

Ocena i samoocena depresji: porównanie^{*)}

Rating and self-rating of depression: comparison.

JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *W celu porównania wartości oszacowania depresji opartego na jej ocenie przez klinicystę i samoocenie przez pacjentów, 100 hospitalizowanych pacjentów z endogennymi zespołami depresyjnymi (w przebiegu chorób afektywnych i schizofrenii) zbadano przy pomocy analogicznych wersji narzędzia przeznaczonego do oceny klinicznej (kKOD) i samooceny (kSOD) depresji. Składały się one z 18 skal szacujących nasilenie podstawowych objawów tego zespołu. Analizowano różnice i korelacje między oceną i samooceną poszczególnych objawów i ich zespołu oraz strukturę czynnikową obu rodzajów oszacowań. Wyniki sugerują, że porównywane metody mają charakter komplementarny, a o ich przydatności rozstrzygać może cel, do którego zostaną użyte.*

Słowa kluczowe: depresja - skale oceny - skale samooceny

Stosowanie skal oceniających profil psychopatologiczny lub nasilenie depresji z punktu widzenia zewnętrznego obserwatora (tj. kliniczna ocena depresji, KOD) zyskało sobie w ostatnich 20-30 latach ustaloną pozycję w badaniach klinicznych i farmakologicznych nad chorobami afektywnymi (Bech 1983, Bojanowski i Tölle 1971, Sartorius i Ban 1986, Maier i wsp. 1988). Wykorzystanie do takich celów skal odzwierciedlających punkt widzenia samych przeżywających depresję pacjentów (tj. samooceny depresji, SOD) wzbudza natomiast różne wątpliwości. Wynikają one przede wszystkim z niepewności co do zdolności chorych do krytycznej oceny swego stanu psychicznego.

Powątpiewający w sensowność wykorzystywania SOD w badaniach i praktyce klinicznej uzasadniają swój pogląd wynikami badań (np. Bech 1981, Carrol i wsp. 1973, Paykel i wsp. 1973, Paykel i Norton 1986, Prossof i wsp. 1972) wskazującymi na zróżnicowane, lecz częściej niezbyt wysokie korelacje między oceną i samooceną różnych objawów depresji (w granicach: $0,15 < r < 0,70$), jak też między globalną

lub sumaryczną oceną i samooceną zespołów depresyjnych (w granicach: $0,27 < r < 0,75$). Badania wskazują też na zależność tych korelacji od nasilenia depresji (głębsza depresja - niższa korelacja).

Z drugiej strony podkreśla się, że rozbieżności między oceną i samooceną depresji wskazują raczej na dopełniający się ich charakter niż na wyższość którejkolwiek. KOD bazuje na wskaźnikach behawioralnych i interpersonalnych a tylko pośrednio na wskaźnikach związanych z subiektywnym przeżywaniem depresji, w odniesieniu do którego samoocena może być bardziej miarodajna niż ocena. Badania sugerują, że mimo rozbieżności między KOD a SOD, samooceny uzyskiwane przy pomocy różnych skal mogą być wystarczająco rzetelne, porównywalne, a nawet - wzajemnie wymienialne (Plutchik i van Praag 1987).

W badaniach porównujących SOD i KOD wykorzystywano narzędzia o różnym, lecz na ogół niezbyt dużym stopniu analogii konstrukcji, najczęściej skalę Hamiltona (Hamilton 1960) jako miarę KOD i skalę Zunga (Zung

*) poprawiona wersja doniesienia wygłoszonego na Konferencji Jubileuszowej w Szpitalu w Tworkach, we wrześniu 1991 r.

1965) lub Becka (Beck i wsp.1961) jako miarę SOD. Wiąże się to z ryzykiem wnioskowania na podstawie porównań, których wyniki są pochodną innych czynników niż tylko właściwości oceny i samooceny depresji. Stąd wynikł pomysł badań porównawczych wykorzystujących narzędzia o dużym stopniu analogii konstrukcji.

CEL BADANIA

Celem badania było porównanie profili psychopatologicznych zespołów depresyjnych uzyskiwanych przy pomocy kwestionariuszy oceny i samooceny depresji oraz wskazanie korelacji zachodzących między oszacowaniami nasilenia poszczególnych objawów i całości zespołu.

BADANI PACJENCI

Badaniem objęto 100 chorych hospitalizowanych z powodu depresji endogennej w przebiegu chorób afektywnych lub schizofrenii. Jako

depresję schizofreniczną traktowano zespoły, w których aktualnym obrazie objawy depresyjne dominowały lub też ten obraz wyczerpywały. Bliższą charakterystykę badanych zestawiono poniżej.

