

**Właściwości psychometryczne polskiej wersji skróconej
Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży
(Kutcher Adolescent Depression Scale)
– pomiar depresji w grupie studentów**

**Psychometric properties of the Polish version of the brief version
of Kutcher Adolescent Depression Scale – assessment of depression
among students**

Ewa Mojs¹, Weronika Bartkowska¹, Łukasz D. Kaczmarek²,
Michał Ziarko², Aleksandra Bujacz³, Katarzyna Warchoń-Biedermann¹

¹ Zakład Psychologii Klinicznej UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. E. Mojs

² Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej UAM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. L. Cierpiąkowska

³ Zakład Podstaw Badań Psychologicznych UAM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. J. Brzeziński

Summary

Aim. Depressive disorders, which remain one of the most common and recurrent mood disorders worldwide, presently affect up to 15% of the population under age 25. Adolescent depression is related to a number of adverse phenomena such as scholastic/academic failure, juvenile delinquency, illicit substance abuse or suicide. Studies show that students are at a high risk of developing this disorder but depression in this population is often misdiagnosed and undertreated. Consequently, it is important to develop reliable diagnostic tools to evaluate symptoms of depression in students. Kutcher Adolescent Depression Scale (brief version) is a commonly used screening test used to identify young people at risk for depression, which consists of six items related to its main symptoms. The aim of the study was to adapt and test reliability and content validity of the Polish version of six – item Kutcher’s KADS based on analysis of students using confirmatory factor analysis.

Material and method. A total of 1,589 student aged 18–24 anonymously answered a questionnaire on the risk of depression (KADS) and a demographics survey.

Results. Confirmatory factor analysis showed the good fit of model to empirical data: $SB \chi^2(15) = 968.688, p < .001, RMSEA = .053, CFI = .958, SRMR = .029$. Factor loading ranged from .40 to .80. Conclusions: Validation of Polish version of KADS in a group of students aged 18-24 years has shown its high reliability and content validity. Further studies should be focused on the assessment of the questionnaire criterion validity.

Słowa kluczowe: zaburzenia depresyjne, kwestionariusze, badania przesiewowe

Key words: depressive disorder, questionnaires, screening

Wstęp

Depresja stanowi powszechnie występujące zaburzenie zdrowia psychicznego. Charakteryzuje się obniżeniem nastroju, spowolnieniem lub pobudzeniem psychoruchowym, brakiem odczuwania przyjemności i zahamowaną ekspresją. Towarzyszy jej również często utrata apetytu, spadek wagi ciała, bezsenność lub nadmierna senność, trudności z koncentracją uwagi, płaczliwość oraz myśli samobójcze [1–5]. Symptomy depresji często klasyfikowane są jako zaburzenia o charakterze internalizacji problemu [5–7].

Etiopatogeneza tego zaburzenia jest złożona [8–11]. Po dwudziestu latach intensywnej pracy w tym obszarze badacze największe znaczenie przypisują czterem czynnikom: stresującym wydarzeniom życiowym, wczesnodziecięcym stresującym wydarzeniom życiowym, roli osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (PPN) oraz predyspozycjom genetycznym [10–14]. Stresujące wydarzenia życiowe obejmują wydarzenia o charakterze utraty lub przeciążenia, takie jak zmiany statusu finansowego, konflikty interpersonalne, zawody emocjonalne, konflikty małżeńskie i rodzinne, choroby przewlekłe czy śmierć osoby bliskiej. Istotną rolę w patogenezie depresji odgrywają również wczesne stresujące wydarzenia życiowe, takie jak wykorzystywanie seksualne, nadużywanie fizyczne, psychiczne czy zaniedbania wychowawcze w dzieciństwie.

Jeśli chodzi o deregulację osi PPN, szczególne znaczenie w etiologii depresji mają badania neuroendokrynologiczne, które wskazały, że istotną rolę w mechanizmach reakcji stresowej odgrywa kortykoliberyna (CRF) oraz kortyzol, które stanowią mechanizm pośredniczący pomiędzy stresującymi wydarzeniami życiowymi, zwiększoną podatnością na stres a zmianami biologicznymi obserwowanymi w depresji. Wreszcie najnowsze wyniki badań wskazują na duże znaczenie dziedziczonej podatności genetycznej, która warunkuje indywidualną odpowiedź na stres [12–14]. W wielu pracach zwrócono uwagę na to, że depresja młodzieńcza związana jest z szeregiem problemów zdrowotnych, ponieważ zwiększa ryzyko pojawienia się zachowań dezadaptacyjnych.

