



Badanie trafności trzech wybranych skal oceny głębokości depresji – skali Hamiltona, Montgomery-Åsberg i Becha-Rafaelsena

*Validation of three selected instruments for depression severity assessment
– the Hamilton, the Montgomery-Åsberg, and the Bech-Rafaelsen scale*

JOANNA MAZUREK, ANDRZEJ KIEJNA, KRZYSZTOF MAŁYSZCZAK

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu

STRESZCZENIE. Praca omawia rezultaty badania oceniającego trafność trzech wybranych skal oceny głębokości depresji – skali Hamiltona, stosowanej w Polsce od wielu lat, mniej rozpowszechnionej skali Montgomery-Åsberg oraz nieznannej w Polsce skali melancholii Becha-Rafaelsena. Ich walidacji dokonano badając grupę 100 chorych z zaburzeniami depresyjnymi poprzez obliczenie korelacji każdego narzędzia ze skalą ogólnej oceny depresji CGI oraz określając zgodność wyników skal między sobą. Wyniki wskazują, że największą zgodność z CGI oraz między sobą osiągnęły skale: Becha-Rafaelsena i Montgomery-Åsberg, natomiast skala Hamiltona różniła się od dwóch poprzednich, w mniejszym stopniu korelowała także z CGI.

SUMMARY. The paper presents results of validation of three instruments for the assessment of depression severity: the Hamilton Depression Scale applied in Poland for many years now, the somewhat less popular Montgomery-Åsberg scale, and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale, so far unknown in our country. Validation of these instruments was carried out on a group of 100 patients with depressive disorders. Their scores on each of the three scales were correlated with these on the CGI scale for a general assessment of depression. Also intercorrelations between the three scales were calculated. The highest correlation with the CGI and intercorrelations were obtained for the Bech-Rafaelsen and the Montgomery-Åsberg scales, while the HDS turned out to differ from both these instruments, and indicated lower correlation with the CGI.

Słowa kluczowe: depresja / skala melancholii Becha-Rafaelsena / skala Hamiltona / skala Montgomery-Åsberg / trafność

Key words: depression / the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale / the Hamilton Depression Scale / the Montgomery-Åsberg scale / validity

O rozpoznaniu i ocenie głębokości depresji decyduje badanie psychiatryczne. Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń psychicznych, postępowanie diagnostyczne w depresji oparte jest nie na obiektywnych parametrach klinicznych, laboratoryjnych, a na indywidualnej wiedzy i doświadczeniu psychiatry. Stąd datujące się od dziesięcioleci próby stworzenia narzędzi, które redukowałyby subiektywizm cechujący proces diagnostyczny w psychiatrii.

UŻYTECZNOŚĆ SKAL OCENY GŁĘBOKOŚCI DEPRESJI

Jednym z najpopularniejszych instrumentów pomiarowych w psychiatrii stały się skale psychometryczne, powszechnie i licznie wykorzystywane właśnie w przypadku zaburzeń depresyjnych. Skale psychometryczne rzadziej służą jako narzędzie diagnostyczne, zwykle ich zadaniem jest pomiar głębokości depresji.

Tablica 1. Niektóre skale psychometryczne stosowane do oceny głębokości depresji

Skale obserwacyjne	Skale samoobserwacyjne
Skala depresji Hamiltona (1960)	MMPI (D) (1946)
Skala depresji Cronholma-Ottosona (1960)	Inwentarz samooceny depresji Becka (1961)
Skala depresji Newcastle I i II (1965 i 1971)	Skala samooceny depresji Zunga (1965)
Inwentarz depresji Becka (1961)	Inwentarz depresji Popoffa (1969)
Skala depresji Wechslera (1963)	Skala samooceny depresji Wakefield (1971)
Skala Rickelsa (1967)	Kwestionariusz Pilowskiego (1972)
Skala depresji Montgomery-Åsberg (1979)	
Inwentarz depresji Zunga (1972)	
Skala melancholii Becha-Rafaelsena (1980)	

Począwszy od 1960 r., kiedy to Hamilton opublikował swą skalę depresji, powstało na świecie kilkadziesiąt skal oceny i samooceny głębokości depresji. Niektóre z nich są wykorzystywane do badań klinicznych i jako pomoc w codziennej pracy psychiatry. Ich zestawienie przedstawia tablica 1 [8].