METODY

Kwestionariusz Klinicznej Oceny Depresji (kKOD) składał się z 18 skal porządkowych szacujących nasilenie tyłuż objawów zespołu depresyjnego. Wykorzystano skale pięciostopniowe, których przedziały zdefiniowano ogólnie: 0 - brak objawów, 1 - objaw nasilony nieznacznie, 2 - umiarkowanie, 3 - znacznie, 4 - skrajnie. Zsumowana wartość oszacowań poszczególnych objawów (KSUM) korelowała bardzo wysoko ($r=0,91$) z globalną oceną nasilenia depresji dokonywaną przez autora przy pomocy pojedynczej, analogicznie zdefiniowanej skali porządkowej i nieco niżej ($r=0,64$) - z oceną globalną dokonaną przez lekarzy leczących poszczególnych pacjentów. Osobą wypełniającą

Płeć:	kobiety	60%
	mężczyźni	40%
Dekada życia:	modalna	5
	mediana	5
	rozpiętość	2-8
Wykształcenie:	podstawowe	45%
	średnie	33%
	wyższe	21%
Typ depresji:	fazowa (bez manii w wywiadzie)	45%
	cykliczna (mania/hypomania w wywiadzie)	27%
	schizofreniczna	28%
Faza depresji:	pierwsza	18%
	2-3	37%
	kolejna, dalsza	45%
Faz manii w wywiadzie:	brak	64%
	1-3	27%
	więcej	9%
Tydzień hospitalizacji:	1-4	47%
	5-16	44%
	dalszy	9%
Typ oddziału szpitalnego:	subrejonowy szpitalny (Tworki)	40%
	subrejonowy kliniczny (IPiN)	20%
	profilowany kliniczny (IPiN, AM Poznań)	40%

kKOD był autor, co miało zapewnić jednolitość układu odniesienia w ocenie i, tym samym, zmniejszyć liczbę możliwych źródeł zróżnicowania jej wyników. Wybrane objawy (p. zestawienie w tabl. 1) reprezentowały w zamierzeniu najbardziej typowe składniki depresji, przy czym wybór podyktowany był również możliwością sformułowania analogicznej formy skali samooceny.

Kwestionariusz Samooceny Depresji (kSOD) skonstruowany był z 18 zdań niedokończonych, charakteryzujących poszczególne objawy depresyjne (p. aneks). Dokończenia tych zdań stanowiły krańce skal szacujących ich nasilenie. Skale przedstawione były w postaci tzw. analogii wizualnej, tj. linii podzielonej na 5 równych odcinków. Zdefiniowane były tylko skrajne pozycje skal. Instrukcja polecała chorym postawienie krzyżyka nad odcinkiem opisującym w sposób najbardziej odpowiedni ich aktualną ocenę danego objawu przez odniesienie do tych właśnie skrajnych pozycji. Przedziały skal ustawione były w tym samym kierunku tak, by intencja pomiaru była jak najbardziej czytelna. Kolejność wypełniania była taka sama jak w przypadku kKOD.

Procedura. Podstawą do wypełnienia kKOD było badanie stanu psychicznego dokonywane w czasie 1-2 godzinnej rozmowy z chorymi przy okazji badania ich postaw wobec środowiska szpitalnego (Wciórka 1983). Badanie prowadzono w godzinach przedpołudniowych. kSOD pacjenci wypełniali w trakcie tej rozmowy, w zasadzie samodzielnie. Niektórzy wymagali dodatkowych (tj. poza przeczytaną instrukcją) wyjaśnień albo zachęty przed przystąpieniem do wykonania zadania lub w czasie jego trwania.

WYNIKI

Profil psychopatologiczny

Porównanie średnich ocen i samoocen poszczególnych objawów dowodzi, iż profile oceny i samooceny depresji były bardzo podobne (tabl. 1). Statystycznie istotne różnice występowały w obrębie objawów związanych ze spad-

kiem napędu oraz w przypadku lęku, niepokoju, naporu myśli depresyjnych, samooceny i poczucia niewydolności psychicznej. Istotna zbieżność średnich ocen cechowała większość objawów somatycznych oraz tendencje samobójcze, niektóre oceny depresyjne i nastroj. W odniesieniu do większości porównywanych objawów ich średnie oszacowania przez pacjentów okazały się wyższe lub równe w porównaniu z oszacowaniami dokonanymi przez zewnętrznego obserwatora. Znalazło to swoje odbicie w różnicy sumarycznych wartości oceny i samooceny, która okazała się statystycznie istotna (wyższa była samoocena).

