

## Wartość kliniczna i psychometryczna skali Becha-Rafaelsena (BRMES) na tle innych skal oceny głębokości depresji

*Clinical usefulness and psychometric properties of the Bech-Rafaelsen Scale (BRMES) as compared to other tools for depression severity assessment*

JOANNA MAZUREK, ANDRZEJ KIEJNA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu

**STRESZCZENIE.** *Celem pracy jest prezentacja skali Becha-Rafaelsena oraz przegląd piśmiennictwa dotyczącego przydatności skali HAM-D, MADRS i BRMES w ocenie głębokości zaburzeń depresyjnych, jak również badań nad ich trafnością, rzetelnością i czułością.*

**SUMMARY.** *The aim of the paper is to present the Bech-Rafaelsen scale and to overview the literature on the usefulness of the HAM-D, MADRS and BRMES in the assessment of depressive disorders severity, as well as on validity, reliability and sensitivity of these instruments.*

---

**Słowa kluczowe:** skale oceny głębokości depresji / BRMES

**Key words:** psychometric scales / assessment / depression severity / BRMES

---

### WPROWADZENIE DO ZAGADNIEN PSYCHOMETRII

Specyfika badania psychiatrycznego, a zwłaszcza związany z nim subiektywizm, powodowały datujące się od początku naszego stulecia próby jego standaryzacji. W zależności od sposobu przeprowadzania badania metody standaryzacji dzieli się na:

- 
- kwestionariusze,
  - skale obserwacyjne i samoobserwacyjne,
  - wywiady
- 

Umożliwiają one wieloosiowe podejście do fenomenów klinicznych, które jak dotąd nie są mierzalne innymi sposobami. Wśród nich szczególnie częste zastosowanie znajdują skale psychometryczne. Wykorzystywane są one w psychiatrii do czterech podstawowych celów:

- 
- do oceny ciężkości stanu pacjenta,
  - do diagnozowania,
  - do prognozowania,
  - do monitorowania leczenia.
- 

W skalach nominalnych ocenia się tylko obecność objawu lub jego brak (*checklist*). Cechą skal obserwacyjnych i samoobserwacyjnych jest bardziej szczegółowa stopniowalność ocenianych objawów.

Istnieją także inne kryteria klasyfikacji skal, ale podział na skale obserwacyjne (używane przez doświadczonego obserwatora) oraz skale samooceny (dokonywanej przez samego pacjenta) jest najistotniejszy. Oba rodzaje mają swoje wady i zalety. W pierwszym przypadku badanie przeprowadza doświadczony obserwator, wyposażony w pewne

standardy oceny nasilenia objawów, których sam pacjent nie posiada – określenia: „ciężki”, „umiarkowany” czy „łagodny” mają dla niego wyłącznie znaczenie w odwołaniu do własnego, subiektywnego odczucia. Doświadczony badacz potrafi dostrzec (nie zawsze rozmyślnie) minimalizowanie albo wyolbrzymianie pewnych objawów przez pacjenta. Ponadto obserwator może zauważyć i zmierzyć pewne objawy choroby, które dla pacjenta nie są dostrzegalne (np. brak wglądu, niewielkie spowolnienie lub pobudzenie, hipochondria czy urojenia). W końcu pacjent może mieć trudności z przeprowadzeniem badania z kilku przyczyn: może być w zbyt ciężkim stanie, może mieć kłopoty z koncentracją uwagi, może przejawiać pierwotny deficyt intelektualny itp.

Wymienione powody wskazują na skale obserwacyjne jako na bardziej odpowiednie do celów badania psychiatrycznego, pod warunkiem, że badający dysponuje wystarczającą ilością czasu do wykorzystania tego narzędzia [11, 12].

W przypadku depresji najczęściej stosowaną metodą obiektywizacji oceny stanu psychicznego jest powstała w 1960 r. skala depresji Hamiltona (HAM-D). Nieco mniej rozpowszechniona jest skala depresji Montgomery-Asberg (MADRS) i skala samooceny depresji Becka. Znajdują one zastosowanie zwłaszcza w psychofarmakologii, ułatwiając ocenę skuteczności lub przewidywalnej efektywności terapii przeciwdepresyjnej.

