

Ocena depresyjności w populacji. Psychometryczna ocena polskiej wersji skali CESD-R

Assessment of depressiveness in population. Psychometric evaluation of the Polish version of the CESD-R

Karolina Koziara

Instytut Psychologii UJ

Summary

Aim. Psychometric evaluation of reliability and usefulness of the Polish version of the CESD-R – a revised version of the CES-D – screening test for depression.

Methods. In an online survey the CESD-R and the Beck Depression Inventory were applied to 260 participants (men and women). Reliability was assessed with Cronbach's method and split-half (odd-even) method. Same as in the original English publication, factor analysis was performed and three factors were distinguished. Additionally, the CESD-R results were compared with the Beck Depression Inventory results.

Results. Analysis of the CESD-R resulted in high values of reliability, for Cronbach's alpha coefficient the result was 0.95, for split-half (odd-even) method based on Spearman-Brown formula $\alpha = 0.95$. Factor analysis distinguished 3 principal factors such as cognitive-affective factors, physical factors, and self-destructive factors.

Conclusions. Polish version of the CESD-R appears to have reliability values (over 0.7) high enough to be applicable to assess depression in population-based samples. Usefulness of the CESD-R in an individual diagnosis needs further research. However, general analysis of the scale enables to expect the usefulness in at least introductory diagnosis in clinical practice.

Słowa kluczowe: depresja, CESD-R, analiza czynnikowa

Key words: depression, CESD-R, factor analysis

Wstęp

Depresja jest jednym z najpowszechniej występujących zaburzeń psychicznych. Szacuje się, że poważny epizod depresyjny dotyka rocznie około 5% populacji USA

[1]. Na podstawie badań prowadzonych w Polsce szacuje się, że ponad 20% osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu cierpi na zaburzenia depresyjne [2].

Symptomy depresji dotyczą wszystkich, niezależnie od pochodzenia, zamieszkania czy zajęcia. Według danych WHO około 350 milionów ludzi na świecie cierpi z powodu depresji [3]. Zaburzenia afektywne, niezależnie od ich nasilenia, narażają jednostkę na straty w zakresie funkcjonowania społecznego czy zawodowego, stąd potrzeba ciągłego udoskonalania narzędzi do szybszego diagnozowania zaburzeń ze spektrum depresji, a w konsekwencji szybszego zapobiegania rozwinięciu poważniejszych objawów.

Najbardziej znaną i najczęściej stosowaną w Polsce metodą badania rozpoznania depresji w populacji zarówno ogólnej, jak i klinicznej jest Inwentarz Depresji Becka (BDI) [4], m.in. w tłumaczeniu Parnowskiego i Jernajczyka [5]. Pomimo niesłabnącej popularności tego narzędzia spotyka się szereg uwag krytycznych kierowanych pod jego adresem, z czego najpoważniejszą wydaje się nieaktualność inwentarza w odniesieniu do obowiązujących kryteriów diagnostycznych DSM [6] oraz ICD [7]. W badaniach można spotkać także, choć coraz rzadziej stosowaną, Skalę Oceny Depresji Hamiltona [8], jednak zarzuca się jej między innymi niską trafność treściową, nieadekwatność pozycji testowych czy wreszcie format odpowiedzi, który nie wydaje się optymalny dla każdego itemu. Jak piszą Bagby i wsp. [9], wszystkie te niedoskonałości narzędzia sprawiają, że całościowy wynik Skali Oceny Depresji Hamiltona jest wielowymiarowy i niejasny, co znacząco utrudnia jego interpretację.

Williams i wsp. [10] podjęli się porównania dziewięciu skal do oceny depresyjności, między innymi skali Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised (CESD-R), Inwentarza Depresji Becka, Skali Oceny Depresji Hamiltona (w wersji 17-itemowej) oraz Skali Depresji Montgomery–Åsberg [8, 11, 12]. Badacze wskazują na zadowalające oceny psychometryczne wszystkich narzędzi, warto jednak podkreślić, że na korzyść stosowania skali CESD-R przemawia średni czas, jaki zajmuje jej wypełnienie (poniżej 3 minut), możliwość samodzielnego udzielenia odpowiedzi przez badanych (w przeciwieństwie do np. Skali Depresji Montgomery–Åsberg, którą uzupełnia klinicysta) oraz krótkie i sformułowane w przystępny sposób pozycje skali [10]. Warto w tym miejscu wspomnieć, że w praktyce klinicznej stosowany jest również Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (MMPI-2) – ocena depresyjności możliwa jest dzięki jednej z podskal narzędzia. Chociaż rzetelność MMPI-2 jest zadowalająca, to na niekorzyść powszechnego stosowania narzędzia działa jego długość (aż 567 stwierdzeń) oraz możliwość poprawnej interpretacji wyniku wyłącznie przez doświadczonego klinicystę [13].

