

## Dwa proste testy psychogeriatryczne

### *Two simple psychogeriatric tests*

STEFAN KRZYMIŃSKI

Z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Ciburzu

**STRESZCZENIE.** *Artykuł przedstawia dwa proste testy przeznaczone dla osób w wieku podeszłym. Skala EBAS DEP Allena i wsp. może być użyteczna w przesiewowym wykrywaniu zaburzeń depresyjnych. Dla szybkiej oceny procesów poznawczych opracowany został test AMT McLennana i wsp.*

**SUMMARY.** *Two simple tests designed for the elderly are presented in the paper. The EBAS DEP scale by Allen et al. may be useful in screening for depressive disorders, while the AMT scale by McLennan et al. may be used for a rapid assessment of cognitive processes.*

---

**Słowa kluczowe:** psychogeriatrycja / krótkie skale kliniczne  
**Key words:** psychogeriatrics / brief clinical scales

---

Depresja i otępienie to najczęstsze zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. Zrozumiała więc jest potrzeba jak najwcześniejszego ich rozpoznawania. Pomocne w tym są proste, przesiewowe testy, skale i kwestionariusze. Mała czasochłonność czyni je użytecznymi nie tylko w badaniach epidemiologicznych. Korzystać z nich mogą w codziennej praktyce lekarze różnych specjalności, również psychiatrzy. Trudno nie docenić przydatności takich testów w pracy lekarzy ogólnie praktykujących (rodzinnych). Przyjąć można, że w rejonie objętym opieką lekarza rodzinnego, wśród jego podopiecznych mających ponad 65 lat, około 10% będzie dotkniętych osłabieniem procesów poznawczych, od łagodnego deficytu po głębokie otępienie. Poza tym wielu z tych geriatrycznych pacjentów (15–50% według różnych autorów) będzie zgłaszało skargi na związane z wiekiem osłabienie pamięci. W tej samej populacji wieku podeszłego u 2–4% osób można oczekiwać występowania poważniejszych zaburzeń depresyjnych i u kilkunastu procent (co najmniej 11%)

ich łagodniejszych postaci. Przedstawione orientacyjne dane opierają się na wynikach badań epidemiologicznych, również polskich [8, 11, 13, 14, 24, 26, 27, 28, 30].

### **SKALA EBAS DEP, EVEN BRIEFER ASSESSMENT SCALE FOR DEPRESSION**

Istnieje wiele skal oceny depresji przeznaczonych dla pacjentów geriatrycznych. Alexopoulos i wsp. [2] opracowali „Skalę depresji Cornell” dla osób w wieku podeszłym z i bez otępienia. Wymienić też trzeba „Geriatryczną skalę depresji” w wersji 30-punktowej i skróconej 15-punktowej, autorstwa Yesavage’a i wsp. [31] oraz Sheikh’a i Yesavage’a [29]. Bird i wsp. [5] opracowali „Kwestionariusz samooceny depresji” dla osób w wieku podeszłym – *Selfcare* (D). Dla pacjentów geriatrycznych przeznaczony jest „Wywiad Canberra” (*The Canberra Interview*) [6, 22]. Służy on do przesiewowego wykrywania przypadków otępienia i depresji w badaniach terenowych, zgodnie

z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10 i DSM-III-R.

Adshead i wsp. [1] przedstawili skalę BASDEC (*BAS depression cards*), która jest modyfikacją skali oceny depresji BAS DEP wchodzącej w skład *Brief Assessment Schedule* (BAS). Modyfikacja ta polega na ograniczeniu ilości stwierdzeń dotyczących depresji zawartych w skali BAS DEP z 21 do 19 i przedstawieniu ich badanemu w formie pisemnej, każde na osobnej kartce.