## OCENA WARTOŚCI SKAL PSYCHOMETRYCZNYCH

Wykorzystanie danych uzyskanych przy użyciu skal psychometrycznych jest możliwe, o ile spełniają one ściśle określone warunki. Wartość skal mierzą bowiem odpowiednie kryteria, z których najistotniejsze to: rzetelność, trafność i czułość. Kryteria te muszą być ustalone empirycznie.

Zagadnienie rzetelności wiąże się z problemem dokładności narzędzia w pomiarze tego, co ono mierzy, niezależnie od możli-

wości interpretacji danych. Ocena rzetelności skali służy odpowiedzi na pytanie o możliwość powtórzenia pomiaru przez innego (rzetelność *inter-rater*) lub tego samego badacza (rzetelność *test-retest*) w takich samych warunkach, z uzyskaniem takiego samego wyniku. Im większa jest różnica między pomiarami tego samego zjawiska w kolejnych pomiarach, tym mniejsza rzetelność i tym większy błąd pomiaru.

*Trafność* metody oznacza dokładność, z jaką mogą być przeprowadzone pomiary, przy założeniu, że narzędzie istotnie mierzy te cechy, do pomiaru których zostało skonstruowane. Zdarza się bowiem, że badania empiryczne weryfikują przydatność narzędzia do pomiaru oczekiwanych zjawisk. Trafność odpowiada na pytanie, co można poprawnie wywnioskować na podstawie wyniku testowego lub innych form badania. Rozróżniamy trzy rodzaje trafności: trafność kryterialna: diagnostyczna i prognostyczna, trafność treściowa, trafność teoretyczna.

*Czułość* na zmiany (*sensitivity to change*) jest zdolnością skali do różnicowania aktywnej od nieefektywnej terapii u grupy pacjentów badanej w określonych warunkach. Czułość może być traktowana jako odmiana trafności, a różni się od niej możliwością dokładnego odzwierciedlenia zmian stanu chorego w różnicach wyniku pomiaru [1, 9, 15, 19].

## SKALA MELANCHOLII BECHA-RAFAELSENA A INNE SKALE OCENY GŁĘBOKOŚCI DEPRESJI

Mimo iż skala Hamiltona jest do dziś najpowszechniej stosowanym narzędziem pomiaru głębokości depresji, w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych opublikowano wiele badań krytycznie oceniających jej własności psychometryczne. Od 1960 r. trwają poszukiwania skali bardziej trafnej, czulej i rzetelnej. Dokonywane są zmiany samej skali Hamiltona [np. Hamilton 1967, Bech i wsp. 1975, Guy 1976] oraz tworzone nowe skale. Podstawowe zastrzeżenia wobec skali Hamiltona dotyczą następujących cech.

*Zbyt mała czułość* – wykazali to m.in. Montgomery i Asberg porównując jej trafność, rzetelność i czułość z własną skalą. Wyniki nie różniły się w dwóch pierwszych kryteriach, natomiast wskazywały na wyraźnie większą zdolność MADRS do mierzenia zmiany stanu psychicznego pacjenta, a więc na większą czułość MADRS [20]. Także Kearns i wsp. porównywali czułość na zmiany kilku skal oceny i samooceny głębokości depresji, m.in. HAM-D, MADRS i inwentarza Becka (BDI). Badanie potwierdziło dobrą czułość MADRS, natomiast skala Hamiltona i inwentarz Becka słabo różnicowały umiarkowane i ciężkie depresje [13]. Niedostatek ten nie pojawił się w proponowanej przez Becha i wsp. skróconej do 6 pozycji wersji skali Hamiltona. Pozwoliło to autorom na sugestię, iż podobieństwo cech HAM-D w pełnej i skróconej wersji może przemawiać za stosowaniem w badaniach tej drugiej, dla oszczędności czasu [13]. Bech i Rafaelsen stwierdzili słabą zdolność skali do różnicowania umiarkowanych i ciężkich depresji, nawet pacjenci wysoko oceniani skalą globalnej oceny klinicznej uzyskiwali w HAM-D nie więcej niż 20 punktów [7, 8].