Interkorelacje nasilenia objawów i całego zespołu

Porównanie korelacji (r) oceny i samooceny poszczególnych objawów wskazuje (tabl. 2), że była ona wysoka w przypadku tendencji samobójczych (0,80). Większość pozostałych objawów (w tym: somatyczne i oceny depresyjne) korelowała umiarkowanie, tj. w granicach 0,50-0,70. W przypadku objawów związanych z obniżeniem napędu korelacje były raczej niskie (0,25-0,42). Wartość liczbowa korelacji mierzonych współczynnikami Pearsona (r) była nieco wyższa niż wartość obliczona przy pomocy rangowego współczynnika Kendalla (τ_B), który jest może bardziej właściwy ze statystycznego punktu widzenia. Fakt ten ma jednak dla dalszej analizy mniejsze znaczenie, jako że przedmiotem zainteresowania są tu raczej względne niż bezwzględne wartości współczynników.

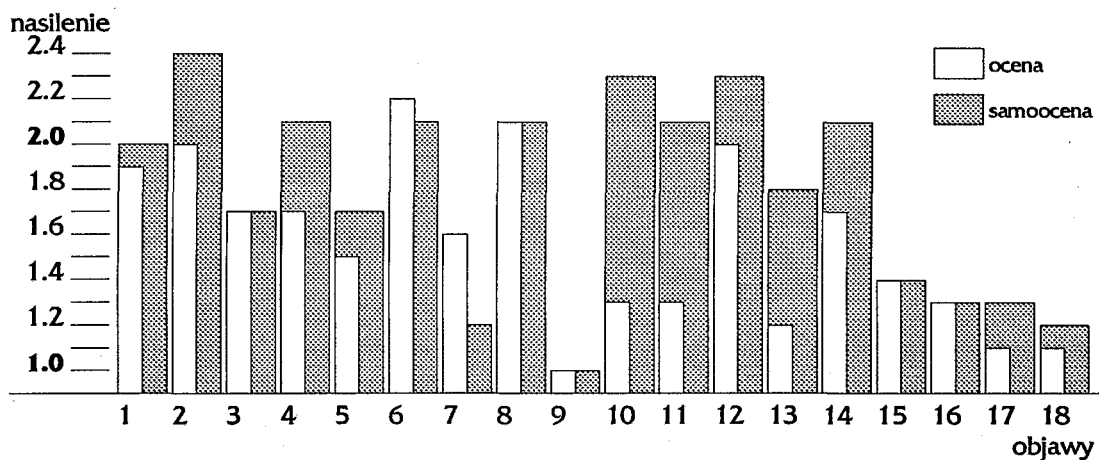
Sumaryczne wyniki obu skal (kKOD, kSOD) czyli ocena i samoocena zespołu depresyjnego korelowały ze sobą względnie wysoko w porównaniu z interkorelacjami poszczególnych objawów ($\tau_B=0,55$, $r=0,75$).

Interkorelacje objawów i zespołu w zależności od nasilenia depresji

Jeżeli za trafną miarę nasilenia depresji u badanych przyjąć jej oszacowanie globalne dokonane przez autora (por. Wciórka 1988), to można zbadać interkorelacje oceny i samooceny nasilenia poszczególnych objawów i ich wartości

Tablica 1. Średnie nasilenie poszczególnych objawów w badanej grupie chorych (N=100) według ich oceny i samooceny. Test różnicy średnich (t Studenta), pary skorelowane.

Objawy:	KOD	SOD	test
1. nastrój	1,9	2,0	ns
2. poczucie niewydolności psychicznej	2,0	2,4	***
3. poczucie niewydolności somatycznej	1,7	1,7	ns
4. myśli depresyjne (napór)	1,7	2,1	***
5. poczucie winy (ocena przeszłości)	1,5	1,7	ns
6. pesymizm (ocena przyszłości)	2,2	2,1	ns
7. niska samoocena	1,6	1,2	***
8. spadek zainteresowań	2,1	2,1	ns
9. tendencje samobójcze	1,0	1,0	ns
10. spowolnienie (ruchowe)	1,3	2,3	***
11. niezdecydowanie	1,3	2,1	***
12. zahamowanie (psychiczne)	2,0	2,3	*
13. lęk	1,2	1,8	***
14. niepokój	1,7	2,1	**
15. dolegliwości bólowe	1,4	1,4	ns
16. wczesne budzenie się	1,3	1,3	ns
17. utrudnione zasypianie	1,1	1,3	**
18. spadek łaknienia	1,1	1,2	ns
sumarycznie	27,9	32,0	**



- poziom istotności: ns nieistotne, * p<0,05, ** p<0,01,*** p<0,001

Tablica 2. Współczynniki korelacji Pearsona (r) oraz Kendalla (τ_B) między poszczególnymi objawami a sumaryczną wartością ich oceny (KOD) i samooceny (SOD)