Allen i wsp. [3] opracowali inną modyfikację skali BAS DEP. Mianowicie zredukowali ją do ośmiu stwierdzeń skojarzonych z pytaniami, które uznali za najodpowiedniejsze dla krótkiej przesiewowej skali oceny depresji u osób w wieku podeszłym. Wartość tak powstałej „Jeszcze krótszej skali oceny depresji” EBAS DEP (*Even Briefer Assessment Scale for Depression*) sprawdzili przez porównanie jej z oceną psychiatryczną ponad 200 pacjentów. Czulość i specyficzność skali EBAS DEP w wykrywaniu zaburzeń nastroju (depresji) rozpoznanych zgodnie z kryteriami klasyfikacji DSM-III-R wyniosła odpowiednio 0,91 i 0,72. Gdy porównali skalę EBAS DEP z kryteriami diagnostycznymi systemu, GMS-AGECAT (*Geriatric Mental State Automated Geriatric Examination for Computed Assisted Taxonomy*) [7] wskaźniki jej czulości i specyficzności wyniosły 0,84 i 0,76. Były to wyniki porównywalne ze wskaźnikami czulości i specyficzności macierzystej skali BAS DEP odpowiednio 0,89 i 0,81 w odniesieniu do kryteriów diagnostycznych DSM-III-R oraz 0,78 i 0,83 dla kryteriów GMS-AGECAT.

Znaczne skrócenie skali BAS DEP nie wpłynęło więc ujemnie na wiarygodność powstałej w ten sposób skali EBAS DEP, jako przesiewowego narzędzia wykrywania zaburzeń depresyjnych u osób w wieku podeszłym (p. aneks 1).

Dzięki prostej konstrukcji skala EBAS DEP może być użyteczna w sytuacjach, w których należy szybko podjąć decyzję co do dalszego postępowania, kontynuowania diagnostyki w kierunku depresji lub zanie-

chania tego. Lekarz nie będący psychiatrą, w przypadku pacjenta, który w skali EBAS DEP uzyskał 3 lub więcej punktów, może sam przeprowadzić dokładniejsze badanie. Pomocne w tym będzie uzyskanie obszerniejszego wywiadu i zastosowanie bardziej szczegółowych skal oceny depresji, takich jak skala Hamiltona lub skala Becka. Posługiwanie się nimi wymaga jednak pewnego doświadczenia. Może też uznać za celowe niezwłoczne skierowanie pacjenta do psychiatry. Lekarzowi psychiatrze, zwłaszcza pracującemu w poradni zdrowia psychicznego lub w szpitalnej izbie przyjęć, skala EBAS DEP może również ułatwić identyfikację zaburzeń depresyjnych wymagających dalszej diagnostyki.

Skala EBAS DEP różni się od innych skal oceny depresji tym, że zawiera stwierdzenia, które muszą być zweryfikowane odpowiednimi pytaniami zadanymi badanemu. Pozwala to badającemu na podjęcie decyzji czy dany objaw depresji jest obecny. Sprzyja również formułowaniu pytań uzupełniających, które poza pytaniem zasadniczym można zadawać dla potwierdzenia obecności lub braku objawu, którego dotyczy odpowiednie stwierdzenie. Allen i wsp. [3] cytują przykłady takich pomocniczych pytań związanych z macierzystą skalą BAS DEP: „jak długo?“, „jak często?“, „czy może pan(i) powiedzieć o tym coś więcej?“.

#### SKALA AMT, ABBREVIATED MENTAL TEST

Prostotą odznaczają się również tak zwane „krótkie testy” służące ocenie procesów poznawczych u osób w wieku podeszłym. Testów takich jest wiele [12, 21]. Powszechnie znany jest test MMS (*Mini Mental State*) – Folsteinów i McHugh [16]. Mimo pewnych ograniczeń, takich jak wpływ wykształcenia lub osłabienie ostrości wzroku na uzyskiwane w tym teście wyniki, jest on szeroko stosowany w badaniach epidemiologicznych i diagnostyce klinicznej [9, 12, 15, 17, 21, 25].

Znacznie prostszy i mniej czasochłonny jest „Skrócony test oceny procesów poznawczych” (*Abbreviated Mental Test – AMT*) opracowany przez autorów z Uniwersytetu Stirling w Szkocji [23] – p. aneks 2.

