

Badanie przesiewowe depresji poudarowej z użyciem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Screening post-stroke depression using the Hospital Anxiety and Depression Scale

Hubert M. Wichowicz¹, Dariusz Wieczorek²

¹ Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych Katedry Chorób Psychicznych GUM w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Landowski

² Katedra i Klinika Rehabilitacji GUM w Gdańsku

Kierownik: dr hab. n. med. S. Bakula

Summary

Introduction. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for its simplicity is potentially useful for screening depressive and anxiety disorders in post-stroke patients. To our best knowledge HADS hasn't been assessed in the Polish population of post-stroke survivors.

Aim. Assessment of clinical value of HADS in screening depressive and anxiety disorders in post-stroke patients.

Method. Patients included in this study were admitted to the Department of Neurology of the Medical University of Gdańsk between 3rd April and 5th December, after first incident of ischaemic stroke. 116 subjects were included, depression was diagnosed in 29 and anxiety disorder in 16 of patients (13 with comorbid depressive episode). The test was done by 75 patients, 193 visits were assessed, from the following time after stroke: 6 weeks, 12 weeks, 6 months and 12 months.

Result. Using the cut-off value ≥ 7 points, the results were as following: depression subscale - sensitivity: 90.0%, specificity 92.2%, anxiety subscale: sensitivity: 86.5%, specificity 94.9%, which was the most optimal cut-off point. Cronbach α : for the depression subscale was 0.892, for the anxiety subscale was 0.815; each position of the scale correlated with the general result of both scales' result in a degree which increased the Cronbach α value.

Conclusion. Hospital Anxiety and Depression Scale is useful for screening depression and anxiety in post-stroke patients. It is recommended to lower the cut-off value to 7 points.

Słowa kluczowe: udar, depresja, skala HADS

Key words: stroke, depression, Hospital Anxiety and Depression Scale

Wstęp

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) jest przykładem skali samooceny. Pomimo posługiwania się przez klinicystów różnymi metodami diagnozy i szacowania stopnia nasilenia depresji poudarowej (DPU), stosunkowo niewiele miejsca poświęca się skalom samooceny w odniesieniu do chorych po epizodach udaru. Wy-

Praca nie była sponsorowana.

jątkiem jest skala Becka (Beck Depression Inventory, BDI). Zawiera ona aż 23 punkty i bywa przez to dość trudna do wypełnienia, zwłaszcza przez chorych z zaburzeniami poznawczymi, częstymi po udarze, wymaga bowiem samodzielnego przeczytania i zapamiętania dużej ilości tekstu. Co więcej, niektóre objawy czysto neurologiczne, będące skutkiem udaru – jeśli pacjent uwzględni je w odpowiedziach – mogą bezpośrednio wpłynąć na wynik, zawyżając go. Dotyczy to m.in. pozycji odnoszących się do: męczliwości, apetytu, oceny stanu zdrowia, zaburzeń sfery seksualnej.

HADS, wprowadzona przez Zigmonda i Snaitha w 1983 r. [1], jest znacznie łatwiejsza do samodzielnego wypełnienia przez pacjenta; terapeuta może ewentualnie wspomóc osobę badaną. Poza tym zawiera część dotyczącą zaburzeń lękowych. Te cechy czynią ją cennym narzędziem do badań przesiewowych osób w wieku podeszłym lub/i chorych somatycznie, wliczając chorych po udarze.