Objawy:	Współczynniki	
	τ_B	r
tendencje samobójcze	0,73	0,80
wczesne budzenie się	0,58	0,69
myśli depresyjne (napór)	0,58	0,67
utrudnione zasypianie	0,55	0,64
spadek łaknienia	0,54	0,59
spadek zainteresowań	0,53	0,59
dolegliwości bólowe	0,51	0,60
niska samoocena	0,49	0,59
niepokój	0,49	0,56
poczucie niewydolności psychicznej	0,48	0,57
poczucie niewydolności somatycznej	0,46	0,53
lęk	0,45	0,52
poczucie winy	0,45	0,55
pesymizm	0,43	0,51
nastrój	0,40	0,50
zahamowanie	0,34	0,42
spowolnienie	0,27	0,35
niezdecydowanie	0,20!	0,25!
sumarycznie	0,55	0,75

- ! istotne na poziomie $p < 0,01$, pozostałe współczynniki istotne na poziomie $p < 0,001$.

sumarycznej w grupach chorych o różnym nasileniu depresji utworzonych stosownie do wartości oszacowania globalnego, tj. w grupach o niewielkim, umiarkowanym lub znacznym jej nasileniu (tabl. 3).

Okazało się, że w przypadku większości objawów, podobnie jak w przypadku wartości sumarycznych, interkorelacje w grupie chorych głębiej depresyjnych były wyraźnie niższe niż w grupie o niewielkim nasileniu depresji. Było to szczególnie wyraźne w odniesieniu do interkorelacji oceny i samooceny obniżonego nastroju, i napędu. Jednak w przypadku niektórych objawów interkorelacje w głębokiej depresji były na poziomie porównywalnym lub nawet wyższym niż charakterystyczny dla depresji lekkiej. Dotyczyło to większości objawów somatycznych oraz niektórych ocen depresyjnych (po-

czucie niewydolności, pesymizm, tendencje samobójcze).

Struktura czynnikowa

Analizę czynnikową KOD i SOD prowadzono taką samą metodą. Czynniki ekstrahowano metodą zasadniczych komponentów przy tej samej wartości kryterialnej ($\text{eigenvalue}=1$). Pierwotne rozwiązanie rotowano ortogonalnie wg procedury Varimax dla uzyskania w kolejnych przybliżeniach rozwiązania o najostrej zarysowanych granicach czynników.

Analiza klinicznej oceny depresji (rys.1) wskazała na 3 czynniki wyczerpujące w sumie 64,5% obserwowanego zróżnicowania. Dwa objawy (nastrój, zainteresowania) korelowały podobnie z 2 czynnikami ("ocena", "zahamowanie"). Sumaryczna ocena depresji korelowała

Rysunek 1. Struktura czynnikowa oceny depresji.

1. OCENA	(48,6%)		
myśli depresyjne	0,74		
poczucie winy	0,75		
pesymizm	0,59		
niska samoocena	0,66		
tendencje samobójcze	0,75		
lęk	0,68		
nastój			
spadek zainteresowań			
2. SOMATYKA	(8,3%)		
dolegliwości bólowe	0,72		
wczesne budzenie	0,81		
utrudnione zasypianie	0,54		
niewydolność somatyczna	0,68		
niewydolność psychiczna	0,52		
spadek łaknienia	0,64		
niepokój	0,63		
3. ZAHAMOWANIE	(7,6%)		
spowolnienie	0,88		
zahamowanie	0,72		
niezdecydowanie	0,70		

liczba przy nazwie czynnika - % wyjaśnionego zróżnicowania
 liczba przy nazwie objawu - jego korelacja(r) z czynnikiem

Tablica 3. Korelacje (r) między oceną a samooceną nasilenia poszczególnych objawów i wartości sumarycznej w grupach o różnym nasileniu depresji wg globalnego oszacowania dokonanego przez autora.

Objawy:	Globalne nasilenie depresji		
	niewielkie (N=19)	umiarkowane (N=38)	znaczne (N=40)
tendencje samobójcze	0,67***	0,66***	0,84***
wczesne budzenie się	0,58**	0,50**	0,67**
myśli depresyjne (napór)	0,45	0,64**	0,31
utrudnienie zasypiania	0,53**	0,49**	0,54***
spadek łaknienia	0,79***	0,36	0,42**
spadek zainteresowań	0,61**	0,32	0,21
dolegliwości bólowe	0,54**	0,51**	0,55**
niska samoocena	0,63**	0,42**	0,44**
niepokój	0,45	0,34	0,29
p. niewydolności psychicznej	0,22	0,21	0,46**
p. niewydolności somatycznej	0,37	0,23	0,43**
lęk	0,81***	0,20	0,47**
poczucie winy	0,75***	0,40**	0,43**
pesymizm	0,25	0,21	0,46**
nastój	0,23	0,04	0,05
zahamowanie	0,28	0,21	- 0,05
spowolnienie	0,37	0,31	0,01
niezdecydowanie	0,43	0,02	- 0,27
sumarycznie	0,70***	0,34	0,28

- poziom istotności: ** p<0,01, *** p<0,001

Rysunek 2. Struktura czynnikowa samooceny depresji.