Pytania zawarte w AMT są bardzo proste. Część z nich zadaje pacjentowi w trakcie badania każdy lekarz, niezależnie od specjalizacji. W oryginalnej wersji testu punkt 9 jest pytaniem o imię obecnego monarchy. Oceniając odpowiedzi, należy brać pod uwagę okoliczności w jakich przeprowadzane jest badanie. Pacjent badany po raz pierwszy nie musi znać dokładnej nazwy instytucji, w której to badanie ma miejsce. Wystarczy, iż będzie wiedział, że jest w szpitalu, poradni, w gabinecie lekarskim (pytanie 5). Podobnie nie musi znać nazwisk osób badających. Wystarczy, iż powie, że badający to lekarz, a osobę asystującą zidentyfikuje jako pielęgniarkę („siostrę”). Wystarczająca będzie również odpowiedź, że osoby, które przywozły pacjenta do szpitala to np. córka i zięć (pytanie 6). O bardziej szczegółowe informacje można prosić podczas kolejnych badań. Warto przy tym pamiętać, że pacjenci zwykle potrafią podać nazwisko lekarza leczącego, ordynatora oddziału, natomiast lepiej znane są im imiona pielęgniarek.

AMT nie zawiera zadania rysunkowego, jakim w teście MMS jest przerysowanie przecinających się pięciokątów. Dobrym uzupełnieniem AMT i innych „krótkich testów” nie zawierających zadań rysunkowych, może być jedna z wersji testu rysowania zegara. Godna uwagi jest najprostsza z nich, to znaczy „Test wypełniania zegara” (*Clock Completion Test – CCT*) opracowany przez Watson i wsp. Posiada on znaczną, ponad 80%, czułość i specyficzność w przesiewowym wykrywaniu przypadków otępienia, przy bardzo małej czasochłonności [wg 19].

## PODSUMOWANIE

Skala EBAS DEP, test AMT i test rysowania zegara, stosowane łącznie, mogą być wiarygodną baterią przesiewowych testów,

pozwalających na wczesne wychwytywanie przypadków zaburzeń depresyjnych i zaburzeń procesów poznawczych u osób w wieku podeszłym. Testy te mogą być również pomocne w różnicowaniu między depresją i otępieniem.

Chorzy z depresją zwykle dobrze odpowiadają na tak proste pytania jak te, które tworzą AMT. W przypadkach wątpliwych pomocny jest test rysowania zegara. Uzyskanie przez badanego niskiej punktacji w testach oceniających procesy poznawcze przy jednoczesnym poprawnym wykonaniu testu zegara, wskazuje na „czynnościowe” (np. depresyjne) osłabienie procesów poznawczych [10].

W przypadkach pacjentów z ciężkimi zaburzeniami procesów poznawczych stwierdzenie obecności depresji może być trudne. Z tego powodu autorzy skali EBAS DEP do swych badań włączyli tylko osoby zdolne do odpowiedzi na co najmniej jedno z czterech pytań związanych z podstawową orientacją. Pytania te dotyczyły wieku badanego, jego daty urodzenia, nazwy miejsca badania i nazwy miejscowości, w której się ono odbywa [3]. Braku poprawnej odpowiedzi na tego rodzaju pytania można spodziewać się dopiero na etapie wczesnego otępienia (etap piąty) wg czynnościowej oceny etapów otępienia FAST opracowanej przez Reisberga i wsp. [wg 18]. Skala EBAS DEP może więc być użyteczna także w przesiewowym wykrywaniu zaburzeń depresyjnych u osób z objawami łagodnego i umiarkowanego osłabienia procesów poznawczych.

Korzystając ze skali EBAS DEP i testu AMT należy pamiętać o ich właściwym przeznaczeniu. Są to narzędzia o charakterze przesiewowym. Nie dostarczają więc ostatecznego rozpoznania. Są natomiast pomocne w ustaleniu, że znaczną wiarygodnością, kierunku dalszego postępowania diagnostycznego. Dotyczy to także innych, wspomnianych w tym artykule testów i skal. Mają one znaczenie pomocnicze i są jedynie elementem pełnego badania klinicznego. Depresja i otępienie są zespołami, które

można rozpoznać tylko w wyniku takiego badania, wspartego odpowiednim wywiadem [4, 6, 26].