W porównaniu z innymi skalami, badania DPU z użyciem HADS są mniej liczne; była skonstruowana nieco później, materiał kliniczny jest mniejszy. Skalę tę w badaniu przesiewowym osób po udarze pierwszy raz zastosowano w połowie lat dziewięćdziesiątych w czasie australijskiego programu badawczego Perth Community Stroke Study. Jako że osiągnięte przez zespół badawczy rezultaty, tj. czułość 83% i swoistość 44%, były niezadowalające, nie uznano HADS za odpowiednie narzędzie do badań przesiewowych depresji u osób po udarze [2]. Trzy lata później O'Rourke i wsp. [3] tę samą skalę, z czułością 80% i swoistością 79%, uznali za wiarygodną w tej grupie chorych. Kolejne oszacowania wypadły rozmaicie, czasami sprzecznie. Najlepiej oddają to 2 prace chińskie, z tego samego roku i praktycznie tych samych autorów. W pierwszej z nich [4], opartej na 60 przypadkach, autorzy uznali HADS (wraz z Geriatric Depression Scale, GDS) za satysfakcjonujące narzędzie do badań przesiewowych DPU. Nadmienili, iż ich zdaniem zastosowanie każdej skali wymaga oceny w konkretnym kręgu kulturowym, co należy uznać za słuszne. Rozszerzona wersja tej pracy (prawdopodobnie, gdyż brak odniesienia do wcześniejszych wyników) oparta została na analizie danych uzyskanych od 100 osób [5]. Testowano czułość i specyficzność tej skali przy przyjęciu rozmaitych punktów odcięcia. Przy punktach odcięcia 6/7 czułość wyniosła 88%, a specyficzność 53%, co jest najskuteczniejszym osiągnięciem przez tych autorów wynikiem diagnostycznym, ich zdaniem niezadowalającym. Praca ta ma jednak liczne ograniczenia, m.in. współwystępowanie depresji (diagnozowanej wg DSM-III-R) zaledwie u 17 chorych. W doniesieniu tym wart odnotowania jest sposób przeprowadzenia testu, który był czytany i pacjenci odpowiadali nań ustnie.

W późniejszych pracach HADS jest stosowana dość chętnie [6, 7, 8]. Zdarza się nawet, iż skala ta traktowana jest jako referencyjna [9], z czym trudno się zgodzić. Stosowanie jej do „oceny objawów depresyjnych i lękowych” [np. 10, 11, 12] wydaje się już słuszniejszym określeniem, jednak do tej pory zdarza się, iż jest wykorzystywana do „rozpoznania” depresji [13]. Bennett i wsp. [14] u chorych po udarze nieco niekorzystnie oceniają wartość jej części dotyczącej zaburzeń lękowych. W ostatnim okresie potwierdzono skuteczność HADS u chorych po udarze w badaniu norweskim, osiągając optymalne wyniki przy bardzo znacznym obniżeniu punktacji progowej, aż do 4 punktów w każdej podskali [15].

Celem prezentowanej pracy jest – do tej pory nie podjęta – ocena przydatności polskiej wersji wśród osób po udarze mózgu.

Cel pracy

Ocena wartości klinicznej HADS w badaniu przesiewowym depresji i zaburzeń lękowych u chorych po udarze niedokrwiennym mózgu.

Material i metoda

Badaną grupę stanowili chorzy hospitalizowani w okresie od kwietnia 2003 do grudnia 2005 w Klinice Neurologii AMG z powodu pierwszorazowego, niedokrwiennego udaru mózgu. Badanie uzyskało akceptację Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych przy Akademii Medycznej w Gdańsku, pacjenci wyrazili zgodę ustnie. Wstępnie zakwalifikowano 116 osób, test wypełniło 75 pacjentów, oceniono 193 wizyty, które odbyły się w następujących okresach po udarze: 6 tygodni (42 dni \pm 3), 12 tygodni (84 dni \pm 7), 6 miesięcy (\pm 14 dni), 12 miesięcy (\pm 14 dni). Rozpoznanie stawiano zgodnie z kryteriami ICD-10; dodatkowo pacjentów badano za pomocą skali depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS) i skali lęku Hamiltona (Hamilton Anxiety Scale – HAS). W grupie było 29 osób z depresją. W grupie osób z zaburzeniami lękowymi było 3 chorych z izolowanymi zaburzeniami oraz dodatkowo 13 osób z zaburzeniami współistniejącymi z depresją.

Test wypełniano pisemnie o stałej porze dnia (12–15). Po jego wypełnieniu losowo sprawdzano dane z 2 podpunktów, aby wykluczyć chorych, którzy wypełnili test bez zrozumienia. Zastosowano polskie tłumaczenie, którego walidację przeprowadził M. Majkowicz [16]. W oszacowanych przez niego danych uzyskanych od 400 chorych z nowotworami współczynnik alfa Cronbacha dla podskali lęku wynosił 0,77–0,80, dla podskali depresji 0,84–0,85. Sugerowana punktacja to: 0–7 – brak zaburzeń, 8–10 – stany graniczne, 11–21 – stwierdza się zaburzenia.