*Niewystarczająca trafność*, wyrażająca się m.in. brakiem homogenności HAM-D. Metodą analizy czynnikowej oceniono homogenność HAM-D i jej 6-punktowej subskali. Wśród 17 pozycji HAM-D tylko część wysoko korelowała z ogólnym wynikiem badania. Ponadto pozycje dotyczące spowolnienia, ogólnych objawów somatycznych, zaburzeń zasypiania i sypnięcia snu były wg badaczy źle sformułowane i należałoby je zdefiniować inaczej, by poprawić homogenność skali [5]. Heterogenność HAM-D, wyrażającą się m.in. brakiem tzw. czynnika głównego i niejednorodnością pozycji, potwierdziły też badania Maiera i Philippa oraz samego Maiera. Pięciopunktowa subskala HAM-D, skoncentrowana na psychospołecznych osiowych objawach depresji, oraz skala MADRS i BRMES okazały się bardziej homogenne [16, 17, 18, 19].

Wg Clearly i Guya obserwowana heterogenność skali Hamiltona może być spowodowana faktem, iż niektóre pozycje skali odzwierciedlają zmienne dotyczące bardziej kwestii płci i wieku pacjenta niż czystych przejawów choroby [10]. Całkowity wynik HAM-D może także odzwierciedlać uboczne działania terapii przeciwdepresyjnej nakładające się na objawy choroby [22].

Badanie trafności skali Hamiltona przy użyciu modelu statystycznego Rascha wykazało, że nie jest ona obiektywnym narzędziem oceny głębokości depresji [4]. Całkowity wynik badania skalą nie jest wg autorów efektem jednorodnego pomiaru, gdyż mają na niego wpływ zmienne takie jak: wiek i płeć pacjenta, poziom leku (tu imipraminy) w surowicy, rozpoznanie.

*Zbyt duży nacisk na sferę behawioralną i objawy somatyczne* przy braku subiektywnej oceny doznań pacjenta.

*Słabo zaznaczona granica między ogólnymi wynikami głębokości depresji, brak różnicowania między częstotliwością a intensywnością* objawów depresyjnych (np. pacjenci z wieloma nisko punktowanymi objawami i z kilkoma wysoko punktowanymi objawami uzyskują ten sam wynik [17]).

Wg Maiera i Philippa powstałe w latach późniejszych skale MADRS i BRMES eliminują te niedostatki ze względu na: (a) bardziej precyzyjny opis każdego stopnia badanych objawów, (b) umieszczenie w skalach wyłącznie objawów charakterystycznych dla depresji, (c) mniejszą ilość pozycji w skalach (10 w MADRS i 11 w BRMES), (d) redukcję objawów dotyczących zaburzeń somatycznych [17, 18].

Obserwacje odmienne od cytowanych powyżej poczynili Knesevich i wsp. [14], porównując trafność skali Hamiltona i jej 6-punktowej subskali poprzez ich korelację z ogólną oceną stanu psychicznego pacjenta. Badanie nie wykazało mniejszej trafności HAM-D od jej skróconej wersji. Warto również odnotować głos Snaittha w dyskusji na temat skali Hamiltona i ewentualnych korzyści z jej skracania do 6 pozycji. Zauważył on, że

HAM-D ma odzwierciedlać nie tylko ciężkość depresji, lecz także ogólny profil symptomatologiczny. Redukcja HAM-D do 6 pozycji może ułatwić badanie, lecz nie przyczyni się do poprawy dokładności tego narzędzia.

W depresji bowiem objawy czysto depresyjne współistnieją z lękowymi i somatycznymi, co uwzględnił w swej skali Hamilton [21].

Pojawienie się w piśmiennictwie dyskusji na temat wartości skali Hamiltona, jedynego dotąd powszechnie uznanego narzędzia oceny głębokości depresji, stały się impulsem do konstruowania nowych, alternatywnych skal.

Jedną z bardziej interesujących propozycji na polu standaryzacji badania depresji jest wspomniana już, powstała w 1980 r., skala melancholii Becha i Rafaelsena (BRMES). Inspiracją autorów stała się skrócona 6-punktowa wersja HAM-D oraz mało znana skala depresji Cronholm-Ottoson. zamiarem autorów BRMES nie było jedynie wprowadzenie kolejnej skali oceny depresji, lecz przede wszystkim zwrócenie uwagi na potrzebę koordynacji pomiędzy istniejącymi już skalami. Jednakże przeprowadzone w następnych latach badania wskazały, że rzetelność, trafność i czułość BRMES przewyższa HAM-D: współczynnik rzetelności był najwyższy w przypadku BRMES w badaniu Maiera z 1990 r., badanie to wykazało także większą czułość BRMES w porównaniu ze skalą Hamiltona i Montgomery-Asberg, skala Becha-Rafaelsena najwyżej korelowała z kryterium niezależnego globalnego oszacowania głębokości depresji przez ekspertów (miała najwyższą trafność). Ze względu na swą homogenność może być ona ponadto polecana nie tylko do pomiaru głębokości depresji, ale również jako pomoc w ustalaniu rozpoznania (skala diagnostyczna) [6, 19].

