przesiewowe niezależnie od populacji, w której jest używany (w grupach, które obejmuje jego walidacja).
10. Punkt odcięcia sugerowany przez autorów GDS na poziomie 10 jest optymalny niezależnie od badanej grupy.
11. GDS ma podobną (numerycznie wyższą) do MADRS skuteczność w rozróżnianiu stanu normy od depresji (w całej populacji z wyłączeniem grupy osób w wieku 30–50 lat).
12. GDS ma wyższą niż HAM-D skuteczność w rozróżnianiu stanu normy od depresji (w całej populacji z wyłączeniem grupy osób w wieku 30–50 lat).
13. GDS ma wyższą niż BDI-II skuteczność w rozróżnianiu stanu normy od depresji niezależnie od grupy (z wyłączeniem grupy osób w wieku 30–50 lat).
14. Narzędzie własne posiada trafność ogólną, czułość i swoistość na poziomie ponad 80%, w związku z tym nadaje się do badań przesiewowych.

Finansowanie: Praca finansowana ze środków statutowych: 503/6-074-03/503-01 oraz funduszy własnych autora.

Bibliografia

- Aben I., Verhey F.; Lousberg R., Lodder J., Honig A. 2002. Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics* 43(5), str. 386–393. DOI: [10.1176/appi.psy.43.5.386](https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.5.386).
- Agrell B., Dehlin O. 1989. Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke* 20, str. 1190–1194. DOI: [10.1161/01.str.20.9.1190](https://doi.org/10.1161/01.str.20.9.1190).
- Albiński R., Kleszczewska-Albińska A., Bedyńska S. 2011. Geriatryczna skala depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. *Psychiatria Polska* 45, str. 555–562.
- Alexandrowicz R.W., Fritzsche S., Keller F. 2014. A psychometric view on the applicability of the BDI-II in non-clinical populations. *Neuropsychiatrie* 28(2), str. 63–73. DOI: [10.1007/s40211-014-0104-z](https://doi.org/10.1007/s40211-014-0104-z).
- Allan L.M., Rowan E.N., Thomas A.J., Polvikoski T.M., O'Brien J.T., Kalaria R.N. 2013. Long-term incidence of depression and predictors of depressive symptoms in older stroke survivors. *The British Journal of Psychiatry* 203(6), str. 453–460. DOI: [10.1192/bjp.bp.113.128355](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128355).
- Allen-Burge R., Storandt M., Kinscherf D.A., Rubin E.H. 1994. Sex differences in the sensitivity of two self-report depression scales in older depressed inpatients. *Psychology and Aging* 9, str. 443–445. DOI: [10.1037/0882-7974.9.3.443](https://doi.org/10.1037/0882-7974.9.3.443).
- Arnarson T.O., Olason D.T., Smari J., Sigurethsson J.F. 2008. The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): psychometric properties in Icelandic student and patient populations. *Nordic Journal of Psychiatry* 62, str. 360–365. DOI: [10.1080/08039480801962681](https://doi.org/10.1080/08039480801962681).
- Arnau R.C., Meagher M.W., Norris M.P., Bramson R. 2001. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology* 20, str. 112–119. DOI: [10.1037//0278-6133.20.2.112](https://doi.org/10.1037//0278-6133.20.2.112).
- Asplund K., Tuomilehto J., Stegmayr B., Wester P.O., Tunstall-Pedoe H. 1988. Diagnostic criteria and quality control of the registration of stroke events in the MONICA project. *Acta Medica Scandinavica* S728, str. 26–39. DOI: [10.1111/j.0954-6820.1988.tb05550.x](https://doi.org/10.1111/j.0954-6820.1988.tb05550.x).
- Bagby R.M., Ryder A.G., Schuller D.R., Marshall M.B. 2004. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *The American Journal of Psychiatry* 161, str. 2163–2177. DOI: [10.1176/appi.ajp.161.12.2163](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2163).
- Balsamo M., Cataldi F., Carlucci L., Padulo C., Fairfield B. 2018. Assessment of late-life depression via self-report measures: a review. *Clinical Interventions in Aging* 13, str. 2021–2044. DOI: [10.2147/CIA.S178943](https://doi.org/10.2147/CIA.S178943).
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4(6), str. 561–571. DOI: [10.1001/archpsyc.1961.01710120031004](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004).
- Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G. 1988. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8, str. 77–100. DOI: [10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).
- Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. 1996. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. TX: Psychological Corporation, San Antonio.
- Beck A.T., Steer R.A., Ball R., Ranieri W. 1996. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment* 67(3), str. 588–597.
- Beck A.T., Steer R.A. Beck Depression Inventory. 2000. W: Rush A.J. *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association, Washington DC, str. 519–523.
- Berry J.M., Storandt M., Coyne A. 1984. Age and sex differences in somatic complaints associated with depression. *Journal of Gerontology* 39(4) str. 465–467. DOI: [10.1093/geronj/39.4.465](https://doi.org/10.1093/geronj/39.4.465).
- Bidzan L., Łapin J., Sołtys K., Turczyński J. 2002. Geriatryczna Skala Depresji (Geriatric Depression Scale) jako pomocnicze narzędzie diagnostyczne u pacjentów powyżej 55 roku życia. *Psychiatria Polska* XXXVI(6), str. 187–192.
- Bolla-Wilson K., Bleecker M.L. 1989. Absence of depression in elderly adults. *Journal of Gerontology* 44(2), str. 53–55. DOI: [10.1093/geronj/44.2.p53](https://doi.org/10.1093/geronj/44.2.p53).
- Bonin-Guillaume S., Clément J.P., Chassain A.P., Léger J.M. 1995. Psychometric evaluation of depression in the elderly subject: which instruments? What are the future perspectives? *L'Encephale* 21(1), str. 25–34.
- Brzeziński J. 2005. Psychologiczna diagnoza zdrowia i zaburzeń z perspektywy metodologii badań psychologicznych. W: Sęk H. *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa; str. 152–180.

- Burn D.J., Rowan E.N., Minett T., Sanders J., Myint P., Richardson J., Thomas A., Newby J., Reid J., O'Brien J.T., McKeith I.G. 2003. Extrapyrarnidal features in Parkinson's disease with and without dementia and dementia with Lewy bodies: A cross-sectional comparative study. *Movement Disorders* 18, str. 884–889. DOI: [10.1002/mds.10455](https://doi.org/10.1002/mds.10455).
- Carod-Artal F.J. 2006. Depresión postictus (i). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Reveu Neuroogiquel* 42, str. 169–175. DOI: [10.33588/rn.4203.2005049](https://doi.org/10.33588/rn.4203.2005049).
- Chemerinski E., Petracca G., Sabe L., Kremer J., Starkstein S.E. 2001. The specificity of depressive symptoms in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry* 158, str. 68–72. DOI: [10.1176/appi.ajp.158.1.68](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.68).
- Chiu E.C., Chen Y.J., Wu W.C., Chou C.X., Yu M.Y. 2022. Psychometric Comparisons of Three Depression Measures for Patients With Stroke. *American Journal of Occupational Therapy* 76(4), nr art.: 7604205140. DOI: [10.5014/ajot.2022.049347](https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049347).
- Carrozzino D., Patierno C., Fava G.A., Guidi J. 2020. The Hamilton Rating Scales for Depression: A Critical Review of Clinimetric Properties of Different Versions. *Psychotherapy and Psychosomatics* 89(3), str. 133–150. DOI: [10.1159/000506879](https://doi.org/10.1159/000506879).
- Cowen P.J., Ogilvie A.D., Gama J. 2005. Efficacy, safety and tolerability of duloxetine 60 mg once daily in major depression. *Current Medical Resource and Opinion* 21, str. 345–356.
- Dafer R.M., Rao M., Shareef A., Sharma A. 2008. Poststroke depression. *Topics in Stroke Rehabilitation* 15, str. 13–21. DOI: [10.1310/tsr1501-13](https://doi.org/10.1310/tsr1501-13).
- Dayanandan, Bavaani V. 2021. Assessment of Depression in Patients with Acute Stroke. *Journal of Pharmaceutical Research International* 33(48A), str. 170–173. DOI: [10.9734/jpri/2021/v33i48A33234](https://doi.org/10.9734/jpri/2021/v33i48A33234).
- Dąbkowski M., Szrajda J., Rybakowski J. 1995. Ocena częstości występowania nie leczonych zaburzeń depresyjnych u osób starszych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 4, str. 261–265.
- Dion K.L., Giordano C. 1990. Ethnicity and sex as correlates of depression symptoms in a Canadian university sample. *International Journal of Social Psychiatry* 36, str. 30–41. DOI: [10.1177/002076409003600104](https://doi.org/10.1177/002076409003600104).