W badaniach epidemiologicznych szacuje się, że omawiane zaburzenie dotyka do 15% adolescentów i młodych dorosłych [3, 15], dwukrotnie częściej młodzież żeńską niż męską [16,17]. Pierwsze epizody depresji mają przeważnie miejsce w okresie adolescencji, pomiędzy 12 a 18 rokiem życia [2, 3]. Kolejny wzrost zachorowań następuje po 19 roku życia. Ocenia się, że szczególnie narażona na wystąpienie objawów depresji jest młodzież studencka [17-20]. Uważa się jednak, że wiele

przypadków depresji u studentów jest niezdiagnozowanych i nieleczonych. Jest to związane m.in. z brakiem odpowiedniego narzędzia diagnostycznego do badania depresji w tej populacji [3, 5, 15, 19, 20-22]. W związku z tym postanowiono ocenić przydatność Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale – KADS) do badania studentów. KADS jest powszechnie stosowaną sześciopunktową skalą pozwalającą na ilościowy pomiar objawów depresji u młodzieży, opracowaną na podstawie badania osób do 22 roku życia i tym samym nie obejmuje wszystkich studentów studiów stacjonarnych ze względu na ich wiek (przeważnie 19–24 lat). Należy dodać, że istnieją również wersje tego testu, które zawierają większą liczbę pozycji testowych (składających się z 11 albo 16 pytań). Niniejsze badanie postanowiono przeprowadzić z wykorzystaniem wersji skróconej ze względu na to, że wersja ta charakteryzuje się znacznie wyższą czułością i swoistością niż wersja składająca się z 16 pytań oraz jest zbieżna ze Skalą Depresji Becka [23-25]. Badanie przeprowadzono w grupie studentów i dokonano walidacji w grupie osób do 24 roku życia. Można było bowiem przypuszczać, że nie będzie wyraźnych różnic między osobami 22-letnimi a 24-letnimi, a studenci stanowią jednorodną grupę młodzieży uczącej się i dlatego powinni być oceniani odrębnie za pomocą jednego narzędzia psychometrycznego. Zastosowanie tego testu mogłoby ułatwić wczesną diagnostykę depresji, dzięki czemu wiele osób mogłoby we właściwym momencie otrzymać odpowiednią pomoc terapeutyczną, która jest konieczna także o charakterze prewencyjnym [23,24,26-32]. Ponadto dostępność wielu testów do pomiaru jednej cechy umożliwia przeprowadzanie dodatkowego badania osób, które przedtem już oceniano za pomocą innych skal [33]. Z tego powodu postanowiono, że celem pracy będzie ocena trafności teoretycznej polskiej wersji skali KADS dla młodzieży studenckiej.

Material i metoda

W badaniach wzięło udział 1 589 osób studiujących na Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu oraz na Uniwersytecie im. A. Mickiewicza w Poznaniu. 72,3% badanych stanowiły kobiety. Badania przeprowadzono w roku akademickim 2011/2012. Udział w nich był dobrowolny i anonimowy. Badane osoby znajdowały się w wieku pomiędzy 18 a 24 rokiem życia ($M = 20,9$; $SD = 1,5$). Za pomocą testu MCAR chi-kwadrat Little'a stwierdzono, że braki w danych (< 1%) miały charakter całkowicie losowy, $\chi^2(19) = 7,332$ $p > 0,05$, i narzucono je za pomocą algorytmu przewidywania i wyszukiwania maksimum w SPSS 21.

Procedura przygotowania polskiej wersji testu

Przedstawiony kwestionariusz, będący w powszechnym użyciu w Ameryce Północnej, pochodził od Stanleya Kutchera, z którym przedyskutowano założenia pracy i który wyraził zgodę na pełne wykorzystywanie kwestionariusza do prowadzonych badań. Na podstawie uzgodnień z autorem testu wykorzystano przygotowaną przez osobę dwujęzyczną gotową wersję tłumaczenia, którą skorygowano pod względem

poprawności językowej. W celu oceny poprawności i równoważności tłumaczenia, wersja polska została przetłumaczona na język angielski przez tłumacza nieznanego testu. Otrzymane tłumaczenie było adekwatne do oryginalnej treści testu (por. zał. A). Ostateczną wersję tłumaczenia przedstawiono pięciu kompetentnym sędziom w celu oceny jego zrozumiałości. Ponadto przy opracowywaniu formularza testu zachowano taką samą formę graficzną jak w wersji anglojęzycznej. Następnie przygotowany kwestionariusz wykorzystano w badaniach właściwych [23,32].