1. ZAHAMOWANIE (42%) spowolnienie 0,81 zahamowanie 0,73 niezdecydowanie 0,76 spadek zainteres. 0,63 -		2. OCENA (8,3%) myśli depresyjne 0,60 poczucie winy 0,67 pesymizm 0,65 niska samoocena 0,53 tend. samobójcze 0,71	
poczucie niewydolności psychicznej			
3. SOMATYKA (7,8%) nastrój 0,57 p. niewydol.somat. 0,64 wczesne budzenie 0,77 utrud. zasypianie 0,68 spadek łaknienia 0,72		4. LĘK (6,1%) lęk 0,80 niepokój 0,65 dolegliwości bólowe 0,71	

- liczba przy nazwie czynnika - % wyjaśnionego zróżnicowania

- liczba przy nazwie objawu - jego korelacja(r) z czynnikiem

(r) najsilniej z sumaryczną oceną objawów wchodzących w skład czynnika "somatyka" (0,91), ale również dość wysoko z objawami tworzącymi czynniki "ocena" (0,86) oraz "zahamowanie" (0,74).

Analiza samooceny depresji (rys.2) wskazała na 4 czynniki wyczerpujące łącznie 64,2% obser-

wowanej wariacji. Poza czynnikami pozostał jeden objaw (poczucie niewydolności psychicznej), który korelował porównywalnie wysoko zarówno z czynnikiem "zahamowanie", jak i z czynnikiem "somatyka". Sumaryczna wartość samooceny depresji korelowała prawie jednako- wo wysoko z sumaryczną wartością objawów

Tablica 4. Korelacje (r) pomiędzy czynnikami (tj. sumarycznymi wartościami tworzącymi je objawów) oraz sumarycznymi wartościami całego zespołu objawów - na podstawie klinicznej oceny (KOD) i samooceny depresji (SOD).

Samoocena depresji	Kliniczna ocena depresji			sumarycznie
	"zahamowanie"	czynniki: "ocena"	"somatyka"	
czynniki:				
"zahamowanie"	0,44**	0,62**	0,50**	0,63**
"ocena"	0,26*	0,73**	0,41**	0,58**
"somatyka"	0,32**	0,58**	0,72**	0,68**
"lęk"	0,15	0,57**	0,48**	0,52**
sumarycznie	0,38**	0,77**	0,66**	0,75**

-poziom istotności: * p<0,01, ** p<0,001

tworzących czynniki: "zahamowanie" (0,84), "ocena" (0,85) i "somytyka" (0,83), a nieco słabiej z objawami wchodzącymi w skład czynnika "lęk" (0,70), który wyodrębniono tylko w analizie SOD.

Porównanie struktur czynnikowych oceny i samooceny depresji wskazuje na pewne podobieństwa i różnice. W obu przypadkach ujawniono czynniki "ocena", "zahamowanie" i "somytyka". Podstawowa różnica - to wyodrębnienie w analizie samooceny czynnika "lęk". Jedynie czynniki (tj. sumaryczne wartości tworzących je objawów) "ocena" i "somytyka" wykazywały wysokie interkorelacje (0,72-0,73) między oceną i samooceną (tabl. 4). Ocena "zahamowania" natomiast korelowała względnie słabo z samooceną "zahamowania" (0,44). Samoocena "zahamowania" korelowała dość silnie z kliniczną oceną czynnika "ocena" (0,62). Czynniki "lęk" wyodrębniony tylko w zakresie samooceny korelował najsilniej również z klinicznym oszacowaniem "oceny" (0,57).

Sumaryczne wartości KOD korelowały umiarkowanie wysoko z poszczególnymi czynnikami samooceny (0,52-0,68), natomiast sumaryczna samoocena depresji korelowała szczególnie wysoko z klinicznym oszacowaniem "oceny" (0,77) i "somytyki" (0,66), słabiej z "zahamowaniem".

Tak więc porównanie struktury czynnikowej oceny i samooceny dowodzi, że największe rozbieżności zachodzą między oszacowaniami objawów związanych z zahamowaniem i lękiem. Objawy związane z ocenami depresyjnymi (tzw. "światopogląd depresyjny") oraz objawy somatyczne oceniane były w sposób bardziej zbieżny.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Ocena i samoocena nasilenia zespołu depresyjnego. Korelacje sumarycznych wartości oceny i samooceny depresji okazały się raczej wysokie. Pozwalałoby to traktować oba oszacowania nasilenia depresji (zespołu depresyjnego) jako metody dostarczające porównywalnych wyników, gdyby nie fakt znaczącego obniżania się tej korelacji wraz z pogłębieniem się szacowanej depresji. Podobne zależności stwierdzano w wielu badaniach (por. Paykel i Norton 1986).

