

Skala Calgary do oceny depresji w schizofrenii

Calgary Depression Scale for Schizophrenia

TOMASZ SZAFRAŃSKI

Z III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Praca przedstawia „Skalę Calgary” (CDSS) – nowe narzędzie do oceny depresji w schizofrenii opracowane przez Addingtona i wsp. W porównaniu ze skalą Hamiltona CDSS jest bardziej specyficzna dla objawów depresji w schizofrenii. Omówiono etapy tworzenia i weryfikacji CDSS (zasady doboru poszczególnych punktów skali, badanie rzetelności i trafności) oraz przedstawiono jej polską wersję.

SUMMARY. The Calgary Depression Scale (CDSS), a new tool developed by Addington et al. for the assessment of depression in schizophrenia, is presented in the article. As compared to the Hamilton Scale, CDSS is more specific to depressive symptoms in schizophrenia. Successive stages of the CDSS development and verification are discussed (i.e. item analysis, reliability and validity studies), and a Polish adaptation of the tool is presented.

Słowa kluczowe: schizofrenia / depresja / CDSS, skala Calgary
Key words: schizophrenia / depression / CDSS, Calgary Depression Scale

Wprawdzie objawy depresyjne nie są specyficzne dla schizofrenii jednakże obserwuje się je bardzo często i praktycznie w każdej fazie choroby [9, 16, 18, 22, 23]. Badania z zastosowaniem analizy czynnikowej wyodrębniają kilka wymiarów psychopatologii schizofrenii. Jednym z nich jest zwykle czynnik depresji [17, 19, 20]. Objawy depresyjne pociągają za sobą istotne skutki kliniczne: zwiększają ryzyko samobójstwa (wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii jest ono 8,5 raza większe niż w całej populacji), utrudniają rehabilitację pacjentów, zwiększają prawdopodobieństwo nawrotu psychozy [3, 14, 16, 22, 23]. Niektórzy badacze uważają, że objawy depresyjne występują obecnie coraz częściej i wiążą ich występowanie z intensywnym leczeniem neuroleptykami [15, 16, 22, 23]. W związku z powyższym nie dziwi fakt, że pojawieniu się nowych, atypowych leków przeciwpsychotycznych (amisulpryd, kwetiapina, olanzapina, risperidon, sertindol, zotepina, ziprasidon) i badaniom potwierdzającym ich skuteczność w odniesieniu do obja-

wów pozytywnych, towarzyszą doniesienia o korzystnym działaniu nowej grupy leków na objawy afektywne [16, 20].

Wzrost zainteresowania objawami depresyjnymi w schizofrenii pociąga za sobą wzrost liczby prowadzonych badań. W celu oceny klinicznej objawów i dalszego porównywania grup pacjentów stosuje się różnego rodzaju skale badawcze. Większość zjawisk, które staramy się badać w psychiatrii ma charakter jakościowy (urojenia, nastrój depresyjny, pobudzenie itd). Pomiar tych zjawisk i sensowne testowanie hipotez za pomocą metod statystycznych kryje w sobie wiele problemów metodologicznych. Spotyka się nawet trudne do przyjęcia opinie, że prezentacja badań jakościowych powinna się odbywać jedynie w sposób opisowy! [21]. W ciągu ostatnich lat podjęto wiele wysiłków, mających na celu podniesienie standardu badań naukowych w psychiatrii. Zaowocowało to powstaniem zoperacjonalizowanych kryteriów diagnostycznych (systemy ICD, DSM), strukturalizowanych wywiadów

i skal diagnostycznych. Weryfikuje się także stare, „uznane”, powszechnie stosowane narzędzia, stwierdzając nierzadko, że ich właściwości psychometryczne są niewystarczające i nie pozwalają na uogólnianie wyników badań uzyskanych za ich pomocą. Posługiwanie się niejednoznacznym lub nierzetelnym narzędziem może ograniczać trafność wszystkich badań polegających na zastosowaniu danej skali (biologicznych, psychofarmakologicznych, naturalnego przebiegu choroby, badań obciążenia genetycznego itd.) [13].

Interesującym przykładem weryfikacji psychometrycznych właściwości narzędzia są badania dotyczące trafności teoretycznej skali depresji Hamiltona (HDRS). Skala ta wprowadzona w 1960 r. została zalecona jako główne narzędzie psychometryczne w badaniach depresji. W badaniach klinicznych, celem oceny nasilenia objawów depresyjnych u pacjenta, stosuje się całkowity wynik (suma punktów) skali Hamiltona. A zatem zakłada się, że poszczególne pozycje skali mierzą ten sam, jednolity i homogeniczny konstrukt („nasilenie depresji”). Skoro tak, to poszczególne pozycje testu powinny korelować z ogólnym wynikiem i test powinien mieć strukturę jednoczynnikową. Badania Gibbonsa i wsp. [13] (370 pacjentów z rozpoznaniem dużej depresji wg *Research Diagnostic Criteria*) wykazały, że HDRS ma strukturę pięcioczynnikową. Pierwszy czynnik, wyjaśniający największy odsetek wariancji, składał się z ośmiu pozycji: nastrój depresyjny, aktywność złożona i praca, objawy psychiczne lęku, utrata libido, objawy somatyczne lęku, niepokój, poczucie winy, tendencje samobójcze. Pozostałe czynniki można scharakteryzować jako: „płytki sen i wczesne budzenie się”, „ubytek masy ciała i wgląd”, „spowolnienie” oraz „brak apetytu i zaburzenia zasypiania”. Gibbons i wsp. [13] na podstawie własnych wyników, jak i rezultatów innych podobnych badań sugerują, że zidentyfikowany przez nich „pierwszy czynnik” jest pewniejszym miernikiem nasilenia depresji niż wynik HDRS. W tej sytuacji posługiwanie się całkowitym wynikiem HDRS do oceny wyników