Procedura

Uczestnicy wypełniali Skalę Depresji Kutchera dla Młodzieży – wersję skróconą (Kutcher Adolescent Depression Scale). KADS jest powszechnie stosowanym narzędziem przesiewowym mającym na celu ocenę ryzyka depresji u młodych osób [32]. Kwestionariusz składa się z sześciu pozycji testowych odnoszących się do: (1) odczuwanego smutku, (2) braku wiary w siebie, (3) poczucia wyczerpania fizycznego, (4) przekonania, że życie jest trudne i przytłaczające, (5) odczuwania lęku i niepokoju, (6) pojawiających się myśli i planów samobójczych (por. zał. 1 – ostateczna wersja w jęz. polskim).

Badani, korzystając ze skali 0–3, zaznaczali, czy doświadczają tych emocji i myśli rzadko, czasami, często czy zawsze. Wynik równy lub wyższy od sześciu wskazywał na ryzyko depresji. Następnie uczestnicy badania wypełnili ankietę demograficzną.

Badanie przeprowadzono w obecności osoby, która mogła odpowiedzieć na pytania respondentów związane z testem (lekarza, psychologa lub pielęgniarki). Ankietyowanych poinformowano, że mogą w każdej chwili przerwać wypełnianie testu.

Analiza statystyczna

Konfirmacyjna analiza czynnikowa została przeprowadzona przy użyciu programu Mplus v. 7.11 na podstawie estymatora maksymalnego prawdopodobieństwa przy użyciu testu χ^2 z poprawką Satorry-Bentlera (MLM), który jest metodą odporną na wielowymiarowe odchylenia od normalności rozkładu przy wielu pozycjach testowych [33]. Dopasowanie modelu czynnikowego określono na podstawie następujących parametrów: pierwiastek średniokwadratowego błędu aproksymacji (root mean square of approximation – RMSEA) wraz z 90% przedziałem ufności RMSEA, porównawczy indeks zgodności (comparative fit index – CFI) oraz standaryzowany pierwiastek ze średniego kwadratu reszt (SRMR). O dobrym dopasowaniu modelu do danych empirycznych świadczą: RMSEA niższe niż 0,06, SRMR niższe niż 0,06 oraz CFI wyższe od 0,95. Zgodnie z założeniami teoretycznymi pozycje skali powinny tworzyć strukturę jednoczynnikową [34].

Wyniki

Trafność teoretyczna i rzetelność

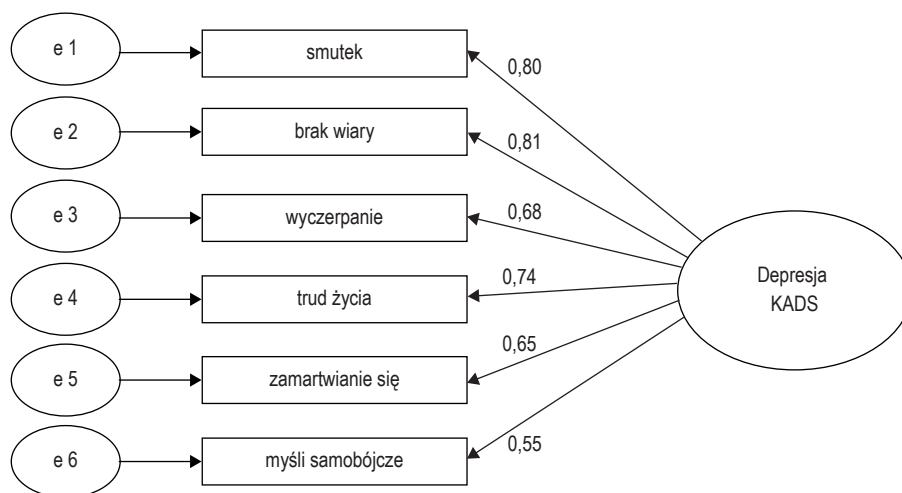
Statystykę opisową pozycji testowych zawiera tabela 1.