## ZASADY BADANIA SKALĄ BRMES

Skala BRMES zawiera 11 pozycji, opisujących objawy depresji, stopniowane od 0 do 4 punktów, w zależności od nasilenia objawu. Zasady posługiwania się nią nie odbiegają od technik typowych dla tradycji

klinicznej (stały czas przeprowadzania badania, nacisk na spontaniczne wypowiedzi pacjenta). Czas trwania badania nie powinien, według autorów, być krótszy niż 15, a dłuższy niż 30 minut.

Badanie skalą BRMES w przypadku pacjentów hospitalizowanych powinno odbyć się po co najmniej trzydniowej ich obserwacji, w celu uzyskania informacji o aktywności w oddziale i zaburzeniach snu. Do interpretacji uzyskanych wyników autorzy [2, 3] proponują następującą zasadę:

- 
- 
- 0–5 punktów: brak depresji,
  - 6–9 punktów: depresja łagodna,
  - 10–14 punktów: depresja mniej niż ciężka (duża),
  - 15–29 punktów: depresja ciężka (duża),
  - 30 i więcej punktów: depresja więcej niż ciężka (duża)
- 
- 

## ADAPTACJA SKALI BRMES

Adaptacja każdego narzędzia pomiarowego wymaga odpowiedzi na pytanie o różnice kontekstów kulturowych – tego, w którym test oryginalny został stworzony oraz tego, w którym będzie stosowany. Ważne jest również udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy adaptowany test będzie spełniał te same zadania, co jego oryginalna wersja językowa. Procedura adaptacji testu słownego obejmuje: tłumaczenie z języka oryginału na język polski, zwrotne tłumaczenie polskiej wersji testu na język oryginału (*back-translation*). Dopelnieniem tej procedury może być przeprowadzenie badań porównawczych dokonywanych za pomocą obu wersji językowych [9].

W przypadku skali BRMES adaptacja polegała na dokonaniu polskiego tłumaczenia (przez zespół złożony z lekarza psychiatry oraz profesjonalnego tłumacza). Następnie inny lekarz psychiatra przetłumaczył polską wersję skali na język angielski (*back translation*). Uzyskano wyraźną zbieżność wyników porównując obie wersje angielskie skali.

## OMÓWIENIE

Jest rzeczą oczywistą, że skala psychometryczna powinna mieć wysoką rzetelność, trafność i czułość. Znane dotychczas skale oceny głębokości depresji, choć niedoskonałe pod względem tych cech, spełniają wymagane kryteria. Nie zwalnia to jednak badaczy od poszukiwania narzędzi doskonalszych. Cel taki przyświecał zapewne autorom BRMES. Badania oceniające jej właściwości są jeszcze wprawdzie mniej liczne niż w przypadku HAM-D, lecz skala ta zyskała przychylne oceny i w krajach skandynawskich bywa często wykorzystywana. Ze względu na swą zwartość (11 pozycji) pozwala na stosunkowo szybką ocenę stanu pacjenta. Wydaje się stwarzać większą szansę przeprowadzenia badania pacjentów nie współpracujących. Jej większa homogenność ułatwia eliminowanie z grupy badanych osób z innymi rozpoznaniem (zaburzenia lękowe, hipochondryczne czy obsesyjno-kompulsyjne), które oceniane w skali HAM-D mogą przekroczyć wartość progową.

Drugim celem konstruowania nowych skal psychometrycznych, obok dążenia do większej dokładności, jest odmienność ich zastosowań. Nie stworzono jak dotąd skali przydatnej do wszystkich wymienionych na wstępie zadań. Autorzy BRMES sugerują, że skala jest odpowiednia nie tylko do oceny głębokości choroby, ale także może być narzędziem diagnostycznym, co stawiałoby ją nieco wyżej w porównaniu z HAM-D. Ponieważ niewiele dotychczas ukazało się doniesień empirycznie potwierdzających te hipotezy, publikacja polskiej wersji językowej BRMES może stać się inspiracją do badań oceniających wartość tego narzędzia w polskiej populacji.