### PODZIĘKOWANIA

Zgody na przetłumaczenie i opublikowanie *Abbreviated Mental Test* udzieliła Dr Jane McLennan, Consultant Psychiatrist, Royal Victoria Hospital, 13 Craigleith Road, Edinburgh EH4 2DN, U.K.

Zgody na przetłumaczenie i opublikowanie *Even Briefer Assessment Scale for Depression* udzielił Associate Professor David Ames, B.A., M.D., University of Melbourne Department of Psychiatry, Royal Melbourne Hospital, Parkville, Victoria 3050, Australia.

Wyrażam im za to serdeczne podziękowania.

### PIŚMIENNICTWO

1. Adshead F., Day Cody D., Pitt B.: BASDEC: a novel screening instrument for depression in elderly medical inpatient. *BMJ* 1992, 305, 397.
2. Alexopoulos G.S., Abrams R.C., Shamoian C.A.: Use of the Cornell Scale in nondemented patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1988, 36, 230–236.
3. Allen N., Ames D., Ashby D., Bennetts K., Tuckwell V., West C.: A brief sensitive screening instrument for depression in late life. *Age Ageing* 1994, 23, 213–218.
4. Bidzan L.: Różnicowanie między zespołem depresyjnym a otępieniem. *Psychiatr. Pol.* 1987, XXI, 6, 525–532.
5. Bird A.S., MacDonald A.J.D., Man A.H., Philpot M.P.: Preliminary experience with the SELEFCARE (D): a self-rating depression questionnaire for use in elderly, noninstitutionalized subjects. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1987, 2, 31–38.
6. Christensen H., Cullen J.S., Henderson A.S., Jorm A.F., Korten A.E., Mackinon A.J., Phillips C.J., Scott L.R.: The Canberra Interview for the diagnosis of dementia and depression by ICD-10 and DSM-III-R. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992, 85, 105–113.
7. Copeland J.R.M., Dewey M.E., Wood N., Searle R., Davidson I.A., McWilliam C.: Range of mental illness among the elderly in the community: prevalence in Liverpool using the GMS – AGE CAT package. *Br. J. Psychiatry* 1987, 150, 815–823.
8. Copeland J.R.M., Davidson I.A., Dewey M.E., Gilmore C., Larkin B.A., McWilliam C., Saunders P.A., Scott A., Sharma V., Sullivan C.: Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *Br. J. Psychiatry* 1992, 161, 230–239.
9. Corey-Bloom L.J., Galasko D., Folstein M., Drachman D., Raskind M., Lanska D.J.: Diagnosis and evaluation of dementia. *Neurology* 1995, 45, 211–218.
10. Dastoor D.P., Schwartz G., Kurzman D.: Clock-drawing – an assessment technique in dementia. *J. Clin. Exp. Geront.* 1991, 13, 1/2, 69–85.
11. Dąbkowski M., Szrajada J., Rybakowski J.: Ocena częstości występowania nie leczonych zaburzeń depresyjnych u osób starszych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, IV, 3, 261–265.
12. DesRosiers G.: Primary or depressive dementia: mental status screening. *Int. J. Neurosci.* 1992, 64, 33–67.
13. Dewey M.E., de la Camara C., Copeland J.R.M., Lobo A., Saz P.: Cross-cultural comparison of depression and depressive symptoms in older people. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993, 87, 369–373.
14. Ferrario E., Cappa G., Seccia L., Villata E., Molaschi M., Fabris F.: Age associated memory impairment: preliminary results of a longitudinal study. W: Vellas B.J., Albaredo J.L., Garry P.J. (red.), Fitten L.J. (invited editor: /Alzheimer's disease/): *Dementia and cognitive impairments. Facts and Research in Gerontology.* Serdi Publisher – Paris, Springer Publishing Company – New York, Nankodo Publisher – Tokyo 1994, 121–127.
15. Fratiglioni L., Jorm A.F., Grut M., Vitanen M., Holmen K., Ahlbom A., Winblad B.: Predicting dementia from the Mini – Mental State Examination in an elderly population: the role of education. *J. Clin. Epidemiol.* 1993, 3, 281–287.
16. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.: „Mini Mental State”: a practical method for

- grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975, 12, 189–198.
17. Jagger C., Clarke M., Anderson J., Battcock T.: Misclassification of dementia by the Mini – Mental State Examination are education and social class the only factors? *Age Ageing* 1992, 21, 404–411.
  18. Krzywińska E., Rossa G., Krzywiński S.: Skale GDS i FAST w rozpoznawaniu otępienia typu Alzheimerera. *Psychiatr. Pol.* 1993, XXVII, 2, 129–138.
  19. Krzywiński S.: Test rysowania zegara. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, 4, suppl. 1/2/, 21–30.
  20. Larrabee G.J., Crook T.H.: Estimated prevalence of age-associated memory impairment derived from standardized tests of memory function. *Int. Psychogeriatrics* 1994, 6, 1, 87–97.
  21. Lemańczyk W., Kordacka M.: Proste metody rozpoznawania otępienia. W: Krzywiński S. (red.): Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. PZWL, Warszawa 1993, 238–248.
  22. Mackinnon A., Christensen H., Cullen J.S., Doyle C.J., Henderson A.S., Jorm A.F., Korten A.E., Scott L.R.: The Canberra Interview for the Elderly: assessment of its validity in the diagnosis of dementia and depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993, 87, 146–151.
  23. McLennan J.M., Murdoch P.S., McIntosh I.B. (authors), Chapman A. (red.): Dementia touches everyone. A guide for trainers and trainees in general practice. University of Stirling Dementia Services Development Centre, Stirling 1993.
  24. Parnowski T., Gabryelewicz T., Matuszewska E., Jarkiewicz J.: Rozpowszechnienie zespołów otępiennych w populacji wielkomiejskiej – badania pilotażowe. *Psychiatr. Pol.* 1993, XXVII, 5, 515–520.
  25. Pużyński S., Beręsewicz M. (red.): Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. IPIŃ, Warszawa 1993.
  26. Rabins P.V., Merchant A., Nestadt G.: Criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression: validation by 2-year follow-up. *Br. J. Psychiatry* 1984, 144, 488–492.
  27. Rossa G.: Rozpowszechnienie otępienia typu Alzheimerera i otępienia naczyniowego na terenie miasta i gminy Świebodzin. *Psychiatr. Pol.* 1997, XXXI, 1, 121–134.
  28. Saunders P.: Epidemiology of mental disorders in old age: GMS-AGECAT studies. W: *Advances in old age psychiatry*. Isle of Man, 21–22 September 1992, The Medicine Group (Education) Limited, Publishing House, Abingdon, Oxfordshire 1993, 1–2.
  29. Sheikh J.I., Yesavage J.A.: Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin. Gerontologist* 1986, 5, 1/2, 165–173.
  30. Wender M., Mularczyk J., Modestowicz R.: Epidemiologia choroby Alzheimerera w wybranym rejonie Wielkopolski. *Przegl. Epid.* 1990, XLIV, 3, 215–221.
  31. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M., Leirer O.: Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 1983, 17, 1, 37–49.