Tabela 1. Statystyka opisowa itemów skali KADS

	Item					
	1	2	3	4	5	6
M	1,28	1,20	1,42	1,17	1,44	1,02
SD	0,57	0,49	0,63	0,46	0,62	0,20

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe

Kobiety ($M = 1,37$, $SD = 1,95$) były bardziej depresyjne niż mężczyźni ($M = 1,07$, $SD = 1,82$), $t(653,28) = 2,55$, $p < 0,01$. Depresja była odwrotnie proporcjonalna do wieku przy r -Pearsona = $-0,16$ ($p < 0,05$). Konfirmacyjna analiza czynnikowa wykazała dobre dopasowanie rozwiązania jednoczynnikowego do danych empirycznych: SB $\chi^2(15) = 968,688$, $p < 0,001$, RMSEA = $0,053$, CFI = $0,958$, SRMR = $0,029$ (ryc. 1). Standaryzowane ładunki czynnikowe zawierały się w przedziale od $0,40$ do $0,80$ i wszystkie były istotne, $p < 0,001$. Uzyskane parametry były zbliżone do wskaźników uzyskanych podczas walidacji wersji anglojęzycznej [24]. Rzetelność skali liczona współczynnikiem α -Cronbacha wyniosła $\alpha = 0,82$.



Rycina 1 Model czynnikowy skali KADS [23,25].

Omówienie wyników

Depresja, w szczególności depresja o wczesnym początku, stanowi jedno z najczęściej występujących nawracających zaburzeń nastroju i jest powszechnie uznawana za chorobę cywilizacyjną. Zaburzenie to wiąże się z szeregiem niepożądanych zjawisk psychospołecznych [1–18, 30]. Wiadomo jednak, że występujące w tym okresie życia objawy zaburzeń nastroju są często niezauważone lub błędnie rozpoznawane (np. mylone z buntem młodzieńczym), w związku z czym młode osoby z tym problemem często nie otrzymują należytej pomocy. Grupą w dużym stopniu zagrożoną ich wystąpieniem są studenci, którzy ze względu na objawy choroby nie rozwijają w pełni swojego potencjału rozwojowego [19–33]. Szczególną rolę w rozpoznawaniu depresji mają testy do badań przesiewowych, które uchwyciłyby specyficzne objawy początkowej depresji, takie jak np. Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży [23]. KADS zawiera sześć pozycji testowych odnoszących się do najważniejszych symptomów zaburzenia i przeznaczony jest do oceny intensywności objawów depresji u młodzieży poniżej 22 roku życia. Charakteryzuje się prostotą, jest wykorzystywany zarówno w diagnostyce indywidualnej, jak i w badaniach np. do oceny skuteczności leczenia farmakologicznego depresji [29, 34].

Niniejsze badania postanowiono przeprowadzić w grupie studentów. Studenci stanowią jednorodną grupę młodzieży uczącej się i wedle opinii Autorów powinni być oceniani odrębnie za pomocą jednego narzędzia psychometrycznego. W niniejszej pracy kwestionariusz poddano walidacji i ocenie jego właściwości psychometrycznych w wersji w języku polskim. Konfirmacyjna analiza czynnikowa wykazała, że wersja polska testu KADS charakteryzuje się dobrą trafnością teoretyczną, której wskaźnikiem było dobre dopasowanie zebranych danych empirycznych do jednoczynnikowego modelu postulowanego przez autorów skali. Szósta pozycja testowa związana z samobójstwem i samookaleczeniem charakteryzowała się najniższym ładunkiem czynnikowym, co sugeruje, że skala KADS charakteryzuje się niższą czułością w odniesieniu do oceny wyobrażeń, zamiarów i zachowań związanych z samookaleczeniem lub samobójstwem niż w odniesieniu do oceny innych objawów depresji. Można stwierdzić, że uzyskane parametry były zbliżone do wskaźników otrzymanych w trakcie walidacji wersji anglojęzycznej [23,34]. Interpretacja wyników testu wymaga ostrożności ze względu na różnice w odniesieniu do grupy standaryzacyjnej i normalizacyjnej. Średnia wieku polskiej grupy osób badanych była bowiem wyższa niż w badaniach oryginalnych (badania oryginalne przeprowadzono w grupie uczniów szkół średnich) [23]. Ponadto zebrana próba obejmowała studentów uczelni wyższych, co może ograniczać zakres generalizacji do grup z wyższym poziomem wykształcenia. Podobnie jak w przypadku oryginalnej wersji testu, przy analizie wyników osób badanych można przyjąć, że uzyskanie wyniku równego lub wyższego niż sześć punktów wskazuje na występowanie ryzyka depresji [23,32]. Należy pamiętać jednak, że w warunkach polskich, chociażby ze względu na różnice kulturowe, wartość punktu odcięcia może być inna niż sześć. Przyjęcie tej wartości progowej wymagałoby upewnienia się na podstawie badań populacji polskiej. Z tego powodu obecnie polska wersja Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży może być

wykorzystywana przez psychiatrów i psychologów do szybkiej ilościowej oceny przesiewowej objawów depresyjnych wśród studentów.