Znaczne różnice korelacji między samooceną a oceną kliniczną uzyskiwane w badaniach różnych autorów łatwiej jest wyjaśnić odmiennością badanych grup chorych (lżej lub głębiej depresyjnych, badanych przed leczeniem lub po nim) niż innymi przyczynami (Plutchik i van Praag 1987). Taki stan rzeczy może prowadzić do dwojakiego rodzaju wniosków: albo samoocena nie dostarcza wartościowego (tzn. trafnego, rzetelnego, przydatnego) oszacowania zespołu depresyjnego, gdy jej nasilenie jest znaczniejsze, albo dostarcza wartościowych informacji, lecz mają one charakter odmienny od tych, których dostarcza ocena klinicysty.

Ocena rzetelności nie była tu przedmiotem badań. Naświetlają ją natomiast obszernie badania Plutchik i van Praaga (1987), potwierdzające rzetelność samooceny na podstawie porównania wyników uzyskiwanych przy pomocy pięciu takich narzędzi. Sprawa trafności i przydatności wymaga wnikięcia w analizę samooceny i oceny poszczególnych objawów zespołu depresyjnego.

Ocena i samoocena nasilenia objawów depresyjnych. Przedstawione tu analizy sugerują, że wśród porównywanych objawów były co najmniej dwie, różnie zachowujące się ich grupy. Pierwszą stanowiły objawy somatyczne depresji - cechowały się brakiem istotnych różnic i raczej wysokimi korelacjami między samooceną i oceną oraz wyraźną niezależnością tych korelacji od nasilenia depresji. Drugą grupę tworzyły objawy zaburzeń napędu oraz lęk i niepokój. Cechowały się znacznymi różnicami i niezbyt wysokimi korelacjami oceny i samooceny oraz wyraźną zależnością od nasilenia depresji. Objawy somatyczne szacowane są na podstawie prostych, łatwo komunikowalnych i sprawdzalnych wskaźników, co wyjaśnia większą zbieżność samooceny i oceny klinicysty. Druga z wymienionych grup obejmuje objawy bardziej subiektywne, których istotna treść zawiera w sobie pewną introspekcję i bywa trudna do zwerbalizowania, a jej pozawerbalne wskaźniki nie zawsze są łatwe do odczytania. Zrozumiałe więc, że klinicyście i pacjentowi trudniej uzyskać w odniesieniu do nich zbliżone oszacowanie.

Np. niezdecydowanie może być przeżywane przez chorego bardzo dokuczliwie i nieść z sobą szereg poważnych, dalszych następstw, podczas gdy dla klinicysty jego zewnętrzne rozmiary mogą nie być uderzające. Chory może, na przykład, dość sprawnie wypełniać kwestionariusz, mało jednak będziemy wiedzieć o przeżywanych przy tym przezeń trudnościach. Jak sugerują przedstawione wyniki chorzy skłonni byli szacować nasilenie przeżywanych objawów (zwłaszcza tych z drugiej grupy) wyżej niż czynił to ich zewnętrzny obserwator (klinicysta).

Mniej konsekwentnie zachowywały się w analizach objawy dotyczące ocen depresyjnych, które można uważać za poznawczą reprezentację obniżonego nastroju. Niektóre z nich zbliżyły się do cech charakterystycznych dla objawów somatycznych, inne - do cech bliskich zaburzeniom napędu, lękowi i niepokojowi. Sądzę, że wyjaśnienia można również szukać w rodzaju wskaźników, na których opiera się ich samoocena i ocena. Mogą nimi być wyłącznie lub prawie wyłącznie wypowiedzi chorych lub ich zachowania (np. tendencje samobójcze, poczucie niewydolności) lub też, obok nich, inne jeszcze wskaźniki (jak np. wyraz twarzy, gesty, niejasne wypowiedzi lub milczenie), których ocena kliniczna zawiera pewną mniej lub bardziej prawdopodobną interpretację subiektywnych doznań pacjenta (np. w przypadku poczucia winy, spadku zainteresowań, obniżenia samooceny). Sprzyja to większej zbieżności oceny i samooceny objawów w pierwszym przypadku, a ich rozbieżności - w drugim.