- Dunkel D., Froehlich S., Antretter E., Haring C. 2002. Replication of a two-factor model of the Beck Depression Inventory in alcohol dependents and suicide attempters. *Psychopathology* 35(4), str. 228–233. DOI: [10.1159/000063828](https://doi.org/10.1159/000063828).
- Dutton G.R., Grothe K.B., Jones G.N., Whitehead D., Kendra K., Brantley P.J. 2004. Use of the Beck Depression Inventory-II with African American primary care patients. *General Hospital Psychiatry* 26, str. 437–42. DOI: [10.1016/j.genhosppsy.2004.06.002](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.06.002).
- Endicott J., Cohen J., Nee J., Fleiss J., Sarantakos S. 1981. Hamilton Depression Rating Scale. Extracted from Regular and Change Versions of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 38, str. 98–103. DOI: [10.1001/archpsyc.1981.01780260100011](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780260100011).
- Ertan F.S., Ertan T., Kiziltan G., Uyguçgil H. 2005. Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale in depression in Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 76(10), str. 1445–1447. DOI: [10.1136/jnnp.2004.057984](https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.057984).
- Espárrago Llorca G., Castilla-Guerra L., Fernández Moreno M.C., Ruiz Doblado S., Jiménez Hernández M.D. 2015. Post-stroke depression: an update. *Neurologia* 30(1) str. 23–31. DOI: [10.1016/j.nrl.2012.06.008](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.008).
- Gabryelewicz T., Styczynska M., Pfeffer A., Wasiak B., Barczak A., Luczywek E., Androsiuk W., Barcikowska M. 2004. Prevalence of major and minor depression in elderly persons with mild cognitive impairment-MADRS factor analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19, str. 1168–1172. DOI: [10.1002/gps.1235](https://doi.org/10.1002/gps.1235).
- García-Batista Z.E., Guerra-Peña K., Cano-Vindel A., Herrera-Martínez S.X., Medrano L.A. 2018. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS One* 13(6), nr artykułu: e0199750. DOI: [10.1371/journal.pone.0199750](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199750).
- Groth-Marnat G. 1990. *The handbook of psychological assessment*, 2nd ed., John Wiley & Sons, New York.
- Grover S., Somaiya M., Kumar S., Avasthi A. 2015. Psychiatric aspects of Parkinson's disease. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 6(1) str. 65–76. DOI: [10.4103/0976-3147.143197](https://doi.org/10.4103/0976-3147.143197).
- Guaiana G., Barbui C., Hotopf M. 2003. Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression. *Cochrane Database Systematic Review* 2, nr artykułu: CD004186. DOI: [10.1002/14651858.CD004186](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004186).
- Guizzaro L, Morgan D.D.V., Falco A., Gallo C. 2020. Hamilton scale and MADRS are interchangeable in meta-analyses but can disagree at trial level. *Journal of Clinical Epidemiology* 124, str. 106–117. DOI: [10.1016/j.jclinepi.2020.04.022](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.04.022).

- Gurland B., Dean L., Cross P., Golden R. 1980. The epidemiology of depression and dementia in the elderly. The use of multiple indicators of these conditions. *Proceedings of the Annual Meeting of the American Psychopathological Association* 69, str. 37–62.
- Guy P. 1976. Ham-D Hamilton Depression Scale. W: Guy P. *ECDEU Assessment Manual*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service – Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, str. 179–192.
- Hadidi N., Treat-Jacobson D.J., Lindquist R. 2009. Poststroke depression and functional outcome: a critical review of literature. *Heart & Lung* 38(2), str. 151–162. DOI: [10.1016/j.hrtlng.2008.05.002](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.05.002).
- Hamilton M. 1960. A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 23, str. 56–62. DOI: [10.1136/jnnp.23.1.56](https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56).
- Hammond M.F. 1998. Rating depression severity in the elderly physically ill patient: reliability and factor structure of the Hamilton and the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scales. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13(4), str. 257–261. DOI: [10.1002/\(sici\)1099-1166\(199804\)13:4<257::aid-gps773>3.0.co;2-u](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199804)13:4<257::aid-gps773>3.0.co;2-u).
- Healey A.K., Kneebone I.I., Carroll M., Anderson S.J. 2008. A preliminary investigation of the reliability and validity of the Brief Assessment Schedule Depression Cards and the Beck Depression Inventory-Fast Screen to screen for depression in older stroke survivors. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23, str. 531–537. DOI: [10.1002/gps.1933](https://doi.org/10.1002/gps.1933).