Wnioski

Stosowana wersja polska testu KADS:

1. charakteryzuje się wysoką rzetelnością oraz dobrą trafnością teoretyczną;
2. jest narzędziem psychometrycznym, który można polecić do wykorzystania w badaniach naukowych i zasugerować jako metodę uzupełniającą w praktyce klinicznej. Wskazane jest przeprowadzanie badania w obecności osoby kompetentnej do odpowiedzi na pytania dotyczące testu;
3. może ułatwić szybką ocenę objawów depresyjnych w grupie osób szczególnie na nią narażonych, tj. wśród młodzieży studenckiej;
4. może stanowić uzupełnienie dla obecnie stosowanych testów do oceny depresji.

Piśmiennictwo

1. Seligman M, Walker E, Rosenhan D. *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka; 2003.
2. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. *Depression in childhood and adolescence*. J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2013; 22: 35–40.
3. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. *Depression in adolescence*. Lancet 2012; 9820: 1056–1067.
4. Kopp LM, Beauchaine TP. *Patterns of psychopathology in the families of children with conduct problems, depression, and both psychiatric conditions*. J. Abnorm. Child Psychol. 2007; 35: 301–312.
5. Mathiesen KS, Sanson A. *Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months*. J. Abnorm. Child Psychol. 2000; 28: 15–31.
6. Höfer P, Rockett IRH, Värnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. *Forty years of increasing suicide mortality in Poland: Undercounting amidst a hanging epidemic?* BMC Public Health 2012; 12: 644.
7. Campbell SB. *Behavior problems in pre-school children: A review of recent research*. J. Child Psychol. Psychiatry 1995; 36: 113–149.
8. Hasler G. *Patofizjologia depresji: czy mamy jakieś solidne dowody naukowe interesujące dla klinicystów?* Post. Psychiatr. Neurol. 2011; 20: 5–22.
9. Shannon KE, Beauchaine TP, Brenner SL, Neuhaus E, Gatzke-Kopp L. *Familial and temperamental predictors of resilience in children at risk for conduct disorder and depression*. Dev. Psychopathol. 2007; 19: 701–727.
10. Mitjans M, Arias B. *The genetics of depression: What information can new methodologic approaches provide?* Actas. Esp. Psiquiatr. 2012; 40: 70–83.
11. Rajewska-Rager A, Rybakowski J. *Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji*. Neuropsychiatr. Neuropsychol. 2008; 3: 147–152.
12. Guerry JD, Hastings PD. *In search of HPA axis dysregulation in child and adolescent depression*. Clin. Child Fam. Psychol. Rev. 2011; 14: 135–160.