Wyniki

W analizie czułości i specyficzności wykorzystano maksymalnie 3 pomiary wyników jednego pacjenta. Do analizy zgodności wewnętrznej skali wykorzystano wyłącznie pomiary pierwsze. Rozkład wyników nie miał charakteru normalnego, miał nachylenie dodatnie (średnia arytmetyczna $>$ mediany). Dla podskali depresji średnia uzyskana punktacja wynosiła $3,7 \pm 4,2$, mediana 2,0 pkt., dla podskali lęku – $4,1 \pm 3,9$, mediana 3,0 pkt. Nierównomierność rozkładów wynika z faktu, iż jedynie mniej niż 1/3 wyników dotyczyła osób z zaburzeniami lękowymi lub depresyjnymi, pozostali uzyskiwali minimalną punktację, gdyż po prostu nie mieli tych zaburzeń.

Dla poszczególnych wizyt współczynniki korelacji tau Kendalla podskali depresji z HDRS były następujące: wiz. 1 – 0,64, 2 – 0,60, 3 – 0,45, 4 – 0,44; wszystkie wyniki były znamienne statystycznie. Analogiczne współczynniki podskali lęku i HAS: wiz. 1 – 0,60, 2 – 0,57, 3 – 0,62, 4 – 0,57; także wszystkie znamienne statystycznie.

Tabele 1, 2 przedstawiają czułość (odsetek przypadków pozytywnych prawidłowo zakwalifikowanych) i swoistość (odsetek przypadków negatywnych prawidłowo od-

rzucanych), wyliczone dla wszystkich 193 pomiarów. W odniesieniu do rozpoznania depresji 40 przypadków dotyczyło wizyt, w czasie których zgodnie z kryteriami ICD-10 rozpoznano depresję, a 153 – nie.

Tabela 1. Czulość i swoistość HADS – część dotycząca zaburzeń depresyjnych

	Punkt odcięcia		
	≥ 7	≥ 8	≥ 10
Czulość	90,0%	77,5%	62,5%
Swoistość	92,2%	92,8%	96,5%

W uzupełnieniu danych przedstawionych w tabeli 1 należy dodać, iż najwyższą możliwą czulość dla zaburzeń depresyjnych, wynoszącą 92,5%, można osiągnąć, przyjmując za punkt odcięcia wartość ≥ 8 w podskali depresji lub/i w podskali lęku, jednak taka procedura drastycznie obniżyłaby swoistość testu.

Kolejna tabela przedstawia dane dotyczące zaburzeń lękowych. W odniesieniu do rozpoznania zaburzeń lękowych 37 przypadków dotyczyło wizyt, w czasie których zgodnie z kryteriami ICD-10 stwierdzono te zaburzenia, a 156 – nie.

Tabela 2. Czulość i swoistość HADS – część dotycząca zaburzeń lękowych

	Punkt odcięcia		
	≥ 7	≥ 8	≥ 10
Czulość	86,5%	73,0%	48,6%
Swoistość	94,9%	94,9%	96,8%

W tym przypadku zastosowanie analogicznej procedury uwzględnienia drugiej podskali – tutaj depresji – nie zwiększa już czulości w odniesieniu do zaburzeń lękowych. Tabele 1 i 2 demonstrują, iż największą wartość kliniczną obie podskale ujawniają przy obniżeniu punktu odcięcia o 1, tzn. chorzy już przy uzyskanej wartości 7 pkt. potencjalnie powinni być traktowani jako osoby z obecnością depresji lub zaburzeń lękowych.

Siedemdziesiąt pięć pierwszych wyników poddano analizie pod kątem wewnętrznej zgodności skali. Współczynniki alfa Cronbacha dla poszczególnych podpunktów przedstawiają tabele 3 i 4.