- Hedlund J.L., Viewig B.W. 1979. The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry* 10, str. 149–165. DOI: [10.12691/js-1-3-7](https://doi.org/10.12691/js-1-3-7).
- Heo M., Murphy C.F., Meyers B.S. 2007. Relationship between the Hamilton Depression Rating Scale and the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale in depressed elderly: a meta-analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 15(10), str. 899–905. DOI: [10.1097/JGP.0b013e318098614e](https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318098614e).
- Hiroe T., Kojima M., Yamamoto J., Nojima S., Kinoshita Y., Hashimoto N., Watanabe N., Maeda T., Furukawa T.A., 2005. Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry Research* 135, str. 229–235. DOI: [10.1016/j.psychres.2004.03.014](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.03.014).
- Hughes A.J., Daniel S.E., Kilford L., Lees A.J. 1992. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease. A clinico-pathological study of 100 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 55, str. 181–184. DOI: [10.1136/jnnp.55.3.181](https://doi.org/10.1136/jnnp.55.3.181).
- Jankovic J. 2008. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 79(4), str. 368–376. DOI: [10.1136/jnnp.2007.131045](https://doi.org/10.1136/jnnp.2007.131045).
- Jolly J.B., Wiesner D.C., Wherry J.N., Jolly J.M., Dykman R.A. 1994. Gender and the comparison of self and observer ratings of anxiety and depression in adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33(9), str. 1284–1288. DOI: [10.1097/00004583-199411000-00009](https://doi.org/10.1097/00004583-199411000-00009).
- Kapci E.G., Uslu R., Turkcapar H., Karaoglan A. 2008. Beck Depression Inventory-II: evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety* 25, str. 104–110. DOI: [10.1002/da.20371](https://doi.org/10.1002/da.20371).
- Katona C., Livingston G. 2003. *Depresja u osób w wieku podeszłym*. Via Medica, Gdańsk.
- Kearns N.P., Cruickshank C.A., McGuigan K.J., Riley S.A., Shaw S.P., Snaith R.P. 1982. A comparison of depression rating scales. *British Journal of Psychiatry* 141, str. 45–49. DOI: [10.1192/bjp.141.1.45](https://doi.org/10.1192/bjp.141.1.45).
- Ketharanathan T., Hanwella R., Weerasundera R., de Silva V.A. 2016. Diagnostic Validity and Factor Analysis of Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale in Parkinson Disease Population. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 29(3), str. 115–119. DOI: [10.1177/0891988715606232](https://doi.org/10.1177/0891988715606232).
- Kim Y., Pilkonis P.A., Frank E., Thase M.E., Reynolds C.F. 2002. Differential functioning of the Beck Depression Inventory in late-life patients: use of item response theory. *Psychology and Aging* 17(3), str. 379–391. DOI: [10.1037/0882-7974.17.3.379](https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.3.379).
- Kirsch-Darrow L., Marsiske M., Okun M.S., Bauer R., Bowers D. 2011. Apathy and depression: separate factors in Parkinson's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society* 17, str. 1058–1066. DOI: [10.1017/S1355617711001068](https://doi.org/10.1017/S1355617711001068).
- Koenig H.G., Pappas P., Holsinger T., Bachar J.R. 1995. Assessing diagnostic approaches to depression in medically ill older adults: how reliably can mental health professionals make judgments about the cause of symptoms? *Journal of American Geriatric Society* 43(5), str. 472–478. DOI: [10.1111/j.1532-5415.1995.tb06091.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb06091.x).

- Krell-Roesch J., Lowe V.J., Neureiter J., Pink A., Roberts R.O., Mielke M.M., Vemuri P., Stokin G.B., Christianson T.J., Jack C.R., Knopman D.S., Boeve B.F., Kremers W.K., Petersen R.C., Geda Y.E. 2018. Depressive and anxiety symptoms and cortical amyloid deposition among cognitively normal elderly persons: the Mayo Clinic Study of Aging. *International Psychogeriatrics* 30(2), str. 245–251. DOI: [10.1017/S1041610217002368](https://doi.org/10.1017/S1041610217002368).
- Krishnamoorthy Y., Rajaa S., Rehman T. 2020. Diagnostic accuracy of various forms of geriatric depression scale for screening of depression among older adults: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 87, nr art. 104002. DOI: [10.1016/j.archger.2019.104002](https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.104002).