leczenia może prowadzić do błędnych wniosków. Interesujący jest fakt, że pomimo wielu krytycznych badań dotyczących skali HDRS (m.in. zwracano również uwagę na niewystarczającą rzetelność oceny niektórych pozycji testowych) skala ta jest nadal powszechnie stosowana. Zapewne ma to związek z faktem, że jest ona dobrze znana, łatwa w użyciu i przeprowadzono za jej pomocą ogromną liczbę badań. Tym bardziej należy zwrócić uwagę na fakt, że w niektórych przypadkach „pewność” uzyskanej w ten sposób wiedzy może być tylko pozorna.

Wracając do badań depresji w schizofrenii to stosowane są tutaj różne skale diagnostyczne. Oprócz wspomnianej HDRS, można wymienić skalę Montgomery-Asberg, Raskina, Carrola oraz różne metody ocen oparte na *Present State Examination*, system AMDP, kryteria DSM [1]. Wielość stosowanych narzędzi, jak też fakt, że niektórzy autorzy oceniali jedynie poszczególne objawy depresyjne, a inni cały zespół depresyjny, stwarza szereg trudności w porównywaniu wyników poszczególnych badań. Wątpliwość budzi także swobodne posługiwanie się narzędziem opracowanym dla jednej populacji pacjentów (np. pacjentów z rozpoznaniem depresji endogennej), w innej populacji (np. pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii). Autor HDRS przestrzegał przed używaniem jej w innych populacjach pacjentów niż ta, dla której została ona opracowana. Dalsze zastrzeżenia dotyczą specyficzności poszczególnych metod oceny depresji w schizofrenii. Wskazywano zwłaszcza na pokrywanie się niektórych ocen z objawami negatywnymi. Addington i wsp. [1] stwierdzili m.in., że błądność afektywna była jedynym objawem skali SANS (skala do oceny objawów negatywnych zaproponowana przez Andreasen), który nie korelował z depresją ocenianą HDRS oraz *Present State Examination*. Także inne opublikowane ostatnio prace sugerują, że wyniki HDRS w znaczącym stopniu korelują z objawami negatywnymi i pozytywnymi, a także objawami pozapiramidowymi [8, 12]. Ten stan rzeczy wskazuje na zapotrze-

bowanie na bardziej specyficzne narzędzie służące do oceny depresji w schizofrenii.

Niniejszy artykuł opisuje opracowaną przez Addingtona i wsp. [2,4–8] skalę Calgary (CDSS). Jest to jedyna skala specjalnie zaprojektowana i stworzona do oceny objawów depresyjnych w schizofrenii. W dalszej części tej pracy omówiono pokrótce ogólne zasady oceny przydatności skal badawczych i zaprezentowano poszczególne etapy tworzenia i weryfikacji skali Calgary: dobór poszczególnych punktów, badania rzetelności i trafności. Na koniec przedstawiono polską wersję CDSS.

ZASADY DOBORU POSZCZEGÓLNYCH POZYCJI DO SKALI

Pozycje (*items*) nowo tworzonej skali badawczej mogą pochodzić z różnych źródeł. Mogą one być wzięte z poprzednio istniejących skal, wynikać z obserwacji klinicznej jakiegoś zjawiska, odzwierciedlać opinię ekspertów lub subiektywne skargi zgłaszane przez pacjentów, opierać się na wynikach badań klinicznych, wreszcie mieć swoje źródło w jakiejś teorii. Przed włączeniem pozycji do skali należy ocenić, czy są one zrozumiałe, jednoznaczne, nie niosą ze sobą obraźliwych treści lub nie są sformułowane w sposób sugerujący „właściwą” odpowiedź. Należy także unikać włączenia takich pozycji, na które 95% pytanych osób odpowie „tak” (np. „czy Pani płakała przynajmniej raz w życiu?”) lub pozycji w przypadku których liczba możliwych odpowiedzi jest bardzo zawężona [24].

Dobór pozycji do skali Calgary

Poszczególne pozycje skali Calgary wybrano z dwóch istniejących skal: HDRS oraz skali grupującej objawy depresyjne z *Present State Examination* – PSE(D), w następujący sposób. Grupę 50 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii zgodnie z kryteriami DSM-III zbadano dwukrotnie: przy przyjęciu do szpitala, a następnie po 6 miesiącach, w okresie remisji. Za pomocą analizy czynnikowej zi-