*Adres: Dr Stefan Krzywiński,*

*Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, 66-212 Cibórz*

## Aneks 1

## Skala EBAS DEP

*Even Briefer Assessment Scale for Depression*

wg Allen i wsp. [1994]

Zadaniem badającego jest ocena, czy stwierdzenie zawarte w środkowej kolumnie skali jest prawdziwe. Jeżeli tak, to znaczy, że objaw depresyjny występuje i należy zakreślić „1” w kolumnie po prawej stronie. W przeciwnym wypadku należy zakreślić „0”. Dla uzyskania właściwej oceny każde z ośmiu pytań z kolumny po stronie lewej należy zadać dokładnie tak jak zostało zapisane. Można jednak zadawać pytania uzupełniające, dla uściślenia początkowej odpowiedzi, tak by badający uzyskał pewność co do prawdziwości (lub nie) stwierdzenia ze środkowej kolumny. Gdy pytanie dotyczy ostatniego miesiąca, objaw nie musi występować nieprzerwanie, ani być obecny w chwili badania. Powinien jednak stanowić dla pacjenta problem, niepokoić go, w jakimś okresie minionego miesiąca.

Pytanie	Stwierdzenie	Punktacja	
1. Czy martwił(a) się Pan(i) w ostatnim miesiącu?	W ostatnim miesiącu był(a) zmartwiony(a)	1	0
2. Czy w ostatnim miesiącu był(a) Pan(i) smutny(a) lub przygnębiony(a)	W ostatnim miesiącu był(a) smutny(a) lub przygnębiony(a)	1	0
3. Czy w ostatnim miesiącu miewał(a) Pan(i) poczucie, że nie warto żyć?	W ostatnim miesiącu miewał(a) poczucie bezsensu życia	1	0
4. Jak ocenia Pan(i) swoją przyszłość, jakie nadzieje z nią wiąże?	Przyszłość ocenia pesymistycznie, bez nadziei i oczekiwań	1	0
5. Czy w ostatnim miesiącu zdarzało się, że wołał(a) Pan(i) być martwym(a)?	W ostatnim miesiącu zdarzało się, że wołał(a) być martwym(a)	1	0
6. Czy obecnie coś cieszy Pana(ią) tak jak rok temu?	Odczuwa mniejsze niż przed rokiem zadowolenie z życia, aktywności	1	0
Jeżeli pytanie 6 oceniono na „0”, wówczas pytanie 7 należy również ocenić na „0” i zadać pytanie 8. Jeżeli pytanie 6 otrzymało 1 punkt, należy zadać pytanie 7.			
7. Czy brak zadowolenia wynika z tego, że jest Pan(i) przygnębiony(a) lub nerwowy(a)?	Występuje brak zadowolenia spowodowany przygnębieniem lub nerwowością	1	0
8. Czy zazwyczaj jest Pan(i) szczęśliwy(a)? ( <i>Należy odczytać</i> ): Jest Pan(i):	Jest niezbyt szczęśliwy(a) lub nieszczęśliwy(a)	1	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>● bardzo szczęśliwy(a)</li> <li>● dość szczęśliwy(a)</li> <li>● niezbyt szczęśliwy(a) lub nieszczęśliwy(a)</li> </ul>			

*Interpretacja:* 3 lub więcej punktów wskazuje na prawdopodobną obecność zaburzenia depresyjnego, które może wymagać leczenia. Pacjenta należy zbadać dokładniej lub skierować do oceny psychiatrycznej.

## Aneks 2

### AMT Skrócony test oceny procesów poznawczych

*Abbreviated Mental Test – AMT*

wg McLennan i wsp. [1993]

---

1. Wiek: .....
2. Czas (najbliższa godzina): .....
3. Adres (do przypomnienia na końcu testu). Powinien być powtórzony przez pacjenta dla pewności, że usłyszał właściwie: ul. Długa 42
4. Rok: .....
5. Nazwa miejsca badania: .....
6. Rozpoznanie dwóch osób (lekarza, pielęgniarki itp.): .....
7. Data urodzenia (wystarczy dzień i miesiąc): .....
8. Rok wybuchu I Wojny Światowej: .....
9. Nazwisko obecnego prezydenta: .....
10. Liczenie wstecz od 20 do 1: .....

**Punktacja:** za każdą poprawną odpowiedź należy przyznać 1 punkt.

Interpretacja wyników: 8–10 punktów – norma, 4–7 punktów – umiarkowane zaburzenie procesów poznawczych, 0–3 punktów – ciężkie zaburzenie procesów poznawczych.