Tabela 3. Statystyki pozycji podskali depresji

Treść pytania	τ	α
1. Wciąż cieszą mnie różne rzeczy	0,70	0,875
2. Potrafię śmiać się	0,72	0,87
3. Czuję się wesoly i pogodny	0,78	0,865
4. Czuję się jakbym był w psychicznym dołku	0,66	0,88
5. Przestałem się interesować swoim wyglądem	0,60	0,89

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

6. Oczekuję z radością na różne sprawy	0,705	0,875
7. Mogę cieszyć się np. książką	0,665	0,88

T – korelacja pozycji z ogólnym wynikiem podskali depresji; α – wielkość współczynnika alfa Cronbacha całej podskali w przypadku usunięcia danej pozycji

Wielkość współczynnika alfa Cronbacha dla całej podskali depresji wynosi 0,892. Jak ukazuje to tabela 3, usunięcie jakiegokolwiek pozycji pogarszałoby (czyli obniżało) ten współczynnik rzetelności podskali (wszystkie wartości w tabeli są niższe niż współczynnik dla całej podskali), nie ma więc podstaw do odrzucenia z podskali którejś z pozycji – wszystkie są potrzebne. Poszczególne pozycje korelowały, w przewidywany sposób, z ogólnym wynikiem. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla całej podskali depresji jest wysoki i świadczy o spójności tej podskali.

Tabela 4. Statystyki pozycji podskali lęku

Treść pytania	τ	α
1. Czuję się napięty lub podenerwowany	0,62	0,78
2. Odczuwam uczucie, jakby miało stać się coś okropnego	0,56	0,79
3. Nachodzą mnie smutne myśli	0,58	0,79
4. Mogę czuć się zrelaksowany	0,55	0,79
5. Trzęsie się coś we mnie	0,54	0,79
6. Nie mogę usiedzieć na miejscu	0,42	0,81
7. Mam napady panicznego lęku	0,64	0,78

T – korelacja pozycji z ogólnym wynikiem podskali lęku; α – wielkość współczynnika alfa Cronbacha całej podskali w przypadku usunięcia danej pozycji

Wielkość współczynnika alfa Cronbacha dla całej podskali lęku wynosi 0,815. Jak ukazuje to tabela 4, także i w tym przypadku usunięcie jakiegokolwiek pozycji pogarszałoby ten współczynnik rzetelności podskali, nie ma więc podstaw do odrzucenia którejś z pozycji. Poszczególne pozycje korelowały w przewidywanym kierunku. Jedynie pozycja 6 miała najniższy współczynnik, jednak w dalszym ciągu nieznacznie poprawiała liczone dla podskali współczynniki rzetelności, co zadecydowało o jej pozostawieniu. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla całej podskali lęku jest dość wysoki, co świadczy o spójności również i tej podskali.

Podskale lęku i depresji są ze sobą istotnie, choć niezbyt silnie, skorelowane – współczynnik korelacji tau Kendalla = 0,581, $p < 0,00001$. Dalsze analizy danych sugerowały dokonanie analizy czynnikowej. Wyznacznik macierzy korelacji (stosunek wielkości wariancji zmiennych do ich kowariancji) był bardzo niski – determinant $< 0,001$, co sugerowało istnienie wielu korelacji między zmiennymi. Przy KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) = 0,850 przeprowadzono analizę czynnikową. Wstępne sprawdzenie, czy istnieje przynajmniej jeden wspólny dla zmiennych czynnik, było pozytywne (test sferyczności Bartletta = 523,5; $p < 0,0001$ był wysoce istotny).

Zastosowano analizę czynnikową z rotacją „quartimax”, która, minimalizując liczbę czynników potrzebnych do wyjaśnienia wyników w poszczególnych pozycjach, jednocześnie ułatwia interpretację wyników w pozycjach testu w kontekście czynników. Analiza czynnikowa wyodrębniła trzy czynniki. W tabeli 5 dla ułatwienia zastosowano numerację kolejności w poszczególnych podskalach, jak w tabelach 3 i 4, a nie w całości skali.

Poniższa tabela przedstawia pozycje obu podskal uporządkowane według wielkości ładunków informacji w wyodrębnionych na podstawie analizy trzech czynnikach. Grupa pozycji wydaje się tworzyć trzy czynniki, nazwijmy je umownie: „czynnik depresji”, „czynnik lęku” i „czynnik niepokoju”. Jak widać, podskala depresji formuje w całości jeden czynnik. Podskala lęku bada dwa zjawiska: „lęk” i „niepokój”, gdyż punkty 4 i 6 skali lęku zostały w analizie „quartimax” wyodrębnione.