dentyfikowano takie pozycje (objawy), które w obu momentach czasowych wyjaśniały największy odsetek wariacji przy ocenie depresji. Krok ten miał na celu wybór takich pozycji, które będą w największym stopniu różnicowały pacjentów z objawami i bez objawów depresji. Następnie oceniono spójność wewnętrzną metodą Cronbacha (alfa) i wyeliminowano pozycje, które zmniejszały rzetelność skali. W przypadkach wątpliwości (np. jeżeli dana pozycja pojawiała się jako istotna tylko w czasie pierwszego badania), kierowano się analizą „trafności fasadowej” (*face validity*) w oparciu o znaczenie kliniczne i teoretyczne danego objawu. W ten sposób wybrano 11 pozycji (5 z nich pochodziło z HDRS zaś 10 z PSE). Wśród punktów HDRS i PSE(D), które pokrywały się ze sobą (nastój depresyjny, ubytek masy ciała, poczucie winy, samobójstwo) w każdym przypadku pozostawiono punkty PSE ze względu na ich większą specyficzność. Spójność wewnętrzną nowej skali została porównana ze spójnością wewnętrzną skal HDRS i PSE(D) – była ona najwyższa w obu momentach czasowych [2]. W kolejnym badaniu na niezależnej grupie pacjentów stwierdzono, że dwie ze zidentyfikowanych wcześniej pozycji – urojenia winy oraz utrata wagi, mają niewystarczającą wariację (dla większości pacjentów ocena tych punktów wynosiła 0), ich obecność nie zwiększa spójności wewnętrznej skali, nie różnicują także obecności i nieobecności epizodu „dużej” depresji. Dlatego też zostały one usunięte ze skali [4, 6]. Ostatecznie zatem skala Calgary składa się z 9 punktów:

1. depresja
2. poczucie beznadziejności
3. zmniejszone poczucie własnej wartości
4. poczucie bycia obwinianym
5. patologiczna wina
6. poranna depresja
7. wczesne budzenie się
8. samobójstwo
9. depresja obserwowana

OCENA RZETELNOŚCI

Rzetelność jest miarą dokładności pomiaru dokonywanego za pomocą testu czy skali. Metody estymacji rzetelności testu psychologicznego opierają się na porównaniu dwukrotnych badań tym samym testem (*test-retest reliability*), porównywaniu alternatywnych form testu (*parallel-test method*), porównywaniu części tego samego testu (*split-half reliability*), analizie właściwości statystycznych pozycji testowych (*internal reliability*), analizie związku pozycji testowych z ogólnym wynikiem testu oraz badaniu stopnia zgodności sędziów kompetentnych oceniających odpowiedzi testowe. Pełne badanie rzetelności testu wymaga zastosowania kilku, uzupełniających się metod [11].

Oceniając rzetelność skali należy co najmniej ocenić spójność wewnętrzną (w przypadku metody Cronbacha należy unikać skal, w których współczynnik alfa wynosi $<0,70$) i zgodność wyników uzyskiwanych przez dwóch lub więcej niezależnych badaczy (*inter-rater reliability*, w żadnym wypadku nie powinna ona być mniejsza niż 0,60, a idealnie powinna wynosić co najmniej 0,80). Kolejna rzecz, na którą należy zwrócić uwagę, dotyczy grupy pacjentów, na której badano rzetelność. Jeżeli chce się użyć danego testu w innej grupie pacjentów (np. z innym rozpoznaniem, jak również z tym samym rozpoznaniem lecz znacznie różniącą się psychopatologią), to wówczas konieczne może okazać się przeprowadzenie odrębnej oceny rzetelności [24].

Rzetelność skali Calgary

Na podstawie istniejących ustrukturalizowanych wywiadów do PSE oraz HDRS opracowano ustrukturalizowany wywiad dla skali Calgary. Na podstawie dokładnego opisu każda z pozycji testowych może zostać oceniona od 0 (nieobecność objawu) do 3 (maksymalne nasilenie objawu) [4].

Badający ustalili zgodność między sobą w trakcie 10 wspólnych badań. W przypadku CDSS zgodność między badającymi mie-

rzona za pomocą metody *intra-class correlation* (ICC) wynosiła 0,895, zgodność pomiędzy badającymi odnośnie poszczególnych punktów wynosiła 86% [4].

W celu oceny rzetelności i trafności skali zbadano grupę 150 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii wg DSM-III-R. 50 pacjentów było hospitalizowanych, zaś 100 pacjentów było leczonych w ambulatorium. Średnia wieku wynosiła 43 lata, 59% stanowili mężczyźni, 59% badanych pacjentów była stanu wolnego. W badanej grupie liczba hospitalizacji wynosiła średnio 5,5. Kryteria „dużej” depresji spełniało 11 pacjentów hospitalizowanych i 2 pacjentów ambulatoryjnych (w sumie 8,7%). Współczynnik Cronbacha (alfa) wynosił 0,79 (0,78 w przypadku grupy pacjentów hospitalizowanych, 0,71 w przypadku grupy pacjentów ambulatoryjnych). Był on wyższy niż współczynnik alfa w przypadku HDRS, niższy zaś od współczynnika alfa kwestionariusza Becka. Jednakże w tym przypadku wysoki współczynnik Cronbacha jest związany z dużą liczbą pozycji kwestionariusza Becka [4].

W kolejnym badaniu 112 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii przyjętych kolejno do szpitala, z których 89 oceniono również po 3 miesiącach leczenia, współczynnik alfa Cronbacha wynosił od 0,82 (pierwsze badanie) do 0,86 (badanie po 3 miesiącach) [7].