Zastosowane w badaniu skale pomiaru głębokości depresji: skala Hamiltona (HAMD), skala Montgomery-Åsberg (MADRS) i skala melancholii Becha-Rafaelsena (BRMES) mają pewne cechy wspólne: są skalami obserwacyjnymi, niestrukturalizowanymi, wymagają od badacza doświadczenia klinicznego oraz dobrej znajomości stanu pacjenta. Różnią się one natomiast ilością i jakością objawów, co jest związane prawdopodobnie z odmiennością podejścia do zagadnienia depresji – skale te powstawały bowiem w różnym czasie. Jednocześnie, liczne badania wykazały ich przydatność w ocenie głębokości depresji, uznane zostały za trafne, rzetelne i czułe narzędzia.

Skala depresji Hamiltona powstała w swej pierwotnej wersji w 1960 r. Wersja ta złożona jest z 17 pozycji, umożliwiających, oprócz oceny takich osiowych objawów depresji, jak: obniżenie nastroju, spowolnienie, zaburzenia rytmów dobowych, określenie także poziomu innych zaburzeń, np. zaburzeń treści myślenia, objawów somatycznych, lęku. Zastosowano w niej, w zależności od rodzaju objawu, 3 lub 4-stopniową skalę (gradacje) oceny ilościowej.

Autor skali poszerzył ją w 1967 r. do 24 objawów (m. in. dołączono: natręctwa, depersonalizację i derealizację, poczucie bez-

nadziejności i bezradności). Skala Hamiltona uważana jest za najlepiej poznane i najpowszechniej stosowane narzędzie oceny głębokości depresji oraz dobre kryterium odniesienia dla weryfikacji innych narzędzi o tym samym zastosowaniu. Ze względu na swój profil kliniczny skala ma być przeznaczona szczególnie do badania endogennych zespołów depresyjnych, oprócz lekarzy może być też narzędziem dla psychologów klinicznych [7, 8].

Skala autorstwa Montgomery'ego i Åsberg została opublikowana w 1979 r. Największą popularnością cieszy się w krajach skandynawskich. Może być wykorzystywana przez lekarzy i psychologów klinicznych. Po wywiadzie obejmującym całokształt samopoczucia psychicznego pacjenta oraz zebraniu informacji o nim z innych źródeł, pozwala ona na ocenę natężenia 10 objawów depresyjnych w siedmiostopniowej skali [17].

Skala melancholii Becha i Rafaelsena powstała w 20 lat po opublikowaniu pierwszej wersji skali Hamiltona – w roku 1980. Przy jej tworzeniu autorzy posłużyli się skróconą do 6 pozycji skalą Hamiltona oraz mniej znaną skalą Cronholm-Ottoson. Na podstawie tych dwóch narzędzi skonstruowali własną, 11-punktową skalę, której każda pozycja jest stopniowana od 0 do 4 punktów. Jest to również skala polecana lekarzom i psychologom, wymaga uprzedniego dokładnego psychiatrycznego zbadania pacjenta, po co najmniej 72 godzinach obserwacji (w celu określenia jego aktywności i funkcjonowania w oddziale oraz ewentualnych zaburzeń snu), pożądane

Tablica 2. Porównanie występowania objawów w aktualnie obowiązujących systemach klasyfikacyjnych i trzech wybranych skalach oceny depresji [3]

Klasyfikacja		Nr	Pozycja	Skala		
DSM-IV	ICD-10			HAMD	BRMES	MADRS
1	A1	1	Nastój depresyjny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	B1 B2	2	Niska samoocena, poczucie winy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	B3	3	Myśli samobójcze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	B6	4	Trudności w zasypianiu	<input type="checkbox"/>		
4	B6	5	Splęcenie snu	<input type="checkbox"/>		
4	B6	6	Wczesne wybudzanie	<input type="checkbox"/>		
2	A2	7	Aktywność społeczna, zainteresowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	B5	8	Spowolnienie psychomotoryczne	<input type="checkbox"/>		
5	B5	9	Pobudzenie	<input type="checkbox"/>		
		10	Psychiczne objawy lęku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11	Somatyczne objawy lęku	<input type="checkbox"/>		
3	B7	12	Objawy z przewodu pokarmowego	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	A3	13	Objawy somatyczne ogólne	<input type="checkbox"/>		
		14	Zaburzenia seksualne	<input type="checkbox"/>		
		15	Hipochondria (somatyzacja)	<input type="checkbox"/>		
		16	Wgląd	<input type="checkbox"/>		
3	B7	17	Spadek masy ciała	<input type="checkbox"/>		
4	B6	18	Ogólne zaburzenia snu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	B5	19	Spadek aktywności motorycznej		<input type="checkbox"/>	
5	B5	20	Spadek aktywności werbalnej		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	B4	21	Trudności w koncentracji		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	A2	22	Zahamowanie uczuciowe		<input type="checkbox"/>	
6	A3	23	Znużenie		<input type="checkbox"/>	