Tak więc rozbieżności oceny i samooceny objawów depresji wynikałyby raczej z odmienności dostępnych klinicyście i pacjentowi przesłanek oszacowania niż z generalnej niezdolności chorych do takiego szacowania (braku krytycyzmu). Inaczej mówiąc, klinicysta i pacjent oceniają nieco inną rzeczywistość (klinicysta intersubiektywną, a pacjent - subiektywną) i czynią to w innym celu (klinicysta np. dla wyboru terapii, a pacjent - np. dla zachowania szacunku dla siebie). W podobny sposób skłonni są interpretować wyniki swoich badań inni autorzy (np. Plutchik i van Praag 1987, Maier i wsp. 1988,

Paykel i Norton 1986). Jeszcze inni poprzestają na konstatacji nieprzydatności samooceny jako metody szacowania nasilenia depresji dla celów klinicznych, wskazując jednak na jej przydatność jako metody ujawniania pewnych objawów i szacowania stopnia poprawy (Carrol i wsp. 1973, Paykel i wsp. 1973, Prusoff i wsp. 1972).

Struktura czynnikowa oceny i samooceny depresji. Uzyskane informacje dowodzą, że zasadnicza struktura szacowania, jakim posługują się klinicysta i pacjent jest podobna. Pominąwszy drobne różnice w składzie wyodrębnionych czynników, trzy z nich okazały się wspólne i nawiązujące do znanych wymiarów klinicznych depresji (oceny depresyjne - zahamowanie - somatyka). Fakt ten sugeruje, iż samoocena jest w jakimś stopniu trafnym odpowiednikiem oceny klinicznej.

Odmienność struktury samooceny depresji polegała przede wszystkim na wyodrębnieniu dodatkowego czynnika ("lęk") oraz na słabych korelacjach pomiędzy samooceną a oceną czynnika "zahamowanie". Wydaje się, że w odmienności tej przejawiają się analizowane już właściwości oceniania i samooceny poszczególnych objawów depresyjnych. Struktura samooceny byłaby, w świetle uzyskanych wyników, bardziej rozbudowana i oparta na innym (bardziej subiektywnym czy introspektywnym) układzie odniesienia, zwłaszcza wobec objawów "zahamowania" i "lęku". Bliższa analiza zwraca uwagę na nieprzypadkowość i sensowność odmienności strukturalnej samooceny. "Zahamowanie" było w niej pierwszym czynnikiem o największym ładunku wariancji, co akcentuje znaczenie, jakie ma dla chorych ta grupa objawów (szacowali ich nasilenie znacznie wyżej niż zewnętrzny obserwator). Czynnikiem "lęk" zgromadził obok ogólnego oszacowania lęku, także jego częste przejawy behawioralne (niepokój) i somatyczne (dolegliwości bólowe). Wyodrębnienie tego czynnika było więc sensowne i wzbogacające możliwości opisu zespołu depresyjnego.

Przydatność kliniczna oceny i samooceny depresji. Wielu autorów wskazuje na odmienność zakresu zastosowań narzędzi opartych na samo-

ocenie i ocenie podkreślając przy tym ich komplementarność (np. Carrol i wsp. 1973, Prusoff i wsp. 1972, Paykel i Norton 1976, Plutchik i van Praag 1987). Uzyskane tu wyniki dowodzą również dopełniającego się charakteru samooceny i oceny depresji sugerując jednocześnie, że o ich przydatności klinicznej rozstrzyga nie tyle charakter co cel zastosowania. Tam, gdzie jest nim porównywanie depresji z pewnymi zobiektywizowanych wzorcami lub uzyskiwanie przesłanek decyzyjnych (np. ocena ciężkości depresji, wybór i ocena skuteczności farmakoterapii) - bardziej użyteczne będzie posługiwanie się oceną klinicysty, lub - w przypadku wykorzystywania samooceny - ograniczenie się do tych jej aspektów, które z oceną klinicysty korelują silniej oraz niezależnie od nasilenia depresji (tj. do somatycznych składników zespołu). Natomiast tam, gdzie celem jest ujawnienie pewnych trudniej dostępnych i subiektywnych wymiarów przeżywania depresji (np. ocena profilu psychopatologicznego, ocena szans kontaktu psychoterapeutycznego, poznanie subiektywnego rozmiaru cierpienia), użycie narzędzia posługującego się samooceną może być bardziej skuteczne i sensowne.

WNIOSKI

1. Sumaryczne wyniki oceny i samooceny depresji są względnie wysoko skorelowane ze sobą, lecz korelacja ta zależy od stopnia nasilenia depresji - jest znacząco niższa w depresji o większym nasileniu.
2. Samoocena i ocena poszczególnych objawów depresyjnych korelują ze sobą w sposób zróżnicowany. Korelacje są wyższe i mało zależne od nasilenia depresji w przypadku jej objawów somatycznych, a niższe i bardziej zależne - w przypadku przejawów obniżonego napędu i lęku.
3. Struktura czynnikowa oceny i samooceny wykazuje duże podobieństwa i pewne różni-

ce. Struktura samooceny jest bardziej rozbudowana i oparta na innym (bardziej subiektywnym) układzie odniesienia w oszacowaniach zahamowania i lęku.