OCENA TRAFNOŚCI

Jeżeli stwierdzimy dokładność pomiaru, kolejnym pytaniem jest „co tak naprawdę mierzy test”, czyli co można poprawnie wnioskować na podstawie wyniku testowego. Wyodrębnia się cztery podstawowe aspekty trafności: trafność kryterialną – diagnostyczną i prognostyczną (*concurrent validity* i *predictive validity*), trafność treściową (*content validity*) i trafność teoretyczną (*construct validity*). Natomiast tzw. „trafność fasadowa” (*face validity*) nie ma znaczenia dla psychometrycznych właściwości testu. Podobnie jak w przypadku oceny rzetel-

ności, należy upewnić się, że trafność testu została zbadana w adekwatnej populacji pacjentów [11, 24].

Diagnostyczną trafność kryterialną możemy ocenić porównując wyniki testu do testu będącego „złotym standardem”. Jeżeli taki istnieje to oczywiście sens tworzenia nowego testu musi zasadzać się w tym, że jest w jakiś sposób lepszy: tańszy, szybszy, prostszy w użyciu, mniej inwazyjny. W takim przypadku oczekujemy silnej korelacji $>0,80$ pomiędzy testami. Jeżeli nowy test ma być bardziej trafny od dotychczasowego „złotego standardu” dwa testy nie powinny ze sobą korelować ani za wysoko, ani zbyt nisko – poszukuje się korelacji w przedziale od 0,30 do 0,70. Korelacje w przypadku trafności prognostycznej (czyli w jakim stopniu na podstawie wyników testu daje się przewidzieć późniejsze pojawienie się np. jakiegoś zachowania) powinny wynosić co najmniej 0,60 dla celów badawczych i co najmniej 0,85, jeżeli na podstawie testu podejmuje się jakieś decyzje kliniczne. Jednakże w psychiatrii rzadko mamy do czynienia z sytuacją, w której dysponujemy „złotym standardem”, a badane zmienne, np. lęk, w odróżnieniu od takich zmiennych jak ciśnienie tętnicze czy też waga, nie podlegają bezpośredniemu pomiarowi. Zatem ustalenie trafności kryterialnej bywa często niemożliwe lub jest niewystarczające [24].

Trafność treściowa polega na tym, by ściśle zdefiniować badaną sferę zachowań i wykazać, że pozycje włączone do testu stanowią dla badanej sfery faktycznie próbę reprezentatywną [11].

Trafność teoretyczna pokazuje związek narzędzia pomiarowego z konstruktem teoretycznym zaczerpniętym z danej teorii. Ocena trafności teoretycznej testu wymaga wielu badań. Cronbach i Meehl zaproponowali pięć procedur ustalania trafności teoretycznej: analiza różnic międzygrupowych, analiza macierzy korelacji i analiza czynnikowa, analiza struktury wewnętrznej testu, analiza zmian nieprzypadkowych wyników testu, analiza procesu rozwiązywania testu [11].

Badania trafności skali Calgary

Addington i wsp. [4, 5] badali opisaną powyżej grupę 150 pacjentów za pomocą skali CDSS oraz HDRS, kwestionariusza Becka oraz skali BPRS(D) (wybrane objawy: depresja, poczucie winy, myśli samobójcze), określano również obecność epizodu „dużej” depresji wg DSM-III-R. Za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej testowano hipotezę, że skala będzie miała rozwiązanie jednoczynnikowe o względnie dużym ładunku wariancji. Wyniki otrzymane dla grupy pacjentów hospitalizowanych, grupy pacjentów ambulatoryjnych oraz całej grupy łącznie, potwierdziły testowaną hipotezę, że CDSS mierzy pojedynczy, jednolity wymiar. Wskazuje to na trafność teoretyczną skali.

Wysokie korelacje pomiędzy wynikami CDSS i wynikami innych skal stosowanych do oceny depresji oraz wynikami skal i obecnością epizodu „dużej” depresji stwierdzonego w oparciu o kryteria DSM-III-R (wszystkie współczynniki istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$) świadczą o trafności diagnostycznej skali [4, 6]. Należy jednak zaznaczyć, że na zwiększenie współczynnika korelacji pomiędzy poszczególnymi narzędziami mogło wpłynąć zastosowanie współczynnika korelacji Pearsona, zamiast bardziej właściwego w przypadku stosowanych skal współczynnika korelacji rang Kendalla oraz fakt, iż wszystkie skale były stosowane przez jednego badającego.

Ustalono również, że zarówno wynik całkowity, jak też wszystkie pozycje skali CDSS różnicowały obecność i nieobecność epizodu „dużej” depresji (w przypadku HDRS 14 z 17 pozycji skali, w przypadku kwestionariusza Becka tylko 11 z 21 pozycji) [4].