W odpowiedzi na swoją nieużyteczność dostępnych skal do oceny depresyjności, L.S. Radloff stworzyła narzędzie przydatne do badania nasilenia depresji w populacji ogólnej. Skala CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) kładzie nacisk na występowanie objawów afektywnych, w szczególności nastroju depresyjnego. Za zaletę narzędzia można uznać to, że skierowane jest również do osób, których objawy w diagnozie różnicowej nie będą kwalifikować ich do grupy jednostek zaburzonych [14].

Celem stworzonej przez Radloff [14] skali CES-D było badanie rozpowszechnienia objawów depresji w ogólnej populacji, w odróżnieniu od ówczesnie używanych

skal diagnostycznych opracowanych i stosowanych prawie wyłącznie w diagnostyce klinicznej. Skala CES-D została z uznaniem przyjęta przez badaczy, a przetłumaczona na wiele języków znajduje zastosowanie również wśród badań adolescentów [15]. Niespełna trzydzieści lat po publikacji oryginalnej skali CES-D W. Eaton wraz ze współpracownikami podjęli się uaktualnienia skali do obowiązującej do niedawna klasyfikacji DSM-IV-TR [16]. Zaowocowało to powstaniem skali CESD-R składającej się z 20 stwierdzeń odnoszących się do samopoczucia i zachowania występujących w ciągu ostatnich dwóch tygodni [11]. Innowacyjny względem oryginalnej skali Radloff był czas występowania objawów, wydłużony na podstawie kryteriów DSM-IV-TR z 7 dni (CES-D) do 2 tygodni (CESD-R). Zaletą obydwu skal jest możliwość oceny nasilenia objawów depresyjnych bez potrzeby dychotomicznej klasyfikacji ich jako normalne bądź patologiczne.

Atutem adaptowanej skali wydaje się czas potrzebny do rozwiązania (około 3–4 minuty), co jest szczególnie cenne w badaniach populacyjnych wymagających stosowania wielu narzędzi. Dodatkowo stwierdzenia CESD-R są klarowne i zrozumiałe, co umożliwia zastosowanie skali u osób w różnym wieku oraz z różnym wykształceniem.

Material

- 1) Inwentarz Depresji Becka – samoopisowa skala stworzona przez A. Becka [4] do badania depresyjności. W niniejszym badaniu użyto polskiego tłumaczenia skali dokonanego przez Parnowskiego i Jernajczyka [5].
- 2) CESD-R – samoopisowa skala badająca poziom depresyjności, opublikowana przez Eatona i wsp. [11]. Proces tłumaczenia i adaptacji opisano poniżej.

Metoda

Stosowanie skali CESD-R

Skala CESD-R [11] jest skalą samoopisową składającą się z 20 stwierdzeń. W odniesieniu do każdego stwierdzenia opisującego samopoczucie lub zachowanie, osoby badane wybierają jedną z pięciu możliwych odpowiedzi dotyczących częstości ich występowania. Odpowiedzi od 0 (nie występuje wcale lub krócej niż 1 dzień) do 4 (występuje prawie codziennie przez 2 tygodnie) sumuje się. Na podstawie wyniku określa się stopień nasilenia objawów depresyjnych u jednostki. Najniższy możliwy wynik to 0 punktów, najwyższy – 80 punktów. Autorzy skali zasugerowali, że wynik 16 punktów lub więcej można uznać za niepokojący, a w przypadku osiągnięcia go warto zastanowić się nad konsultacją psychologiczną bądź psychiatryczną, jednak dalsze badania przy użyciu skali CESD-R nie dają podstaw do uznania tej sugestii za słuszną [17].

Procedura tłumaczenia skali CESD-R

Skala przetłumaczona została na język polski za zgodą autora – W.W. Eatona (2014). Pierwszym etapem tłumaczenia było przełożenie skali z języka angielskiego na

język polski przez 4 niezależne osoby, w tym 2 mężczyzn i 2 kobiety, w różnym wieku oraz zróżnicowane pod względem wykształcenia. Następnie 4 inne osoby (2 mężczyzn i 2 kobiety), także zróżnicowane pod względem wieku i wykształcenia, dokonały zwrotnego tłumaczenia (back-translation) z języka polskiego na język angielski. Otrzymane tłumaczenia zwrotne były niemalże całkowicie zgodne z oryginalną wersją narzędzia, zarówno w zakresie instrukcji, jak i poszczególnych pozycji testowych. O dodatkową ocenę wszystkich tłumaczeń (skali oryginalnej, przekładu na język polski i tłumaczenia zwrotnego) poproszono filologa angielskiego. Po uzgodnieniu ostatecznej wersji tłumaczenia na język polski oraz korekcie warstwy językowej, ujednoliconą polskojęzyczną wersję skali przekazano 10 osobom (4 mężczyznom i 6 kobietom w wieku od 19 do 36 lat; 8 osób miało wyższe wykształcenie, 2 deklarowały wykształcenie średnie, żadna z osób nie była z wykształcenia psychologiem) pełniącym rolę sędziów kompetentnych, z prośbą o ostateczną analizę, tj. ocenę, w jakim stopniu zrozumiała jest instrukcja oraz poszczególne itemy skali. Po otrzymaniu oceny wraz z komentarzami sędziów kompetentnych ustalono ostateczne brzmienie polskiej wersji skali CESD-R.