4. Wyniki sugerują, że ocena i samoocena mogą być traktowane jako uzupełniające się metody szacowania nasilenia depresji i opisu jej obrazu. Można sądzić, że o ich przydatności rozstrzyga cel, do jakiego zostaną użyte.

PIŚMIENNICTWO

1. Bech P: Assessment scales for depression: the next 20 years. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983,68,suppl.310:117-130.
2. Bech P: Rating scales for affective disorders: their validity and consistency. *Acta Psychiatr. Scand.* 1981, 64, suppl. 295:1-101.
3. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1961,4:561-571.
4. Bojanowsky J, Tolle R: Zur Quantifizierung bei Depressionen. *Int. Pharmacopsychiatr.* 1971,6,4-14.
5. Carrol MB, Fielding JM, Blashki TG: Depression rating scales: a critical review. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1973,28, 361-366.
6. Hamilton M: A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1960,23,56-62.
7. Maier W, Philipp M, Heuser I, Schlegel S, Buller R, Wetzel H; Improving depression severity assessment. *J. Psychiatr. Res.* 1988, 22:3-19.
8. Paykel ES, Norton KRW: Self-report and clinical interview in the assessment of depression. W: Sartorius N, Ban TA (red): *Assessment of depression*. Springer, Berlin 1986, 356-366.
9. Paykel ES, Prusoff BA, Klerman GL, DiMascio A: Self-report and clinical interview ratings in depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1973,156,166-182.
10. Plutchik R, van Praag HM: Interconvertibility of five self-report measures of depression. *Psychiatr. Res.* 1987,22,243-256.
11. Prusoff BA, Klerman GL, Paykel ES: Concordance between clinical assessments and patients' self-report in depression. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1972,26,546-552.
12. Sartorius N, Ban TA (red.): *Assessment of depression*, Springer, Berlin 1986.
13. Zung WW: A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psychiatr.* 12,1965,63-70.
14. Wciórka J: Środowisko szpitalne w świadomości pacjentów depre-depresyjnych. *Psychiatr. Pol.* 1983, 17,117-123.
15. Wciórka J: Szacowanie nasilenia depresji przy pomocy narzędzi o różnej złożoności-porównanie. *Psychiatr. Pol.* 1988, 22,303-307.

Aneks

Skala samooceny depresji
(pominięto instrukcję dla chorych)

1. CZUJĘ SIĘ:

na ogół dobrze najgorzej jak można

2. MOJA SPRAWNOŚĆ UMYŚLOWA JEST:

tak dobra jak zawsze krańcowo obniżona

3. OGÓLNIIE FIZYCZNIE CZUJĘ SIĘ:

na ogół dobrze najgorzej jak możn

4. SMUTNE MYŚLI:

nie przychodzą mi do głowy dręczą mnie nieustanni

5. MYŚLĄC O MOIM DOTYCHCZASOWYM ŻYCIU CZUJĘ, ŻE:

nie mam sobie nic szczegól- jest ono przepełnione niewybaczal-
nego do zarzucenia nymi przewinieniami i błędami

6. CZUJĘ, ŻE MOJA PRZYSZŁOŚĆ:

będzie na ogół pomyślna jest zupełnie beznadziejna i czarna

7. JESTEM CZŁOWIEKIEM:

nie gorszym od innych najgorszym ze wszystkich

8. TO, CO DZIEJE SIĘ W MOIM OTOCZENIU:

wciąga mnie i interesuje zupełnie przestało mnie wciągać
jak zawsze i interesować

9. MYŚLI O POZBAWIENIU SIĘ ŻYCIA:

właściwie nie mam narzucają mi się nieustannie

10. MOJE RUCHY I MOWA SĄ:

zwyczajnie szybkie wybitnie spowolniałe

11. PODJĘCIE DECYZJI:

nie sprawia mi trudności stało się dla mnie zupełnie niemożliwe

12. CODZIENNE CZYNNOŚCI:

wykonuję tak sprawnie nawet najprostsze stały się dla mnie
jak zawsze zbyt trudne

13. UCZUCIE LĘKU JEST TYM:którego zwykle nie
odczuwam

które towarzyszy mi i przeszkadza
bez przerwy**14. NIEPOKOJU:**

nie odczuwam wcale

czuję tyle, że uniemożliwia mi to
zwyczajne działanie**15. BÓLE (GŁOWY, SERCA LUB JESZCZE INNE):**

nie dokuczają mi wcale

dokuczają mi prawie bez
przerwy**16. RANO BUDZĘ SIĘ:**

o zwykłej porze

tak wcześnie, że właściwie
wcale nie śpię**17. WIECZOREM ZASYPIAM:**

zwyczajnie prędko

tak późno, że właściwie
wcale nie śpię**18. MÓJ APETYT JEST:**

dobry

zupełnie zły, nie jem prawie