W celu dokonania oceny specyficzności skali Calgary zbadano grupę 150 pacjentów (50 hospitalizowanych, pozostali ambulatoryjni) za pomocą skal: CDSS, PANSS oraz Simpson-Angus (skali do oceny objawów pozapiramidowych) [7]. Jeden z badaczy oceniał pacjentów skalą CDSS, drugi zaś stosował pozostałe skale. Wyniki skali Calgary nie

wykazywały korelacji z wynikami pomiaru objawów pozapiramidowych w całej badanej grupie ani z wynikami pomiaru objawów negatywnych (PANSS-neg) u pacjentów ambulatoryjnych. Stwierdzono natomiast słabą korelację pomiędzy wynikami CDSS a wynikami objawów negatywnych u pacjentów hospitalizowanych (współczynnik Pearsona 0,33, $p < 0,05$). Badanie korelacji pomiędzy poszczególnymi objawami negatywnymi a całkowitym wynikiem CDSS w całej badanej grupie ($N = 150$) wykazało korelacje z objawami wycofania emocjonalnego oraz bierności/apatii (odpowiednio 0,30 i 0,33, $p < 0,001$), a także objawami bladego afektu i słabego porozumienia (odpowiednio 0,19 i 0,22, $p < 0,01$). Autorzy interpretowali wystąpienie tych korelacji jako wyraz wspólnego efektu zaostrzenia symptomatologii. Wykazali jednocześnie, że konfirmacyjna analiza czynnikowa poszczególnych pozycji wszystkich skal dała rozwiązanie trójczynnikowe przemawiające za tym, że CDSS, PANSS-neg i skala Simpson-Angus mierzą oddzielne konstrukty: wskaźnik jakości dopasowania (*goodness of fit index*) – 0,893, $\chi^2 = 244,17$, $p < 0,643$ (w tym przypadku gdyby χ^2 okazało się istotne statystycznie oznaczałoby to, że hipotetyczny model nie jest dobrze dopasowany i musi zostać odrzucony) [7]. Należy jednak zauważyć, że stosowany test jest silnie uzależniony od efektu wielkości próby osób badanych, która w tym przypadku była mniejsza od zalecanej liczby 200 osób [27].

Większą specyficzność CDSS potwierdził Collins i wsp. [12]. Porównali oni wyniki CDSS, HDRS, PANSS oraz „Skali oceny objawów pozapiramidowych” (ESRS – Chouinard & Ross-Chouinard). Badaną grupę stanowiło 37 pacjentów ambulatoryjnych z rozpoznaniem schizofrenii wg DSM-III-R, znajdujących się w stanie remisji. Średnia wieku wynosiła 32 lata, mężczyźni stanowili 75% badanych, średni czas trwania choroby wynosił 15 lat. Stwierdzono, że w przeciwieństwie do HDRS, CDSS nie korelowała z podskalą objawów negatywnych PANSS ani ze skalą ESRS. Mała

liczebność badanej grupy nakazuje ostrożność w uogólnianiu wyników tych badań.

Porównanie właściwości psychometrycznych CDSS i HDRS było przedmiotem innej pracy Addingtona i wsp., w której zbadano 112 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii wg DSM-III-R, kolejno przyjmowanych do szpitala [8]. Średnia wieku wynosiła 35 lat, mężczyźni stanowili 60% badanych, średnia liczba hospitalizacji wynosiła 5,6. Po 3 miesiącach ponownie udało się zbadać 89 pacjentów. W badaniu tym posłużono się techniką analizy głównych składowych (*principal components analysis*), która w przeciwieństwie do analizy czynnikowej nie uwzględnia struktury wariancji badanych zmiennych i nie zakłada redukcji liczby zmiennych wyjściowych. Jednakże zwykle tylko kilka pierwszych składowych wyjaśnia większość całkowitej wariancji zbioru i tylko te składowe są interpretowane [27]. Analiza CDSS wyodrębniła trzy, stabilne w czasie, główne składowe, tłumaczące ponad 65% całkowitej wariancji. W przypadku HDRS struktura czynnikowa była niestabilna, aż 7 czynników miało wartość własną (*eigenvalue*) przekraczającą 1, w sumie tłumaczyły one 65% wariancji. W badaniu po 3 miesiącach ładunek mniej niż połowy pozycji dotyczył tych samych czynników co w pierwszym badaniu. Czynniki skali Calgary nie korelowały z objawami pozytywnymi i negatywnymi PANSS, stwierdzono natomiast korelacje 3 czynników HDRS z objawami pozytywnymi w pierwszym badaniu. W drugim badaniu czynnik CDSS-2 (pozycja: poczucie bycia obwinianym, samobójstwo) korelował z objawami pozytywnymi (0,31, $p < 0,01$). Natomiast w przypadku skali HDRS całkowity wynik oraz 3 czynniki korelowały z objawami pozytywnymi, 3 czynniki korelowały również z objawami negatywnymi. W celu wyjaśnienia, jaki procent wariancji wyników objawów pozytywnych i negatywnych może być wyjaśniony przez poszczególne czynniki CDSS i HDRS posłużono się analizą wielokrotnej regresji. Czynniki CDSS wyjaśniały jedynie 9% wa-

riancji objawów pozytywnych w pierwszym i drugim badaniu. Czynniki HDRS wyjaśniały od 17% do 32% wariacji objawów pozytywnych i od 28% do 23% wariacji objawów negatywnych – a zatem HDRS okazała się znacznie mniej specyficzną miarą depresji w schizofrenii niż CDSS [8].