- Krzyżowski J. 2005. *Psychogeriatrics*. Medyk, Warszawa.
- Lee A., Tang S., Yu G., Cheung R. 2008. The smiley as a simple screening tool for depression after stroke: a preliminary study. *International Journal of Nursing Studies* 45, str. 1081–1089. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2007.05.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.05.008).
- Leentjens A.F., Verhey F.R., Luijckx G.J., Troost J. 2000. The validity of the Beck Depression Inventory as a screening and diagnostic instrument for depression in patients with Parkinson's disease. *Movement Disorder* 15(6), str. 1221–1224. DOI: [10.1002/1531-8257\(200011\)15:6<1221::aid-mds1024>3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/1531-8257(200011)15:6<1221::aid-mds1024>3.0.co;2-h).
- Leentjens A.F.G., Marinus J., Van Hilten J.J., Lousberg R., Verhey F.R.J. 2003. The contribution of somatic symptoms to the diagnosis of depression in Parkinson's disease: a discriminant analytic approach. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 15, str. 74–77. DOI: [10.1176/jnp.15.1.74](https://doi.org/10.1176/jnp.15.1.74).
- Leentjens A.F., Vreeling F.W., Luijckx G.J., Verhey F.R.J. 2003. SSRIs in the treatment of depression in Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18, str. 552–554. DOI: [10.1002/gps.865](https://doi.org/10.1002/gps.865).
- Leentjens A.F., Van den Akker M., Metsemakers J.F., Lousberg R., Verhey F.R.J. 2003. Higher incidence of depression preceding the onset of Parkinson's disease: a register study. *Movement Disorders* 18, str. 414–418. DOI: [10.1002/mds.10387](https://doi.org/10.1002/mds.10387).
- Leshner E.L., Berryhill J.S. 1994. Validation of the Geriatric Depression Scale-Short Form among inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 50(2), str. 256–260. DOI: [10.1002/1097-4679\(199403\)50:2<256::aid-jclp2270500218>3.0.co;2-e](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199403)50:2<256::aid-jclp2270500218>3.0.co;2-e).
- Lightbody C.E., Baldwin R., Connolly M., Gibbon B., Jawaid N., Leathley M., Sutton C., Watkins C.L. 2007. Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing* 57, str. 505–512. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.04135.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04135.x).
- Lubomski M., Davis R.L., Sue C.M. 2020. Depression in Parkinson's disease: Perspectives from an Australian cohort. *Journal of Affective Disorders* 277, str. 1038–1044. DOI: [10.1016/j.jad.2020.09.032](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.032).
- Lopez F.V., Split M., Filoteo J.V., Litvan I., Moore R.C., Pirogovsky-Turk E., Liu L., Lessig S., Schiehser D.M. 2018. Does the Geriatric Depression Scale measure depression in Parkinson's disease? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 33(12), str. 1662–1670. DOI: [10.1002/gps.4970](https://doi.org/10.1002/gps.4970).
- Łojko D., Suwalska A., Rybakowski J. 2014. Dwubiegunowe zaburzenia nastroju i zaburzenia depresyjne w klasyfikacji DSM-5. *Psychiatria Polska* 48(2), str. 245–260.
- Martinsen E.W., Friis S., Hoffart A. 1995. Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92(6), str. 460–463. DOI: [10.1111/j.1600-0447.1995.tb09613.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09613.x).
- Massai P., Colalelli F., Sansoni J., Valente D., Tofani M., Fabbri G., Fabbri A., Scuccimarri M., Galeoto G. 2018. Reliability and Validity of the Geriatric Depression Scale in Italian Subjects with Parkinson's Disease. *Parkinson's Disease*, nr artykułu: 7347859. DOI: [10.1155/2018/7347859](https://doi.org/10.1155/2018/7347859).
- McDonald W.M., Holtzheimer P.E., Haber M., Vitek J.L., McWhorter K., Delong M. 2006. Validity of the 30item geriatric depression scale in patients with Parkinson's disease. *Movement Disorders* 21(10), str. 1618–1622. DOI: [10.1002/mds.21023](https://doi.org/10.1002/mds.21023).
- McElroy E., Casey P., Adamson G., Filippopoulos P., Shevlin M. 2018. A comprehensive analysis of the factor structure of the Beck Depression Inventory-II in a sample of outpatients with adjustment disorder and depressive episode. *Irish Journal of Psychological Medicine* 35(1), str. 53–61. DOI: [10.1017/ipm.2017.52](https://doi.org/10.1017/ipm.2017.52).