Poniżej przedstawiamy przetłumaczoną na język polski skalę Becha-Rafaelsena

## PODZIĘKOWANIA

Autorom skali, Drowi P. Bechowi i Drowi O.J. Rafaelsenowi za udzielenie zgody na tłumaczenie skali BRMES (z dnia 18.12.1996 r.) wyrazimy serdeczne podziękowania.

## PIŚMIENNICTWO

1. American Psychological Association (APA): Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice. Biblioteka Psychologa Praktyka, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1985.
2. Bech P.: Rating scales for affective disorders: their validity and consistency. *Acta Psychiatr. Scand.* 1981, suppl. 295.
3. Bech P.: The Bech, Hamilton and Zung Scales for mood disorders: screening and listening. A twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1996.
4. Bech P., Allerup P., Gram L.F., Reisby N., Rosenberg R., Jacobsen O., Nagy A.: The Hamilton Depression Scale. Evaluation of objectivity using a logistic models. *Acta Psychiatr. Scand.* 1981, 63, 290-299.
5. Bech P., Bolwig T.G., Kramp P., Rafaelsen O.J.: The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale. Evaluation of homogeneity and inter-observer reliability. *Acta Psychiatr. Scand.* 1979, 59, 420-430.
6. Bech P., Gjerris A., Andersen J., Bojholm S., Kramp P., Bolwig T.G., Kastrup M., Clemmesen L., Rafaelsen O.J.: The Melancholia Scale and the Newcastle Scales. Item combination and inter-observer reliability. *Br. J. Psychiatry* 1983, 143, 58-63.
7. Bech P., Gram L.F., Dein E., Jacobsen O., Vitger J., Bolwig T.G.: Quantitative rating of depressive states. *Acta Psychiatr. Scand.* 1975, 51, 161-170.
8. Bech P., Rafaelsen O.J.: The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1980, 62, suppl. 285, 128-132.
9. Brzeziński J.: Metodologia badań psychologicznych. Wydawnictwa Naukowe PWN, Warszawa 1996.
10. Clearly P., Guy W.: Factor analysis of Hamilton Depression Scale. *Drugs Exptl. Clin. Rec.* 1977, 1, 115-120.
11. Hamilton M.: A rating scale for depression. *Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960, 23, 56-62.
12. Hamilton M.: Comparative value of rating scales. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1976, suppl., 58-60.
13. Kearns N.P., Cruickshank C.A., McGuigan K.J., Riley S.A., Shaw S.P., Snaith R.P.:

- A comparison of depression rating scales. Br. J. Psychiatry 1982, 141, 45-49.
14. Knesevich J.W., Biggs J.T., Clayton P.J., Ziegler V.E.: Validity of the Hamilton rating scale for depression. Br. J. Psychiatry 1977, 131, 49-52.
  15. Magnusson D.: Wprowadzenie do teorii testów. Warszawa 1991.
  16. Maier W., Philipp M.: Comparative analysis of observer depression scales. Acta Psychiatr. Scand. 1985, 72, 230-245.
  17. Maier W., Philipp M.: Improving the assessment of severity of depressive states: a reduction of the Hamilton depression scale. Pharmacopsychiatry 1985, 18, 114-115.
  18. Maier W., Philipp M., Heuser M., Schlegel I., Buller S., Wetzel H.: Improving depression severity assessment. Reliability, internal validity and sensitivity to change of three observer depression scales. Psychiatr. Res. 1988, 22, 3-12.
  19. Maier W.: The Hamilton Depression Scale and its alternatives: a comparison of their reliability and validity. W: Bech P., Coppen A.: The Hamilton Scales. Psychopharmacology, Series 9. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1990.
  20. Montgomery S.A., Asberg M.: A new depression scale designed to be sensitive to change. Br. J. Psychiatry 1979, 134, 382-389.
  21. Snaith R.P.: Hamilton Rating Scale for depression. Br. J. Psychiatry 1977, 131, 431-432.
  22. Ziegler V.E., Clayton P.J., Taylor J.R., Co B.T., Biggs J.T.: Amitryptiline plasma levels and therapeutic response. Clinical Pharmacology and Therapeutics 1976, 19, 785-801.