Tabela 5. Analiza czynnikowa obu podskal z wykorzystaniem macierzy rotowanych składowych i korelacje pozycji skali z wyodrębnionymi czynnikami

Skala i numer pozycji w podskali	Treść pozycji	Składowe		
		1	2	3
Depresja				
Depresja – 6	Oczekuję z radością na różne sprawy	0,76	0,29	0,08
Depresja – 7	Mogę cieszyć się np. książką	0,73	0,12	0,29
Depresja – 1	Wciąż cieszą mnie różne rzeczy	0,72	0,18	0,29
Depresja – 2	Potrafię śmiać się	0,70	0,16	0,39
Depresja – 5	Przestałem się interesować swoim wyglądem	0,68	0,28	0,03
Depresja – 3	Czuję się wesoly i pogodny	0,66	0,28	0,49
Depresja – 4	Czuję się jakbym był w psychicznym dołku	0,59	0,41	0,24
Lęk				
Lęk – 1	Czułem się napięty lub podenerwowany	0,01	0,83	0,21
Lęk – 7	Mam napady panicznego lęku	0,22	0,73	0,20
Lęk – 2	Odczuwam uczucie, jakby miało stać się coś okropnego	0,42	0,66	0,06
Lęk – 5	Trzęsie się coś we mnie	0,24	0,65	0,10
Lęk – 3	Nachodzą mnie smutne myśli	0,22	0,64	0,30
Lęk – 6	Nie mogę usiedzieć na miejscu	0,13	0,07	0,85
Lęk – 4	Mogę czuć się zrelaksowany	0,15	0,27	0,82

Omówienie

Rozpowszechnienie depresji wśród osób badanych za pomocą HADS wynosiło 27,1%, zaburzeń lękowych 15,1%. Jest to zgodne z danymi w piśmiennictwie [17]. Badana grupa była zatem reprezentatywna. HADS wykazała się dużą wewnętrzną zgodnością wszystkich podpunktów, która nakazuje ją przyjąć, jako wiarygodny test

diagnostyczny u chorych po udarze. Współczynnik korelacji z referencyjnymi skalami lęku i depresji był znamieny statystycznie.

W przypadku chorych ze stwierdzonym epizodem depresji zwraca uwagę, iż część z nich uzyskała wyniki wskazujące na istnienie zaburzeń lękowych. Podskale lęku i depresji były ze sobą skorelowane – współczynnik korelacji wynosił +0,581. Wynikać to może z częstego współistnienia depresji i zaburzeń lękowych (45% pacjentów z epizodem depresji miało współistniejący zespół lękowy, a aż 82% osób z zaburzeniami lękowymi epizod depresji). Potencjalnie świadczyć również może o niskiej zdolności samooceny swoich negatywnych emocji, czasami określanej jako anozognozja depresji, bądź o zastosowaniu specyficznych metod kompensacji emocji (wypieranie, zaprzeczanie). Oba te zjawiska dość często spotyka się u chorych po udarze [18, 19]. Powodują one także, iż częste w grupie chorych somatycznie zjawisko zawyżania oceny przez objawy somatyczne (nadrozpoznawalność, ang. overdiagnosis) u chorych po udarze jednak nie występuje.

W badanej grupie wskazane jest obniżenie punktacji, z przyjęciem 7 punktów (włącznie) jako punktu odcięcia. Podobne sugerowali wcześniej autorzy chińscy i norwescy, o czym pisaliśmy we wstępie [5, 15]. Kombinacją czułości i swoistości przy tym punkcie odcięcia wydaje się zadowalająca. Zalecanie obniżenia punktacji znowu potwierdza brak zjawiska nadrozpoznawalności w przypadku DPU. Nie można jednak również wykluczyć, iż może wynikać z pewnych nieścisłości translatorskich.