UŻYTECZNOŚĆ

Wprowadzie kryterium użyteczności (*utility*) nie wchodzi w skład właściwości psychometrycznych skali, jednakże powinno być brane pod uwagę. Nawet rzetelny i trafny test może być mało użyteczny jeżeli jego stosowanie wymaga długotrwałego treningu, wypełnienie zabiera 4 godziny, a obliczenie wyników wiąże się z kosztownym oprogramowaniem komputerowym. Użytkownik testu powinien zatem ocenić jak dużo czasu potrzeba na wypełnienie testu, ile czasu trzeba aby nauczyć się jak używać dany test i na czym polega obliczenie wyników testu [24].

Użyteczność skali Calgary

Użyteczność jest bez wątpienia mocną stroną CDSS. Skala jest prosta, składa się jedynie z 9 pozycji, jest łatwa w stosowaniu (badanie wraz z oceną zajmuje od 20 do 30 minut). CDSS można używać zarówno u pacjentów z zaostrzeniem psychozy, jak i pacjentów w okresie remisji, rozpiętość wyników od 0 do 27 sprawia, że skala jest czuła na zmiany.

Dodatkowe ułatwienie badania stanowi ustrukturalizowany wywiad i dokładny opis umożliwiający ocenę poszczególnych pozycji (wybitnie zwiększa to rzetelność wyników). Badacz posługujący się CDSS powinien mieć pewne doświadczenie z osobami chorymi na schizofrenię. Adekwatną zgodność uzyskiwanych wyników między badającymi (*inter-rater reliability*) można osiągnąć w trakcie 5–10 sesji treningowych, w zależności od doświadczenia badacza. Skala została przetłumaczona na szereg języków, m.in. francuski, hiszpański, duński, szwedzki, fiński oraz polski.

POLSKA WERSJA SKALI CALGARY

Po uzyskaniu zgody autorów (a jednocześnie właścicieli praw autorskich) Donalda i Jean Addingtonów, polska wersja CDSS została opracowana w III Klinice Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii przez zespół pod kierunkiem prof. M. Jaremy. Zgodnie ze stosowaną w takich przypadkach procedurą dokonano dwóch niezależnych tłumaczeń na język polski (T. Szafranski i T. Taflński), z których zestawiono pierwszą wersję skali. Przy tłumaczeniu stosowano zasadę jak największej wierności w stosunku do oryginału. Następnie dokonano tłumaczenia polskiej wersji na język angielski (*backward translation* – W. Szyszkowski), przesłano je do Calgary i uzyskano akceptację autora skali, który porównując tłumaczenie z oryginałem nie znalazł istotnych różnic. Ostateczną wersję (patrz aneks) ustalono po zbadaniu pierwszej grupy pacjentów. Nasze doświadczenia w stosowaniu CDSS są bardzo zachęcające [18, 25, 26]. Obecnie przygotowujemy do publikacji badania rzetelności i trafności polskiej wersji skali.

PODSUMOWANIE

Tendencja do obiektywizacji i standaryzacji metod badawczych w psychiatrii była krytykowana za to, że odbywa się kosztem utraty z pola widzenia niuansów klinicznych i diagnostycznych. Wydaje się jednak, że znacznie poważniejszym zagrożeniem jest sytuacja, w której mamy do czynienia tylko z pozorami „naukowości”, a „trafność fasadowa” zastępuje rzetelne badania. Na przykład fakt, że jakaś skala nazywa się „skalą do oceny objawów negatywnych” nie oznacza jeszcze, że to co mierzy jest w rzeczywistości objawami negatywnymi, a uzyskane wyniki są sensowne. Tym bardziej należy dążyć do ciągłego weryfikowania starych, a jeżeli zajdzie taka potrzeba, to konstruowania nowych, bardziej rzetelnych i trafnych narzędzi diagnostycznych i badawczych. Przykładem takiej próby jest skala Calgary. Celem jej

twórców było skonstruowanie narzędzia przeznaczonego specjalnie do oceny objawów depresyjnych w schizofrenii. Ustalanie rzetelności, a zwłaszcza trafności nowej skali jest procesem długotrwałym, więc trudno uznać je za zakończone na obecnym etapie. Na niektóre z wad dotychczasowych badań wskazywano powyżej. Właściwości psychometryczne skali wymagają potwierdzenia w kilku niezależnych ośrodkach (badania takie są zresztą prowadzone [10]). Można jednak stwierdzić, że już w tej chwili wyraźnie widać większą specyficzność skali Calgary w porównaniu ze skalą Hamiltona, która była dotychczas najczęściej stosowanym narzędziem do oceny depresji w schizofrenii. Skala Calgary jest jedyną skalą do oceny depresji opracowaną i zweryfikowaną w populacji pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i w niedługim czasie ma szansę stać się standardem w tej dziedzinie.

PODZIĘKOWANIE

Autorom skali Dr Donaldowi i Jean Addingtonom składam podziękowania za zgodę na przygotowanie jej polskiej wersji.