*Adres: Dr Joanna Mazurek, Katedra i Klinika Psychiatrii,  
ul. Kraszewskiego 25, 50-229 Wrocław*

## Aneks

### BRMES Skala melancholii Becha-Rafaelsena

#### *Bech-Rafaelsen Melancholia Scale*

#### 1. Aktywność motoryczna:

0. normalna aktywność ruchowa, adekwatna ekspresja mimiczna
1. nieznacznie zredukowana aktywność ruchowa, nieco sztywna lub spowolniała ekspresja mimiczna
2. bardziej wyrażone spowolnienie motoryczne (np. zredukowana gestykulacja, powolny chód)
3. wszystkie ruchy bardzo wolne
4. spowolnienie ruchowe bliskie osłupienia lub stupor.

#### 2. Aktywność werbalna:

*Pozycja ta obejmuje zmiany toku wypowiedzi oraz zdolność do werbalizowania myśli i emocji.*

0. normalna aktywność werbalna
1. nieco zredukowana ekspresja werbalna lub bierność podczas konwersacji
2. bardziej wyrażona bierność w czasie rozmowy, np. skłonność do dłuższych przerw
3. kiedy rozmowa wyraźnie przedłuża się z powodu długich przerw i krótkich odpowiedzi
4. kiedy badanie może być przeprowadzone tylko z wyraźnymi trudnościami.

### 3. Spowolnienie psychiczne:

0. normalna sprawność intelektualna

1. pacjent musi wykonać wysiłek dla skoncentrowania się na swojej pracy
2. nawet przy dużym wysiłku trudno się pacjentowi skupić lub podejmować decyzje. Wykazuje mniej inicjatywy niż zwykle. Pacjent łatwo doświadcza „zmęczenia umysłowego”
3. zaznaczone trudności w koncentracji, inicjatywie i podejmowaniu decyzji, np. ledwie może czytać gazetę lub oglądać telewizję. Spowolnienie nie wpłynęło jeszcze znacząco na przebieg badania
4. kiedy pacjent podczas wywiadu zaprezentował znaczne trudności w prowadzeniu normalnej konwersacji.

### 4. Lęk (psychiczny):

*Punkt ten obejmuje napięcie, drażliwość, martwienie się, niepewność, strach i odczucia bliskie panice. Trudność może sprawiać rozróżnienie między doświadczeniem lęku przez pacjenta („psychiczne” lub „centralne” objawy lęku) i fizjologicznymi (peryferyjnymi) manifestacjami, które można obserwować, np. drżenie rąk, pocenie. Najistotniejsza jest relacja pacjenta dotycząca zamartwiania się, niepewności, bezradności, doświadczenia napadów lęku i paniki.*

0. kiedy pacjent nie jest bardziej ani mniej wystraszony, niepewny lub napięty niż zwykle
1. kiedy pacjent jest nieco bardziej wystraszony, napięty lub niepewny niż zwykle
2. kiedy pacjent wyraźnie relacjonuje stan lęku, niepewności, zmartwienia i napięcia, które trudno mu kontrolować i które zatem mogą przeszkodzić w codziennych obowiązkach
3. kiedy lęk lub niepewność od czasu do czasu są wyraźnie widoczne i doświadczone jako paniczne, np. gdy lęk wymyka się spod kontroli
4. kiedy pacjent pozostaje prawie niezmiennie w stanie paniki. Może być trudno oderwać uwagę pacjenta od uczucia paniki i to może wpływać na badanie

### 5. Impulsy samobójcze:

0. brak impulsów samobójczych

1. pacjent czuje, że życie nie ma sensu, lecz nie wypowiada pragnienia śmierci
2. pacjent pragnie umrzeć, lecz nie ma planów zakończenia życia
3. jest prawdopodobne, że pacjent rozważy popełnienie samobójstwa
4. jeśli pacjent w ostatnich dniach przed wywiadem próbował popełnić samobójstwo lub jeśli pacjent jest pod specjalną obserwacją w oddziale z powodu ryzyka samobójczego.