jest także uzyskanie informacji z innych źródeł (krewni, personel oddziału). Oprócz zastosowania jej w celu określenia głębokości zaburzeń, autorzy sugerują także jej możliwości diagnostyczne (uzyskanie 15 i więcej punktów w skali miałyby sugerować rozpoznanie tzw. dużej depresji) [1, 6]. Narzędzie to nie było dotąd stosowane w Polsce.

Jak wspomniano, omówione wyżej skale w odmienny pod względem ilościowym i jakościowym sposób podchodzą do zagadnie-

nia symptomatologii depresji. Wiąże się to niewątpliwie z odmiennymi koncepcjami depresji ich autorów, na co wpływ mogłyby mieć różny czas ich powstawania.

Ponieważ jednak wszystkie trzy skale znajdują zastosowanie w najnowszej psychiatrii, porównano ich relacje wobec współcześnie obowiązujących klasyfikacji, tj. ICD-10 i DSM-IV (tab. 2).

Jak wynika z przedstawionego zestawienia, skala Hamiltona opisuje większość objawów

Tablica 3. Rozkład objawów w skalach a komponenty kliniczne zespołu depresyjnego [2]

Cechy kliniczne depresji	HAMD	BRMES	MADRS
Objawy afektywne	8%	18%	30%
Objawy lękowe	16%	9%	10%
Zaburzenia sfery ruchowej	12%	18%	0%
Zaburzenia sfery poznawczej	28%	27%	30%
Zaburzenia funkcjonowania społecznego	8%	9%	0%
Objawy wegetatywne	28%	18%	30%
Liczba pozycji	17	11	10

wyraźnie lub blisko związanych z depresją (stąd jest skalą najdłuższą). Nie uwzględnia jedynie zaburzeń koncentracji, które mierzą pozostałe skale.

W skali BRMES brak jest pozycji związanych z objawami somatycznymi lęku, objawami z przewodu pokarmowego, ogólnymi objawami somatycznymi, spadkiem libido, hipochondrią, brakiem wglądu, spadkiem masy ciała.

Skala MADRS, najkrótsza, pomija ocenę spowolnienia i ogólnych objawów somatycznych, spadku libido, hipochondrii, wglądu, spadku masy ciała, objawów somatycznych lęku.

Każda z wymienionych skal kładzie ponadto nacisk na inne grupy objawów tworzących w sumie obraz depresji. Poniżej przedstawiono ich procentowy udział w skali HAMD, BRMES i MADRS w kontekście klinicznych cech depresji (tab. 3).

TRAFNOŚĆ SKAL OCENY GŁĘBOKOŚCI DEPRESJI W INNYCH BADANIACH

Ocena rzetelności i trafności każdej stosowanej w psychiatrii skali szacunkowej jest niezbędnym warunkiem poprzedzającym jej wykorzystanie do badań klinicznych. Od momentu swego powstania omawiane w pracy skale: HAMD, BRMES i MADRS były wielokrotnie poddane takim ocenom, a rezultaty niektórych badań były już omówione we wcześniejszej publikacji [14]. Poniżej zaprezentowano tylko badania prze-

prowadzone metodą podobną do omówionej w tej pracy.

Badaniu trafności metodą analizy różnic międzygrupowych najczęściej poddawana była skala Hamiltona. Jej współczynnik korelacji z globalną oceną kliniczną był we wszystkich badaniach znaczący statystycznie, choć uzyskiwano duże rozbieżności wyników [15]. W badaniu Welnera z 1972 r. otrzymano stosunkowo niską korelację – zaledwie 0,48. Dużo lepsze były wyniki Becha i wsp. z 1975 r. (współczynnik korelacji Spearmana 0,73) [5]. Korner i wsp. w 1990 r. uzyskali podobną korelację HAMD ze skalą globalnej oceny (0,74), była ona jednak niższa w porównaniu z MADRS i BRMES (0,87) [10]. Nieco inne były obserwacje Knesevicha i wsp., którzy wykazali wysoką (0,89) korelację skali i 6-punktowej subskali Hamiltona z wynikami oceny globalnej [9].