PIŚMIENICTWO

- Addington D., Addington J.: The assessment of depression in schizophrenia. W: Williams R., Dalby T. (red.): Depression in schizophrenics. Plenum, London 1989.
- Addington D., Addington J., Schissel B.: A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr. Res.* 1990, 3, 247–251.
- Addington D., Addington J.: Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992, 85, 288–291.
- Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E., Joyce J.: Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr. Res.* 1992, 6, 201–208.
- Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E.: Rating depression in schizophrenia. A comparison of a self-report and an observer report scale. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993, 181, 561–565.
- Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E.: Assessing depression in schizophrenia: The Calgary Depression Scale. *Br. J. Psychiatry* 1993, 163, suppl. 22, 39–44.
- Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E.: Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr. Res.* 1994, 11, 239–244.
- Addington D., Addington J., Atkinson M.: A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophr. Res.* 1996, 19, 205–212.
- Addington D., Addington J., Patten S.: Depression in first episode schizophrenia (w druku).
- Bernard D., Lancon Ch., Reine G., Auquier P., Jaquet I., Bougerol Th., Addington D.: Validity of Calgary depression scale for schizophrenia in a French language version. *Biol. Psychiatry* 1997, 42, 189S.
- Brzeziński J.: Metodologia badań psychologicznych. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1996.
- Collins A.A., Remington G., Coulter K., Birkett K.: Depression in schizophrenia: a comparison of three measures. *Schizophr. Res.* 1996, 20, 205–219.
- Gibbons R.D., Clark D.C., Kuper D.J.: Exactly what does Hamilton Depression Rating Scale measure? *J. Psychiatr. Res.* 1993, 27, 259–273.
- Harris E.C., Barraclough B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 1997, 170, 205–228.
- Jarema M.: Depresja w schizofrenii. Uwagi na temat możliwości stosowania fluoksetyny. *Psychiatr. Pol.* 1996, 30, 1, 75–86.
- Jarema M.: Depresja w schizofrenii. *MediPress Psychiatria-Neurologia* 1997, 1, 2–9.
- Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A.: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987, 13, 261–276.
- Koniecznyńska Z., Jarema M., Cikowska G.: Ocena skalą Calgary zespołów depresyjnych w przebiegu schizofrenii w subrejonowym oddziale dziennym. *Psychiatr. Pol.* (w druku).
- Lindenmayer J.P., Grochowski S., Hyman R.B.: Five-factor model of schizophrenia: replication across samples. *Schizophr. Res.* 1995, 14, 229–234.
- Lindstrom E., von Knorring L.: Changes in single symptoms and separate factors of the

- schizophrenic syndrome after treatment with risperidone or haloperidol. *Pharmacopsychiatry* 1994, 27, 108–113.
21. MacNaughton R.J.: Numbers, scales, and qualitative research. *Lancet* 1996, 347, 1099–1100.
 22. Pużyński S.: *Depresje*. PZWL, Warszawa 1988, 289–291.
 23. Siris S.G.: Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Schizophr. Bull.* 1991, 17, 75–98.
 24. Streiner D.L.: A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. *Canad. J. Psychiatry* 1993, 38, 140–148.
 25. Szafrąński T., Jarema M., Szaniawska-Bartnicka A., Waszkiewicz E.: Ocena objawów depresyjnych w trakcie leczenia neuroleptykami pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. *Psychiatr. Pol. Streszczenia Prac XXXVIII Zjazdu Psychiatryków Polskich*. Wrocław, 4–7 maja 1995, 161.
 26. Szafrąński T., Michałowska J.: Objawy depresyjne u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii hospitalizowanych w oddziale całodobowym i oddziale rehabilitacji. *Lęk i depresja* (w druku).
 27. Zakrzewska M.: Analiza czynnikowa w budowaniu i sprawdzaniu modeli psychologicznych. *Wyd. Nauk. UAM, Poznań* 1994.

*Adres: Dr Tomasz Szafrąński, III Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*

Aneks

CDSS Skala Calgary

Donald i Jean Addingtonowie

Calgary Depression Scale for Schizophrenia

(wersja F)

Instrukcja dla badającego:

Zadaj pierwsze pytanie tak jak zostało tutaj zapisane.

Wedle swojego uznania możesz użyć dodatkowych pytań sondujących i uściślających.

Jeśli nie zastrzeżono inaczej, to czas oceny odnosi się do ostatnich 2 tygodni.

UWAGA: Punkt 9 opiera się na obserwacji pacjenta w trakcie całego wywiadu.

(1) Depresja

Jak by Pan/i opisał/a swój nastrój w ciągu ostatnich 2 tygodni: czy był/a Pan/i ostatnio wesoły/a czy też smutny/a lub przygnębiony/a?

[Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni był/a Pan/i... (własne słowa) ...? Każdego dnia?].

0. *Nieobecna.*

1. *Łagodna* – objawia trochę smutku lub zniechęcenia odpowiadając na pytania.
2. *Umiarkowana* – wyraźnie obniżony nastrój trwający do tygodnia w ciągu ostatnich 2 tygodni, obecny każdego dnia.
3. *Ciężka* – wyraźnie obniżony nastrój każdego dnia przez więcej niż 1 tydzień, zakłócający normalną aktywność ruchową i funkcjonowanie społeczne.

(2) Beznadziejność

Jak widzi Pan/i swoją przyszłość?

[Czy widzi Pan/i jakąkolwiek przyszłość, czy też życie wygląda całkiem beznadziejnie? Podał/a się Pan/i czy wciąż widzi Pan/i jakieś powody aby dalej próbować?].

0. *Nieobecna.*

1. *Łagodna* – przemijające poczucie beznadziejności w ciągu ostatniego tygodnia, ale wciąż ma nadzieję na przyszłość.
2. *Umiarkowana* – stałe, umiarkowane nasilone uczucie beznadziejności w ciągu minionego tygodnia. Można przekonać pacjenta do przyznania, że możliwe są zmiany na lepsze.
3. *Ciężka* – utrzymujące się, uciążliwe, poczucie beznadziejności.