- Medeiros G.C., Roy D., Kontos N., Beach S.R. 2020. Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry* 66, str. 70–80. DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.011).
- Migliorelli R., Teson A., Sabe L., Petrachi M., Leiguarda R., Starkstein S.E. 1995. Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry* 152, str. 37–44. DOI: [10.1176/ajp.152.1.37](https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.37).

- Mitchell A.J., Bird V., Rizzo M., Meader N. 2010. Which version of the geriatric depression scale is most useful in medical settings and nursing homes? Diagnostic validity meta-analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 18(12), str. 1066–1077. DOI: [10.1097/jgp.0b013e3181f60f81](https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181f60f81).
- Montgomery S.A., Åsberg M. 1979. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry* 134, str. 382–389. DOI: [10.1192/bjp.134.4.382](https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382).
- Montorio I., Izal M. 1996. The Geriatric Depression Scale: A review of its development and utility. *International Psychogeriatrics* 8, str. 103–112. DOI: [10.1017/s1041610296002505](https://doi.org/10.1017/s1041610296002505).
- Moran P.W., Lambert M.J. 1983. A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. W: Lambert M.S., Christensen E.R., DeJulio S.S. *The Assessment of Psychotherapy Outcomes*. Wiley, New York.
- Muller M.J., Dragicevic A. 2003. Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) in psychiatric novices. *Journal of Affective Disorders* 77, str. 65–69. DOI: [10.1016/S0165-0327\(02\)00097-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00097-6).
- Nunes E.V., Levin F.R. 2004. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA* 291, str. 1887–1896. DOI: [10.1001/jama.291.15.1887](https://doi.org/10.1001/jama.291.15.1887).
- Olin J.T., Schneider L.S., Eaton E.M., Zemansky M.F., Pollock V.E. 1992. The Geriatric Depression Scale and the Beck Depression Inventory as screening instruments in an older adult outpatient population. *Psychological Assessment* 4, str. 190–192. DOI: [10.1037/1040-3590.4.2.190](https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.2.190).
- Osborn D.P.J., Fletcher A.E., Smeeth L., Stirling S., Nunes M., Breeze E., Siu-Woon E., Bulpitt C.J., Jones D., Tulloch A. 2002. Geriatric Depression Scale Scores in a representative sample of 14 545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in the Community. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17, str. 375–382. DOI: [10.1002/gps.613](https://doi.org/10.1002/gps.613).
- Pankiewicz P., Bielicka Ż., Lamparska E. 2003. Specyfika leczenia depresji wieku podeszłego. *Psychiatria Polska* XXXVI(6), str. 177–186.
- Park K., Jaekal E., Yoon S., Lee S.H., Choi K.H. 2020. Diagnostic Utility and Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II Among Korean Adults. *Frontiers in Psychology* 10, nr artykułu: 2934. DOI: [10.3389/fpsyg.2019.02934](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02934).
- Prange S., Klinger H., Laurencin C., Danaila T., Thobois S. Depression in Patients with Parkinson's Disease: Current Understanding of its Neurobiology and Implications for Treatment. *Drugs and Aging* 39, str. 417–439 (2022). DOI: [10.1007/s40266-022-00942-1](https://doi.org/10.1007/s40266-022-00942-1).
- Rabi-Zikić T., Nedić A., Zarkov M., Slankamenac P., Dobrenov D., Zivanović Z. 2009. Poststroke depression: diagnosis of depression, phenomenology and specificity of depressive symptoms. *Medicinski Pregled* 62(3–4) str. 148–152. DOI: [10.2298/mpns0904148r](https://doi.org/10.2298/mpns0904148r).
- Ray S., Agarwal P. Depression and Anxiety in Parkinson Disease 2020. *Clinical Geriatric Medicine* 36(1), str. 93–104. DOI: [10.1016/j.cger.2019.09.012](https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.09.012).
- Rektorova I., Rektor I., Bares M., Dostál V., Ehler E., Fanfrdlová Z., Fiedler J., Klajblová H., Kulišťák P., Ressler P., Svátová J., Urbánek K., Velísková J. 2003. Pramipexole and pergolide in the treatment of depression in Parkinson's disease: a national multicentre prospective randomized study. *European Journal of Neurology* 10, str. 399–406. DOI: [10.1046/j.1468-1331.2003.00612.x](https://doi.org/10.1046/j.1468-1331.2003.00612.x).