Wyniki walidacji skali Montgomery-Åsberg i Becha-Rafaelsena są mniej liczne, ale bardziej pozytywne. Wykazały one większą jednorodność MADRS i BRMES oraz ich wysoką korelację z wynikami globalnej oceny klinicznej [4, 12, 13]. Skale te są ponadto (w przeciwieństwie do HAMD) narzędziami o dużej czułości na zmianę stanu psychicznego pacjenta, czego dowiodły m.in. badania Montgomery-Åsberg i Maiera.

Poniżej zaprezentowano wyniki badania trafności i czułości tych skal przeprowadzone przez Maiera na 42-osobowej grupie pacjentów w pierwszym i 21 dniu terapii lekiem trójpierścieniowym. Do globalnej oceny klinicznej zastosowano 10-punktową skalę LEAD.

Tablica 4. Rezultaty badania trafności trzech wybranych skal oceny depresji uzyskane przez Maiera [11]

Skala	Ocena globalna w dniu rozpoczęcia terapii	Ocena globalna w 21 dniu terapii	Globalna ocena zmiany
HAMD – 21 pozycji – 17 pozycji – 5 pozycji	0,67	0,74	0,65
	0,68	0,74	0,69
	0,72	0,79	0,65
MADRS	0,75	0,81	0,65
BRMES	0,81	0,80	0,77

Tablica 5. Podstawowe dane kliniczne charakteryzujące osoby objęte badaniem

Zmienne	Kod zaburzeń depresyjnych wg ICD-10						Ogółem
	F31	F32	F33	F34	F41.2	F43	
Liczba chorych	15	17	44	3	8	13	100
Średni wiek	51,2	55,6	56,8	27,6	44,0	47,4	52,7
Płeć: kobiety	14	11	33	3	7	9	77
mężczyźni	1	6	11	0	1	4	23

Omówieniu piśmiennictwa dotyczącego rzetelności wymienionych trzech narzędzi i wyników własnych badań poświęcono odrębną pracę [16].

CEL PRACY

Przeprowadzone badanie miało na celu określenie przydatności nieznannej w Polsce skali melancholii Becha-Rafaelsena, jak też skal często stosowanych – skali Hamiltona i Montgomery-Åsberg do pomiaru głębokości depresji – poprzez ocenę ich trafności.

OSOBY BADANE

Badaniem objęto grupę 100 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii AM oraz w Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu w związku z zaburzeniami depresyjnymi oraz pacjentów leczonych z powodu depresji w poradni zdrowia psychicznego (PZP).

Dobór pacjentów przebiegał dwuetapowo i polegał na: (1) wstępnej diagnozie zespołu depresyjnego dokonanej przez lekarza

przyjmującego pacjenta w izbie przyjęć lub leczącego w PZP, (2) potwierdzeniu wstępnej diagnozy zespołu depresyjnego przez lekarza prowadzącego badanie.

Wyboru dokonywano na podstawie kryteriów zaburzeń afektywnych wg klasyfikacji ICD-10. W badaniu brali udział pacjenci z następującymi rozpoznaniem: zaburzenie afektywne dwubiegunowe – obecnie epizod depresyjny (F31), epizod depresyjny (F32), zaburzenia depresyjne nawracające (F33), uporczywe zaburzenia nastroju – dystymia (F34), zaburzenia adaptacyjne (F43), zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (F41.2). Wykluczono pacjentów, u których współistniały: organiczne zaburzenia psychiczne, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, schizofrenia. Wśród badanych wyraźnie przeważały kobiety – 77% wobec 23% mężczyzn. Wiek badanych wahał się między 18 a 78 lat (średnia ok. 53 lat) – tab. 5.