Jedyną wadą skali okazał się niski odsetek chorych, którzy byli w stanie w pełni świadomie wypełnić tę skalę, wynoszący 65%. Należy jednak porównać tę skalę z inną skalą samooceny – BDI, co prawda nie mającą charakteru przesiewowego. Tam rezultaty w badanej grupie były znacznie gorsze. W prezentowanym badaniu u pierwszych 20 chorych, którzy byli w stanie wypełnić skalę samooceny, dodatkowo zastosowano BDI. Po sprawdzeniu zrozumienia testu okazało się, iż ok. 40% chorych nie rozumiało go – wypełnili go losowo; ci sami chorzy prawidłowo wypełnili HADS. Niemożność wypełnienia skali BDI przez wielu chorych po udarze przeczy istniejącym w piśmiennictwie sugestiom jej szerokiego stosowania w tej grupie pacjentów (szereg metaanaliz dotyczących DPU, w tym najbardziej znana Hackett i wsp. [18]). Różnica pomiędzy tymi skalami, gdyby tylko wziąć pod uwagę liczbę pytań (23 w BDI i 14 w HADS), nie jest znacząca, liczba sugerowanych odpowiedzi (po 4) – identyczna. W czym tkwią różnice, ułatwiające ich wypełnianie na korzyść HADS? Chyba w samym sformułowaniu pytań. Wystarczy porównać formę graficzną i kompozycję tych skal, aby zrozumieć trudności w wypełnieniu BDI, wyraźnie nasilające się u chorych z jakimikolwiek zaburzeniami poznawczymi. W BDI mamy cykl powtarzających się po cztery zbliżonych sformułowań; chory najpierw musi wychwycić różnice pomiędzy nimi. W HADS zdania są prościej sformułowane, a decyzja wypełniającego dotyczy tylko przysłówka określającego częstotliwość. Prostotę należałoby uznać za naczelną zaletę skali HADS. Dużą użyteczność jak najprostszyc skali w odniesieniu do chorych ze schorzeniami somatycznymi już wcześniej sugerowało badanie polskich autorów i porównanie rezultatów wyników skal: HDRS, BDI i GDS, z których ostatnia wykazała się bardzo wysoką czułością i skutecznością w tej grupie chorych [20]. Osiągnięta przez nas czułość i swoistość jest lepsza niż dotychczasowe rezultaty, przedstawione

we wstępie. Kwestią oczywistą jest zastosowanie HADS. Z całym naciskiem trzeba podkreślić, iż jest to tylko skala przesiewowa i absolutnie nie może być zastosowana jako narzędzie diagnostyki DPU.

Wniosek

HADS jest skalą użyteczną w badaniu przesiewowym depresji i zaburzeń lękowych u chorych po udarze mózgu. W tej grupie chorych sugeruje się obniżenie punktacji do 7 jako prognozy podejrzenia tych zaburzeń.

Скрининговое исследование депрессии после мозгового удара с использованием Hospital Anxiety and Depression Skale (HADS)

Содержание

Вступление. Ввиду ее простоты при исследованиях является пригодной шкалой при скрининговом исследовании депрессивных нарушений, а также фобий у больных после мозгового удара. До настоящего времени не проведено оценки клинической ценности польской язычной версии.

Задание. Оценка клинической ценности шкалы HADS в скрининговом исследовании депрессии и фобийных нарушений у больных после мозгового удара.

Метод. Исследованная группа состояла из больных, госпитализированных между апрелем и декабрем 2005 года в Клинике неврологии Мед. академи г. Гданьска по поводу первичного, ишемического удара мозга. В исследование включено 116 больных. Депрессия диагностирована у 29 пациентов, фобийные нарушения у 16 человек (в том числе у 13 с сопутствующей эпилепсией). Тест проведен у 75 пациентов, оценено 193 визитов, которые прошли в следующих периодах после удара мозга: 6 недель, 6 месяцев, 12 месяцев.

Результаты. При пороге отреза ± 7 полученные клинические показатели равнялись – подшкала депрессии: чувствительность 90,0%, специфичность 92,2%, подшкала фобии: чувствительность 86,5%, специфичность 94,9%, что было результатом, дающим наиболее правильных классификаций. Коэффициент альфа Кронбаха для всей подшкалы депрессии равнялся 0,892, для всей популяции, для всей подшкалы фобии 0,815. Каждая из позиций глоссария коррелировала с общим результатом подшкалы в степени, которая повышала коэффициент действительности альфа Кронбаха.

Выводы. Шкала HADS является пригодной шкалой при скрининговом исследовании депрессии и фобийных нарушений у больных после удара мозга. Предлагается снижение порога подозрения в обоих подшкалах до 7 пунктов.