- Robinson R.G., Spalletta G. 2010. Poststroke depression: a review. *Canadian Journal of Psychiatry* 55, str. 341–349. DOI: [10.1177/070674371005500602](https://doi.org/10.1177/070674371005500602).
- Roger P., Johnson-Greene D. 2009. Comparison of assessment measures for post-stroke depression. *The Clinical Neuropsychologist* 23, str. 780–793. DOI: [10.1080/13854040802691135](https://doi.org/10.1080/13854040802691135).
- Sarmiento C., Lau C. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association, Arlington. DOI: [10.1002/9781118970843.ch198](https://doi.org/10.1002/9781118970843.ch198).
- Sartorius N., Jablensky A., Gulbinat W., Ernberg G. 1980. WHO collaborative study: assessment of depressive disorders. *Psychological Medicine* 10, str. 743–749. DOI: [10.1017/S0033291700055033](https://doi.org/10.1017/S0033291700055033).
- Schrag A., Barone P., Brown R.G., Leentjens A.F.G., McDonald W.M., Starkstein S., Weintraub D., Poewe W., Rascol O., Sampaio C., Stebbins G.T., Goetz C.G. 2008. Depression Rating Scales in Parkinson's Disease: Critique and Recommendations. *Movement Disorders* 22(8), str. 1077–1092. DOI: [10.1002/mds.21333](https://doi.org/10.1002/mds.21333).
- Segal D.L. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington. DOI: [10.1002/9780470479216.corpsy0271](https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0271).

- Segal D.L., Coolidge F.L., Cahill B.S., O'Riley A.A. 2008. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification* 32, str. 3–20. DOI: [10.1177/0145445507303833](https://doi.org/10.1177/0145445507303833).
- Sęk H. Psychologia zaburzeń afektywnych. 2005. W: Sęk H. *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa; str. 101–119.
- Sheikh J.I., Yesavage J.A. 1986. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist* (5), str. 165–173. DOI: [10.1300/J018v05n01_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09).
- Sivrioglu E., Sivrioglu K., Ertan T., Ertan F., Cankurtaran E., Aki O., Uluduz D., Ince B., Kirli S. 2009. Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale in detection of poststroke minor depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 31, str. 999–1006. DOI: [10.1080/13803390902776878](https://doi.org/10.1080/13803390902776878).
- Sławek J., Derejko M. 2003. Depression and dementia: the most frequent non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Neurologia Neurochirurgia Polska* 37(Suppl. 5), str. 103–115.
- Sławek J., Derejko M., Lass P. 2003. Depression in patients with Parkinson's disease. *Neurologia Neurochirurgia Polska* 37, str. 351–364.
- Spalletta G., Bria P., Caltagirone C. 2005. Sensitivity of somatic symptoms in post-stroke depression (DPI). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20, str. 1103–1104. DOI: [10.1002/gps.1399](https://doi.org/10.1002/gps.1399).
- Steer R.A., Rissmiller D.J., Beck A.T. 2000. Use of the Beck Depression Inventory-II with depressed geriatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy* 38, str. 311–318. DOI: [10.1016/s0005-7967\(99\)00068-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00068-6).
- Stuart-Hamilton I. 2006. *Psychologia starzenia się*. Zysk i S-ka, Poznań.
- Stepankova Georgi, H., Horakova Vlckova, K., Lukavsky, J., Kopecek, M., Bares, M. 2019. Beck Depression Inventory-II: Self-report or interview-based administrations show different results in older persons. *International Psychogeriatrics* 31(5), str. 735–742. DOI: [10.1017/S1041610218001187](https://doi.org/10.1017/S1041610218001187).
- Steer R.A., Beck A.T., Brown G., Berchick R.J. 1987. Self-reported depressive symptoms that differentiate recurrent-episode major depression from dysthymic disorders. *Journal of Clinical Psychology* 43(2), str. 246–250. DOI: [10.1002/1097-4679\(198703\)43:2<246::aid-jclp2270430213>3.0.co;2-e](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198703)43:2<246::aid-jclp2270430213>3.0.co;2-e).
- Tang W., Wong E., Chiu H., Ungvari G. 2007. Rasch analysis of the scoring scheme of the HADS Depression subscale in Chinese stroke patients. *Psychiatry Research* 150, str. 97–103. DOI: [10.1016/j.psychres.2006.01.015](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.01.015).