METODA

Każdy pacjent poddany został jednorazowemu badaniu psychiatrycznemu w trzeciej

lub czwartej dobie od dnia przyjęcia do szpitala lub w dniu zgłoszenia się do PZP. Badanie przeprowadzane było zawsze w godzinach przedpołudniowych. Chorzy byli poddani typowemu badaniu psychiatrycznemu (niestandardyzowany wywiad) trwającemu 30–60 minut. Obejmowało ono, oprócz oceny stanu psychicznego, także wywiad dotyczący obciążenia rodzinnego badanego chorobą psychiczną, wiek pacjenta w momencie pierwszego zachorowania oraz obecność czynnika reaktywnego. Bezpośrednio po badaniu dokonywano oceny ciężkości depresji pacjenta za pomocą skali BRMES, HAMD oraz MADRS. U każdego badanego dokonywana była również ocena globalnej ciężkości stanu psychicznego przy użyciu skali *Clinical Global Impression* (CGI) o następujących przedziałach:

-
- 1 – niewielkie odchylenia od normy
 - 2 – pogranicze zaburzeń psychicznych
 - 3 – niewielkie nasilenie zaburzeń psychicznych
 - 4 – umiarkowane nasilenie zaburzeń psychicznych
 - 5 – wyraźne zaburzenia psychiczne
 - 6 – ciężkie zaburzenia psychiczne
 - 7 – należał do chorych w najcięższym stanie
-

Badanie trafności teoretycznej skal przeprowadzono metodą analizy różnic międzygrupowych: założeniem tej części badania było, iż osoby uzyskujące wysokie wyniki w skalach powinny być postrzegane jako ciężko chore psychicznie (wysoki wynik wg CGI), zaś osiągające niskie wyniki jako osoby o nieznacznych lub umiarkowanych zaburzeniach psychicznych. Badania tego rodzaju trafności dokonywano poprzez obliczenie współczynnika korelacji skali BRMES/CGI, HAMD/CGI oraz MADRS/CGI. Oceniono także zgodność treściową skal Becha-Rafaelsena, Montgomery-Åsberg i Hamiltona obliczając wzajemne korelacje między tymi narzędziami.

Jako miarę związku dla wszystkich obliczeń wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana.

WYNIKI

W pierwszej części badania trafności teoretycznej skal BRMES, HAMD i MADRS dokonano oceny ich korelacji z prostszym narzędziem CGI, za pomocą którego określano ogólną ciężkość depresji (tab. 6).

Tablica 6. Wartości współczynników korelacji badanych skal ze skalą CGI (wsp. Spearmana)

Skala	CGI
BRMES	0,91
HAMD	0,77
MADRS	0,85

Uzyskane wyniki wskazują, że przy poziomie istotności $p < 0,05$ wszystkie korelacje były znaczące statystycznie. Najwyższą korelację ze skalą CGI ma w przeprowadzonym badaniu skala BRMES. Wartość 0,91, bliska jedności, oznacza, że między obydwojema skalami istnieje duża zbieżność. Korelacja skali Montgomery-Åsberg ze skalą CGI jest również dość wysoka, świadczy o dość dużej zbieżności tych dwóch narzędzi. Skala CGI wykazuje najmniejszą, choć również zadowalającą korelację ze skalą Hamiltona. Współczynnik korelacji o wartości 0,77 świadczy o pewnej rozbieżności występującej między tymi narzędziami.

Badanie potwierdziło ponadto, że również prostsze narzędzie, jakim jest CGI, może być stosowane do szacowania głębokości depresji. Skala ta może w niektórych sytuacjach zastępować pomiary wykonywane przy użyciu skali Becha-Rafaelsena i Montgomery-Åsberg.

Istnieje natomiast pewna rozbieżność między HAMD i CGI, a wyniki ich pomiarów nie mogą być traktowane jako tożsame.

Następnie oceniono zgodność treściową trzech badanych skal obliczając ich korelacje ze sobą.

Wszystkie uzyskane w tej części badania korelacje są istotne statystycznie. Najwyższą zgodność mają skale Becha-Rafaelsena i Montgomery-Åsberg. Współczynnik korelacji bliski 1, wskazuje, że skale te mierzą to samo zjawisko, a ich wyniki mogą być traktowane jako prawie całkowicie równoznaczne. Korelacja między tymi dwoma skalami a skalą Hamiltona jest podobna, lecz wyraźnie niższa, co oznacza, że skala ta mierzy sferę nieco inną niż BRMES i MADRS.