### 6. Obniżony nastrój:

*Pozycja ta obejmuje zarówno werbalne, jak niewerbalne komunikaty o smutku, depresji, zniechęceniu, bezradności i beznadziejności.*

0. obojętny nastrój

1. pacjent niejasno wskazuje, że jest bardziej zniechęcony i depresyjny niż zazwyczaj
2. pacjent spontanicznie wskazuje (lub robi to chętnie zapytany), że jest bardziej zniechęcony i depresyjny niż zazwyczaj. Można zaobserwować nieliczne tego symptomy, np. okazjonalny płacz

3. pacjent prezentuje wyraźne niewerbalne oznaki depresji, np. powtarzający się płacz, bladość lub zszarzałą twarz, łamliwy i niepewny głos oraz/lub werbalnie komunikuje doświadczenie głęboko depresyjnego nastroju
4. uwagi pacjenta o zniechęceniu i bezradności lub niewerbalne oznaki, od których pacjenta nie można oderwać, dominują w badaniu.

#### **7. Niska samoocena i poczucie winy:**

*Punkt ten dotyczy obniżonego poczucia własnej wartości*

##### 0. brak niskiej samooceny i poczucia winy

1. niesprecyzowane obniżenie samooceny, pacjent czuje, że nie spełnia oczekiwań, że mógł zawieść
2. niska samoocena i poczucie winy są wyraźniej obecne i dotyczą czegoś więcej niż faktu, że pacjent może być ciężarem dla rodziny lub zakładu pracy z powodu zmniejszenia zdolności do pracy podczas aktualnego epizodu. Należy zwrócić uwagę, czy pacjent bezpodstawnie wyrzuca sobie drobne zaniedbania lub przeoczenia, np. takie jak niewykonanie obowiązku lub sprawienie komuś przykrości. Takie samooskarżanie często skoncentrowane jest na incydentach z przeszłości, wcześniejszych niż aktualny epizod
3. pacjent cierpi z powodu głębokiego poczucia winy. Często wyraża pogląd, że aktualne cierpienia są rodzajem kary. Pacjent otrzymuje 3 punkty, jeśli jest jeszcze intelektualnie zdolny zauważyć bezpodstawność swego przekonania
4. poczucie winy utrzymuje się niezmiennie i opiera się wszelkiej perswazji, przybierając charakter idei paranoidalnej.

#### **8. Zahamowanie uczuciowe:**

*Pozycja ta obejmuje zredukowany kontakt emocjonalny pacjenta z innymi osobami. Oznacza to, że potrzeby lub możliwości komunikowania swych własnych uczuć i opinii oraz dzielenia radości i smutku są doświadczane przez pacjenta jako obce i bolesne*

##### 0. normalny kontakt emocjonalny z innymi

1. zredukowana potrzeba lub zdolność „bycia razem” z nowymi lub dalszymi znajomymi
2. pacjent izoluje się do pewnego stopnia. Nie ma potrzeby lub możliwości nawiązywać bliższych kontaktów z ludźmi, z którymi styka się poza domem (współpracownicy, koledzy, współpracownicy, personel oddziału)
3. pacjent izoluje się także w relacjach z członkami rodziny. Czuje się emocjonalnie obojętny nawet wobec bliskich przyjaciół i rodziny
4. całkowicie odizolowany. Nie jest zdolny do odczuwania czegokolwiek w kontaktach międzyludzkich. Uważa się za „pustego” emocjonalnie.

#### **9. Zaburzenia snu:**

*Punkt ten obejmuje jedynie subiektywne doświadczenie przez pacjenta długości snu (ilość godzin snu w ciągu doby) oraz głębokości snu (sen płytki i przerywany versus sen głęboki i twardy). Ocena jest oparta na 3 poprzedzających nocach niezależnie od podawania środków nasennych lub uspokajających.*

##### 0. zwykła długość i głębokość snu

1. długość snu jest nieco zredukowana (np. z powodu trudności w zasypianiu), lecz bez zmian w głębokości snu



2. głębokość snu jest także zredukowana, sen bardziej powierzchowny. Nieznaczne zaburzenia snu jako całości
3. długość, jak i głębokość snu wyraźnie zmieniona. Niewielka ilość godzin przerywanego snu w ciągu doby
4. trudno tu ustalić długość snu, sen jest również tak płytki, że pacjent relacjonuje jedynie krótkie okresy drzemki, nie rzeczywistego snu.