- The Stanford/VA/NIA Aging Clinical Resource Center (ACRC). Information on the GDS. Dostępne online: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html> (dostęp: 23.09.2022).
- Torbey E., Pachana N.A., Dissanayaka N.N.W. 2015. Depression rating scales in Parkinson's disease: A critical review updating recent literature. *Journal of Affective Disorders* 184, str. 216–224. DOI: [10.1016/j.jad.2015.05.059](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.059).
- Trentini C.M., Xavier F.M., Chachamovich E., Rocha N.S., Hirakata V.N., Fleck M.P. 2005. The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). *Brasilian Journal of Psychiatry* 27(2), str. 119–123. DOI: [10.1590/S1516-44462005000200009](https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000200009).
- Turner A., Hambridge J., White J., Carter G., Clover K., Nelson L., Hackett M. 2012. Depression screening in stroke: a comparison of alternative measures with the structured diagnostic interview for the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (major depressive episode) as criterion standard. *Stroke* (43), str. 1000–1005. DOI: [10.1161/STROKEAHA.111.643296](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.643296).
- Waugh J., Goa K.L. 2003. Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive and anxiety disorders. *CNS Drugs* 17, str. 343–362. DOI: [10.2165/00023210-200317050-00004](https://doi.org/10.2165/00023210-200317050-00004).
- Weintraub D., Mamikonyan E. 2019. The Neuropsychiatry of Parkinson Disease: A Perfect Storm. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 27(9), str. 998–1018. DOI: [10.1016/j.jagp.2019.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.03.002).
- Williams J.B.W. 1989. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry* 45, str. 742–747. DOI: [10.1001/archpsyc.1988.01800320058007](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800320058007).
- Williams J.B.W., Kobak K.A. 2008. Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (SIGMA). *The British Journal of Psychiatry* 192(1), str. 52–58. DOI: [10.1192/bjp.bp.106.032532](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.032532).

- Williams J.R., Hirsch E.S., Anderson K., Bush A.L., Goldstein S.R., Grill S., Lehmann S., Little J.T., Margolis R.L., Palanci J., Pontone G., Weiss H., Rabins P., Marsh L. 2012. A comparison of nine scales to detect depression in Parkinson disease: which scale to use? *Neurology* 78(13), str. 998–1006. DOI: [10.1212/WNL.0b013e31824d587f](https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31824d587f).
- World Health Organization. 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva. Dostępne online: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228> (dostęp: 2.12.2022).
- World Health Organization. 2019. *ICD-11: International classification of diseases (11th revision). The global standard for diagnostic health information*. World Health Organization, Geneva. Dostępne online: <https://icd.who.int/> (dostęp: 19.09.2022).
- Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., Leirer O., von. 1983. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 17, str. 37–49. DOI: [10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
- Yonkers K.A., Samson J. 2000. Mood Disorders Measures. W: Rush A.J., Pincus H.A., First M.B., Blacker D. *Handbook of Psychiatric Measures*. American Psychiatric Association, Washington, str. 544–546.
- Youden W.J. 1950. Index for rating diagnostic tests. *Cancer* 3, str. 32–35. DOI: [10.1002/1097-0142\(1950\)3:1<32::aid-cnrcr2820030106>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1097-0142(1950)3:1<32::aid-cnrcr2820030106>3.0.co;2-3).
- Zawadzki B., Popiel A., Pragłowska E. 2009. Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji kwestionariusza depresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychologia Etiologia Genetyka* 19, str. 71–95.
- Zerhusen J.D., Boyle K., Wilson W. 1991. Out of the darkness: group cognitive therapy for depressed elderly. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 29, str. 16–21. DOI: [10.3928/0279-3695-19910901-06](https://doi.org/10.3928/0279-3695-19910901-06).
- Zimmerman M., Chelminski I., Posternak M. 2004. A review of studies of the Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale in controls: implications for the definition of remission in treatment studies of depression. *International Clinical Psychopharmacology* 19(1), str. 1–7. DOI: [10.1097/00004850-200401000-00001](https://doi.org/10.1097/00004850-200401000-00001).
- Zitman F.G., Mennen M.F., Griez E., Hooijer C. 1990. The different versions of the Hamilton Depression Rating Scale. *Psychopharmacology Series* 9, str. 28–34. DOI: [10.1007/978-3-642-75373-2_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-75373-2_4).