Screening-Studie an der post-Schlaganfall-Depression mit Anwendung von Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Zusammenfassung

Einleitung. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ist wegen ihrer Einfachheit eine potentiell brauchbare Skala bei der Screening-Studie an den depressiven Störungen und Panikattacke bei den Kranken nach einem Schlaganfall. Bisher wurde die klinische Beurteilung der polnischen Version nicht durchgeführt.

Ziel. Die Beurteilung des klinischen Wertes von HADS in der Screening-Studie an der Depression und Angststörungen bei den Kranken nach einem Schlaganfall.

Methode. Die untersuchte Gruppe bildeten die Kranken, die in der Zeit vom 20. April 2003 bis zum Dezember 2005 in der Klinik für Neurologie AMG wegen des ersten Schlaganfalls hospitalisiert wurden. Es wurden 116 Personen eingeschlossen, die Depression wurde bei 29 Patienten diagnostiziert,

Angststörungen bei 16 Personen (darunter bei 13 komorbid mit einer Depressionsepisode). Den Test füllten 75 Patienten aus, man beurteilte 19 Besuche, die 6, 12, Wochen, 6 und 12 Monate nach dem Schlaganfall stattgefunden hatten.

Ergebnisse. Beim Cut-Off > 7 lagen die erhaltenen klinischen Werte bei: Depression-Unterskala: Sensibilität 90,0%, Spezifität 92,2%, Angst-Unterskala: Sensibilität 86,5%, Spezifität 94,9%, was ein Ergebnis darstellte, das die meisten richtigen Klassifikationen ergab. Der Cronbachs Alpha Koeffizient für die ganze Depression-Unterskala betrug: 0,892, für die gesamte Angst-Unterskala: 0,815, jede der Fragebogen-Positionen korrelierte mit dem allgemeinen Ergebnis der eigentlichen Unterskala in dem Grade, der den Reliabilitätskoeffizient von Cronbachs Alpha erhöht hatte.

Schlussfolgerungen. HADS bildet eine brauchbare Skala in der Screening-Untersuchung der Depression und Angststörungen bei den Kranken nach einem Schlaganfall; es wird empfohlen, den Cut-Off-Punkt in beiden Unterskalen auf 7 Punkte zu senken.

Le dépistage de la dépression après l'attaque d'apoplexie avec l'usage d'Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)

Résumé

Introduction. A cause de sa simplicité Hospital Anxiety and Depression Scale est une échelle utile potentiellement pour le dépistage des troubles dépressifs et anxieux chez les patients après l'attaque d'apoplexie. Sa version polonaise n'est pas encore examinée.

Objectif. Estimer la valeur clinique d'HADS dans le dépistage de la dépression après l'attaque d'apoplexie.

Méthode. On examine les patients hospitalisés à la Clinique Neurologique de l'Université de Gdańsk à partir d'avril 2003 jusqu'à décembre 2005 à cause de la première attaque ischémique d'apoplexie. Le groupe examiné compte 116 patients dont 29 sont diagnostiqués « dépression », 16 – « troubles anxieux » (chez 13 coexistant avec la dépression). 75 patients sont examinés avec le teste, on analyse 193 visites après : 6, 12 semaines et 6 et 12 mois après cette attaque d'apoplexie.

Résultats. En fixant le point de limite ≥ 7 les valeurs cliniques sont les suivantes : sous-échelle de la dépression – sensibilité 90,0%, spécificité 92,2% ; sous-échelle d'anxiété – sensibilité 86,5%, spécificité 94,9% – cela constitue le maximum de bonnes classifications. Le coefficient alpha de Cronbach de la toute sous-échelle de la dépression - 0,892, celui de la toute sous-échelle d'anxiété - 0,815 ; chaque position du questionnaire corrèle avec le résultat général de la sous-échelle en question dans le point qui augmente le coefficient alpha de Cronbach.

Conclusions. HADS est une échelle fort utile pour le dépistage des troubles dépressifs et anxieux chez les patients après l'attaque d'apoplexie, on recommande d'abaisser le point de limite à 7 points.