13. Godlewski S, Czernski P. *Badania genetyczno-molekularne metodą analizy sprzężeń dotyczące schizofrenii. Przegląd piśmiennictwa.* Now. Lek. 2000; 69: 705–718.
14. Szpera A. *Badania genów kandydujących związanych z układem serotoninerгіcznym i dopaminergicznym w zespole obsesyjno-kompulsywnym.* Now. Lek. 2008; 77: 172–177.
15. Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. *Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective.* Biol. Psychiatry. 2001; 49: 1002–1014.
16. Mojs E, Warchol-Biederman K, Samborski W. *Prevalence of depression and suicidal thoughts amongst university students in Poznan, Poland, preliminary report.* Psychology 2012; 3: 132–135.
17. Hankin BL, Wetter E, Cheely C. *Sex differences in child and adolescent depression: developmental psychopathological approach.* W: Abela JRZ, Hankin BL. red. *Handbook of depression in children and adolescents.* New York: Guilford Press; 2008. s. 377–414.
18. Bardone A M, Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Stanton WR, Silva PA. *Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety.* J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1998; 37: 594–601.
19. Fergusson DM, Woodward LJ. *Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression.* Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59: 225–231.
20. Indic P, Murray G, Maggini C, Amore M, Meschi T, Borghi L. i wsp. *Multi-scale motility amplitude associated with suicidal thoughts in major depression.* PLoS One 2012; 7: e38761.
21. Gladstone T, Beardslee WR, O'Connor E. *The prevention of adolescent depression.* Psychiatr. Clin. North Am. 2011; 34: 35–52.
22. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. *Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence.* J. Abnorm. Psychol. 2003; 112: 353–363.
23. LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. *Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory.* J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2002; 12: 113–126.
24. Aronen ET, Soininen M. *Childhood depressive symptoms predict psychiatric problems in young adults.* Can. J. Psychiatry 2000; 45: 465–470.
25. Mathiak K, Karzel K, Ocypa M, Seget A, Mathiak K, Ostaszewski P. *Kwestionariusz Becka dla Dzieci do oceny zaburzeń emocjonalnych i społecznych – polska adaptacja i walidacja kwestionariusza Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment.* Psychiatr. Pol. 2007; 41(3): 387–399.
26. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. *Consequences of depression during adolescence: Marital status and marital functioning in early adulthood.* J. Abnorm. Psychol. 1998; 107: 686–690.
27. Warchol-Biedermann K, Strzelecki W, Mojs E. *Knowledge about psychologists and their work in the population of the Wielkopolska province.* Now. Lek. 2011; 90: 104–108.
28. Reinherz HZ, Giaconia RM, Carmola AM, Wasserman MS, Silverman AB. *Major depression in young adulthood: Risks and impairments.* J. Abnorm. Psychol. 1999; 108: 500–510.
29. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Naydenova V, Meier S, Ansari WE. *Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: Survey in three European countries.* Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health 2008; 4: 19.
30. Arria, AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. *Suicide ideation among college students: A multivariate analysis.* Arch. Suicide Res. 2009; 13: 230–246.

31. Tjia J, Givens JL, Shea JA. *Factors associated with undertreatment of medical student depression*. J. Am. Coll. Health 2005; 53: 219–224.
32. Kutcher S, Szumilas M. *Skala depresji nastolatków według Kutchera (KADS): Jak używać 6-punktowej KADS?* <http://teenmentalhealth.org/resources/entries/kutcher-adolescent-depression-scale-kads-polish/> [dostęp: 2011.03.03].
33. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press; 1998.
34. Brooks SJ, Krulewicz SP, Kutcher S. *The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial*. J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2003; 13: 337–349.

Adres: Łukasz Kaczmarek
Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89

Otrzymano: 18.03.2013

Zrecenzowano: 26.01.2014

Otrzymano po poprawie: 4.02.2014

Przyjęto do druku: 20.11.2014

Aneks

JAKIE MIAŁEŚ/MIAŁAŚ NAJCZĘŚCIEJ ODCZUCIA W ZESZŁYM TYGODNIU?

1. Smutek, ponury nastrój, przygnębienie, depresję, ogólne zniechęcenie.

a) Prawie nigdy b) Dość często c) Przeważnie d) Zawsze
2. Brak wiary w siebie, złe samopoczucie, poczucie bezużyteczności i beznadziejności; wrażenie, że rozczarowujesz innych lub nie jesteś dobrym człowiekiem.

a) Prawie nigdy b) Dość często c) Przeważnie d) Zawsze
3. Wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, brak energii, brak motywacji, poczucie, że nie radzisz sobie ze sprawami, które dotąd nie sprawiały Tobie kłopotów, chęć odpoczynku lub pozostania w łóżku.

a) Prawie nigdy b) Dość często c) Przeważnie d) Zawsze

-
4. Poczucie, że życie jest ciężkie, brak dobrego samopoczucia w sytuacjach, w których wcześniej zwykle czuleś/czulaś się dobrze, brak przyjemności w sytuacjach, w których dotąd odczuwałeś/odczuwałaś szczęście.
- a) Prawie nigdy b) Dość często c) Przeważnie d) Zawsze
5. Uczucie zmartwienia, zdenerwowania, paniki, napięcia, poirytowania, niepokoju.
- a) Prawie nigdy b) Dość często c) Przeważnie d) Zawsze
6. Czy myślałeś, planowałeś lub robiłeś coś związanego z samobójstwem lub samookaleczeniem.
- a) Prawie nigdy b) Dość często c) Przeważnie d) Zawsze