#### 10. Zmęczenie i ból:

*Pozycja zawiera osłabienie, uczucie omdlewania, męczliwość, uczucie przepełnienia (ciężaru) i rozdrażnienia powodujące w sumie odczuwanie rzeczywistego bólu, w sposób mniej lub bardziej rozlany zlokalizowanego w mięśniach lub organach wewnętrznych. Nużliwość mięśni jest zwykle zlokalizowana w kończynach. Pacjent może podawać to jako powód trudności w pracy, jako że ma uczucie zmęczenia i przepełnienia (ciężkości) w ramionach i nogach. Bóle mięśniowe często lokalizują się w okolicy pleców, szyi lub ramion i są odczuwane jako napięcie lub ból głowy. Uczucie pełności i ciężkości narasta do prawdziwego doświadczania bólu, często jest wyraźnie lokalizowane jako „dyskomfort w klatce piersiowej” (inne niż bóle serca), bóle brzucha, bóle głowy (inne niż typowe bóle głowy). Czasem trudno jest odróżnić bóle psychiczne i fizyczne.*

*Szczególną uwagę należy zwrócić na nieokreślone dolegliwości psychiczne*

0. pacjent nie jest bardziej ani mniej zmęczony czy zmartwiony dolegliwościami somatycznymi niż zwykle
  1. nieokreślone poczucie znużenia mięśni lub inny rodzaj dyskomfortu somatycznego
  2. uczucie zmęczenia mięśni lub dyskomfortu somatycznego bardziej wyraźne. Czasem występuje uczucie bólu fizycznego
  3. zmęczenie mięśni lub rozlane bóle są tak wyraźnie obecne, że wpływają na codzienne zajęcia pacjenta
  4. zmęczenie mięśni lub rozlany ból są stale obecne, powodując ustawiczne cierpienie pacjenta.

#### 11. Praca i zainteresowania:

*Ten punkt obejmuje zarówno aktualną motywację, jak i wykonywaną pracę. Zwłaszcza dla gospodyń domowych ocena tego punktu może być trudna, jako że takie pacjentki są mniej skłonne do spostrzegania, że mają trudności z codziennymi obowiązkami. Osoby te zwykle używają określenia takiego jak: ostatnio byłem mniej skrupulatny*

#### A. Wstępna ocena

0. normalna aktywność
  1. pacjent zgłasza niedomogę spowodowaną brakiem motywacji i/lub kłopotami w wykonywaniu zwykłych obowiązków, które jednak udaje się pacjentowi wykonać bez zmian
  2. bardziej wyrażona niewydolność spowodowana brakiem motywacji i/lub trudnościami w wykonywaniu zwykłych prac. Pacjent ma mniejszą zdolność do wykonywania pracy, nie może utrzymać zwykłego tempa, gorzej sobie radzi w pracy i w domu, pacjent może pozostawać kilka dni w domu lub próbować wcześniej opuszczać pracę
  3. pacjent przebywa na zwolnieniu lub znalazł się w szpitalu (na dziennym lub stacjonarnym oddziale), ale może uczestniczyć przez kilka godzin dziennie w zajęciach oddziału
  4. pacjent jest hospitalizowany i zasadniczo nie uczestniczy w zajęciach oddziału.

**B. W cotygodniowej ocenie**

0. (a) pacjent podjął pracę na normalnym poziomie aktywności  
(b) pacjent nie będzie miał problemów z podjęciem normalnej pracy
1. (a) pacjent pracuje, ale na zredukowanym poziomie spowodowanym brakiem motywacji lub trudnościami w wykonywaniu normalnej pracy  
(b) pacjent nie pracuje i wątpliwe jest, czy będzie mógł podjąć pracę bez trudności
2. (a) pacjent pracuje, ale na wyraźnie zredukowanym poziomie spowodowanym epizodami nieobecności lub skrócenia czasu pracy  
(b) pacjent jest wciąż hospitalizowany lub przebywa na zwolnieniu, uczestniczy ponad 34 godziny w oddziałowych lub domowych zajęciach, lecz może podjąć normalną pracę tylko na zredukowanym poziomie. Jeśli pacjent jest hospitalizowany, może zmienić status ze stacjonarnego na dzienny.
3. pacjent nie jest w stanie podjąć normalnej pracy, lecz uczestniczy przez 34 godziny dziennie w zajęciach oddziału. Może być celowe rozważenie zmiany oddziału stacjonarnego na dzienny, ale wypis nie jest zalecany
4. pacjent pozostaje w całodobowej hospitalizacji i nie jest zdolny do uczestnictwa w zajęciach oddziału [1, 2].