Piśmiennictwo

1. Zigmond AS, Snaith RP. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatr. Scand. 1983; 67: 361–370.
2. Johnson G, Burvill PW, Anderson CS, Jamrozik K, Stewart-Wynne EG, Chakera TM. *Screening instruments for depression and anxiety following stroke: experience in the Perth community stroke study*. Acta Psychiatr. Scand. 1995; 91: 252–257.
3. O'Rourke S, MacHale S, Signorini D, Dennis M. *Detecting psychiatric morbidity after stroke. Comparison of the GHQ and HAD scale*. Stroke 1998; 29: 981–985.
4. Tang WK, Ungvari GS, Chiu HF, Sze KH. *Detecting depression in Chinese stroke patients: a pilot study comparing four screening instruments*. Int. J. Psychiatry Med. 2004; 34: 155–163.
5. Tang WK, Ungvari GS, Chiu HF, Sze KH, Yu AC, Leung TL. *Screening post-stroke depression in Chinese older adults using the hospital anxiety and depression scale*. Aging Ment. Health. 2004; 8: 397–399.

6. Aben I, Verhey F, Strok J, Lousberg R, Lodder J, Honig A. *A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2003; 74: 581–585.
7. D'Alisa S, Baudo S, Mauro A, Miscio G. *How does stroke restrict participation in long-term post-stroke survivors?* Acta Neurol. Scand. 2005; 112: 157–162.
8. de Coster L, Leentjens AFG, Lodder J, Verhey FRJ. *The sensitivity of somatic symptoms in post-stroke depression: a discriminant analytic approach*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2005; 20: 358–362.
9. Sackley CM, Hoppitt TJ, Cardoso K. *An investigation into the utility of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) in care home settings*. Clin. Rehabil. 2006; 20: 598–602.
10. de Wit L, Molas M, Dejaeger E, de Weerd W, Feys H, Jenni W, Lincoln N, Putman K, Schupp W, Lesaffre E. *The use of a biplot in studying outcomes after stroke*. Neurorehabil. Neural. Repair. 2009; 23: 825–830.
11. Donnellan C, Hickey A, Hevey D, O'Neill D. *Effect of mood symptoms on recovery one year after stroke*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2010; 25: 1288–1295.
12. Fure B, Wyller TB, Engedal K, Thommessen B. *Emotional symptoms in acute ischemic stroke*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2006; 21: 382–387.
13. Carod-Artal FJ, Trizzotto DS, Coral LF, Moreira CM. *Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors*. J. Neurol. Sc. 2009; 15: 63–68.
14. Bennett HE, Thomas SA, Austen R, Morris AM, Lincoln NB. *Validation of screening measures for assessing mood in stroke patients*. Brit. J. Clin. Psychol. 2006; 45 (3): 367–376.
15. Sagen U, Vik TG, Moum T, Mørland T, Finset A, Dammen T. *Screening for anxiety and depression after stroke: comparison of the hospital anxiety and depression scale and the Montgomery and Asberg depression rating scale*. J. Psychosom. Res. 2009; 67: 325–332.
16. Majkowicz M. *Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze*. W: de Walden-Gałaszko K, Majkowicz M, red. *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*, wyd. 1. Gdańsk: Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000, s. 34–36.
17. Ghika-Schmid F, Bogousslavsky J. *Affective disorder following stroke*. Eur. Neurol. 1997; 38: 75–81.
18. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. *Frequency of depression after stroke: A systematic review of observational studies*. Stroke 2005; 36: 1330–1340.
19. Carota A, Berney A, Aybeck S, Iaria G, Staub F, Ghika-Schmid F, Annable L, Guex P, Bogousslavsky J. *A prospective study of predictors of poststroke depression*. Neurol. 2005; 64: 428–433.
20. Wichowicz H, Sumiła A, Stolcman M. *Ocena występowania i nasilenia depresji u chorych w podeszłym wieku z przewlekłymi chorobami somatycznymi: zastosowanie wybranych skal, zalety i wady tej metody diagnozy*. Przegl. Lek. 2004; 61: 1374–1377.

Adres: Hubert M. Wichowicz
Klinika Chorób Psychiczych
i Zaburzeń Nerwicowych
Katedry Chorób Psychiczych GUM
08-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7

Otrzymano: 18.01.2011
Zrecenzowano: 22.03.2011
Otrzymano po poprawie: 30.03.2011
Przyjęto do druku: 7.04.2011