OMÓWIENIE

Wyniki badania pozwalają pozytywnie ocenić nie stosowaną dotąd w Polsce skalę melancholii BRMES jako narzędzie służące do pomiaru głębokości depresji. Metoda obliczania korelacji z CGI jest w istocie badaniem zgodności pomiaru tym narzędziem z subiektywną oceną stanu psychicznego, wyrażoną liczbowo za pomocą CGI. Badanie wykazało, że oba narzędzia mierzą to samo – nasilenie depresji, co wskazuje, iż wyniki pomiaru skalą Becha-Rafaelsena mogą być zastępowane wynikami badania CGI. Podobną korelację z oceną globalną uzyskała skala Montgomery-Åsberg, której trafność można dzięki temu uznać za wysoką.

Nie ma natomiast pełnej zgodności między subiektywną oceną ciężkości depresji, jaką mierzy CGI a wynikami skali Hamiltona. Wpływ na to ma zapewne obecność pozycji, które nie są charakterystyczne wyłącznie dla depresji. Czyni to skalę HAMD mniej specyficzną dla tej grupy zaburzeń, gdyż część mierzonych przez nią objawów nie wpływa na ogólną ciężkość choroby.

Badanie wykazało również podobieństwo między skalami Becha-Rafaelsena i Montgomery-Åsberg oraz ich odmiennosc od skali Hamiltona. Porównanie skal, zapowiadające takie wyniki, widoczne są już w prezentowanej wcześniej tablicy 2. Dwie pierwsze skale zbliżone są ilością pozycji (10 i 11), a także rodzajem ocenianych objawów. Skala Hamiltona jest wyraźnie dłuższa (17 pozycji) i inna pod względem treści – obok ob-

jawów podstawowych depresji mierzy także objawy rzadziej występujące i mniej charakterystyczne dla tego zaburzenia.

WNIOSKI

1. Skala melancholii BRMES okazała się użytecznym narzędziem pomiaru głębokości depresji, czego dowodzi duża zgodność jej wyników z globalną oceną kliniczną wyrażoną za pomocą skali CGI. Podobne wnioski można wyciągnąć w odniesieniu do skali MADRS. Skala Hamiltona, również trafna, miała niższy współczynnik korelacji z CGI.
2. Największe podobieństwo stwierdzono pomiędzy skalami Becha-Rafaelsena i Montgomery-Åsberg, zaś korelacja między tymi dwoma narzędziami a skalą Hamiltona jest wyraźnie niższa, co świadczy o pewnej jej odmiennosci od dwóch pozostałych.

PIŚMIENICTWO

1. Bech P.: Rating scales for affective disorders, their validity and consistency. *Acta Psychiatr. Scand.* 1981, suppl. 295.
2. Bech P.: Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1996.
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 objective using a logistic models. *Acta Psychiatr. Scand.* 1981, 63, 290–299.
5. 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.
6. 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.
7. Hamilton M.: A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960, 23, 56–62.
 8. Hamilton M.: Comparative value of rating scales. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1976, suppl., 58–60.
 9. 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.
 10. Korner A., Nielsen B.M., Eschen F., Moller-Madsen S., Stender A., Christensen E.M., Aggernaes H., Kastrup M., Larsen J.K.: Quantifying depressive symptomatology: inter-rater reliability and inter-item correlations. *J. Affect. Disord.* 1990, 20, 143–149.
 11. Maier W., Philipp M.: Comparative analysis of observer depression scales. *Acta Psychiatr. Scand.* 1985, 72, 230–245.
 12. 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.
 13. 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.
 14. Mazurek J., Kiejna A.: Wartość kliniczna i psychometryczna skali melancholii Becha-Rafaelsena na tle innych skal oceny głębokości depresji. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997, 6, 285–294.
 15. Mazurek J.: Ocena wartości klinicznej skali melancholii Becha-Rafaelsena w porównaniu z innymi narzędziami oceny głębokości depresji. *Praca doktorska* 1998.
 16. Mazurek J., Kiejna A., Małyszczak K., Stępień A.: Badanie rzetelności skal oceny nasilenia depresji: skali melancholii Becha-Rafaelsena, skali depresji Hamiltona oraz skali Montgomery-Åsberg w polskiej populacji. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1999, 8, (ten zeszyt).
 17. Montgomery S., Åsberg M.: A new depression scale de-Åsberg signed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry* 1979, 134, 382–389.

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