(3) Zmniejszone poczucie własnej wartości

Jaką ma Pan/i opinię o sobie w porównaniu z innymi ludźmi?

[Czy czuje się Pan/i lepszy/a, nie tak dobry/a lub mniej więcej taki/a sam/a jak większość? Czy czuje się Pan/i gorszy/a, a nawet bezwartościowy/a?].

0. *Nieobecne.*

1. *Łagodne* – pewne poczucie niższości, nie osiąga poziomu poczucia braku własnej wartości.
2. *Umiarkowane* – czuje się bezwartościowy/a, ale mniej niż przez 1 tydzień.
3. *Ciężkie* – czuje się bezwartościowy/a przez więcej niż 1 tydzień. Może jednak uznać swoją wartość, jeżeli zdarzy się coś, co zmieni jego zdanie o sobie.

(4) Poczucie bycia obwinionym

Czy ma Pan/i uczucie, że jest o coś obwiniany/a, a nawet niesłusznie oskarżany/a?

[O co? (Nie oceniać uzasadnionego obwiniania lub oskarżenia. Wykluczyć urojenia winy)].

0. *Nieobecne.*

1. *Łagodne* – osoba czuje się obwiniana, ale nie oskarżana przez mniej niż 1 tydzień.
2. *Umiarkowane* – utrzymujące się uczucie bycia obwinianym i/lub momentami uczucie bycia oskarżanym.
3. *Ciężkie* – utrzymujące się uczucie bycia oskarżanym. Sprowokowana przyznaje, że w rzeczywistości tak nie jest.

(5) Patologiczna wina

Czy ma Pan/i skłonność do obwiniania się o drobne rzeczy, które mógł/mogła zrobić Pan/i w przeszłości?

[Czy myśli Pan/i, że zasłużył/a, aby się tym martwić?].

0. *Nieobecna.*

1. *Łagodna* – czasami czuje się winny/a drobnych przewinień, ale przez mniej niż 1 tydzień.
2. *Umiarkowana* – zwykle (ponad tydzień) czuje się winny/a za działania w przeszłości, których znaczenie wyolbrzymia.
3. *Ciężka* – zwykle czuje się winny/a za wszystko co poszło źle, nawet jeśli to nie jego/jej wina.

(6) Poranna depresja

Kiedy w ciągu ostatnich 2 tygodni czuł/a się Pan/i przygnębiony/a, czy zauważyła Pan/i, że przygnębienie jest większe o jakiejś szczególnej porze dnia?

0. *Nieobecna* – bez przygnębienia.

1. *Łagodna* – przygnębienie obecne, ale bez zmian w ciągu dnia.

2. *Umiarkowana* – spontanicznie oznajmia, że przygnębienie jest większe w godzinach porannych.

3. *Ciężka* – przygnębienie wyraźnie gorsze rano, z upośledzonym funkcjonowaniem, które poprawia się po południu.

(7) Wczesne budzenie się

Czy budzi się Pan/i rano wcześniej niż zwykle?

[Ile razy w tygodniu to się zdarza?].

0. *Nieobecne* – bez wczesnego budzenia się.

1. *Łagodne* – o czasie do czasu (do 2 razy w tygodniu) budzi się godzinę lub wcześniej przed normalnym czasem przebudzenia lub dzwonkiem budzika.

2. *Umiarkowane* – często budzi się wcześniej (do 5 razy w tygodniu) godzinę lub wcześniej przed normalnym czasem przebudzenia lub dzwonkiem budzika.

3. *Ciężkie* – codziennie budzi się godzinę lub wcześniej przed normalnym czasem.

(8) Samobójstwo

Czy czuł/a Pan/i, że nie warto żyć?

[Czy czuł/a Pan/i kiedyś, że chce z tym wszystkim skończyć?

Czy myślał/a Pan/i, w jaki sposób można to zrobić?

Czy próbował/a Pan/i?].

0. *Nieobecne*.

1. *Łagodne* – częste myśli, że lepiej byłoby umrzeć lub czasami myśli o samobójstwie.

2. *Umiarkowane* – dokładnie przemyślane samobójstwo, zaplanowane, ale bez próby samobójczej.

3. *Ciężkie* – próba samobójcza mająca zakończyć się śmiercią (nieudana dzięki np. przypadkowemu odkryciu lub nieskutecznym środkom).

(9) Depresja obserwowana

Ocena badającego oparta o obserwację pacjenta w czasie wywiadu. Pytanie „Czy chce się Panu/i płakać” użyte w odpowiednich miejscach w czasie wywiadu może ujawnić informacje użyteczne dla obserwacji.

0. *Nieobecna*.

1. *Łagodna* – smutek i przygnębienie nawet podczas poruszania obojętnych uczuciowo faktów.

2. *Umiarkowana* – wygląda smutno i sprawia wrażenie przygnębionego/przygnębionej w trakcie wywiadu, mówi ponurym, monotonnym głosem i jest momentami bliski/a łez lub płacze.

3. *Ciężka* – dławi się mówiąc o smutnych tematach, często głęboko wzdycha i płacze lub jest w ciągłym stanie obezwładniającego nieszczęścia.