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 260 osób, w tym 175 kobiet i 85 mężczyzn. Korzystanie z porady psychiatry bądź psychologa, w związku z zaburzeniami nastroju, zadeklarowały 63 osoby, w tym 50 kobiet i 13 mężczyzn. Średni wiek osób badanych wyniósł 23,5 roku ($SD = 5,92$), najmłodsza osoba miała 16 lat, najstarsza – 54.

221 osób (146 kobiet, 75 mężczyzn) określiło swoją tożsamość jako heteroseksualną (85%), 19 jako homoseksualną (13 kobiet, 6 mężczyzn), 18 zadeklarowało się jako osoby biseksualne (14 kobiet, 4 mężczyzn). Dwie kobiety określiły swoją tożsamość jako „inna”.

Większość osób badanych zamieszkiwała miejscowość powyżej 500 tysięcy mieszkańców (42,3%), niespełna 21% mieszkało w miejscowości od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, 5,8% mieszkało w miejscowości od 50 do 100 tysięcy mieszkańców, natomiast 31,2% w miejscowości poniżej 50 tysięcy mieszkańców.

Wyniki

Maksymalny możliwy do uzyskania wynik na skali CESD-R to 80, minimalny – 0. Wśród osób badanych średni wynik dla skali CESD-R wyniósł 22,12, odchylenie standardowe = 17,60, w badanej grupie minimalny uzyskiwany wynik to 0, maksymalny to 76.

Tabela 1 przedstawia średnie wyniki dla kobiet i mężczyzn oraz wyniki łączne osiągnięte na skali CESD-R. Mężczyźni ogółem uzyskiwali wyższe wskaźniki na skali CESD-R (23 punkty) w porównaniu z kobietami (22 punkty). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni niedeklarujący korzystania z pomocy psychologicznej lub/i psychiatrycznej osiągnęli na skali CESD-R około 19 punktów (odpowiednio 19,24 i 19,90). Mężczyźni korzystający z porady psychologa/psychiatry osiągnęli średnio 40,77 punktu, kobiety natomiast 27,68 punktu.

Tabela 1. Rozkład wyników skali CESD-R dla poszczególnych grup

	Wyniki skali CESD-R			
	M	SD	Min.	Maks.
Badani ogółem (n = 260)	22,12	17,60	0	76
Kobiety (n = 175)	21,65	17,56	0	76
nieleczone* (n = 125)	19,24	16,16	0	65
leczone** (n = 50)	27,68	19,56	0	76
Mężczyźni (n = 85)	23,09	17,74	0	71
nieleczeni* (n = 72)	19,90	15,80	0	71
leczeni** (n = 13)	40,77	18,02	13	65

*osoby nie zadeklarowały korzystania z pomocy psychiatrycznej/psychologicznej, **osoby zadeklarowały korzystanie z pomocy psychiatrycznej/psychologicznej, M – średni wynik, SD – odchylenie standardowe

CESD-R – walidacja

Dla porównania przeprowadzono także badanie Inwentarzem Depresji Becka [4, 5]. Alfa Cronbacha dla Inwentarza Depresji Becka wyniosła $\alpha = 0,89$.

Analiza rzetelności skali CESD-R obliczana metodą połówkową (parzyste–nieparzyste) według wzoru Spearmana-Browna wyniosła 0,95, dodatkowo przeprowadzono analizę metodą Cronbacha, gdzie $\alpha = 0,95$.

Korelacja wyników skali CESD-R z wynikami Inwentarza Depresji Becka wyniosła $r = 0,73$, $p < 0,0001$.

Analiza czynnikowa pozwoliła wyodrębnić trzy grupy czynników. Tabele 2 i 3 przedstawiają odpowiednio całkowitą wyjaśnioną wariancję oraz główne składowe. Wyjaśniona całkowita wariancja może zostać uznana za zadowalającą [18]. Grupy czynników wyodrębnionych w analizie można określić jako poznawczo-afektywne (czynnik 1), fizyczne (czynnik 2) oraz autodestrukcyjne (czynnik 3). Warto w tym miejscu nadmienić, że autorzy oryginalnej skali, pomimo wyróżnienia w analizie czynnikowej również trzech czynników, sugerują, aby interpretować wynik testu jako całość, bez podziału na wyniki w zakresie konkretnego czynnika [11].

Tabela 2. Analiza czynnikowa – całkowita wyjaśniona wariancja

	Całkowita wyjaśniona wariancja	
	% wariancji	% skumulowany
Czynnik 1	51,51	51,51
Czynnik 2	7,53	59,04
Czynnik 3	5,80	64,83

Tabela 3. Główne czynniki skali CESD-R

Item CESD-R	czynnik 1	czynnik 2	czynnik 3
4. Czulem(am) się przygnębiony(a).	0,903		
6. Czulem(am) się smutny(a).	0,900		
2. Nie mogłem(am) pozbyć się chandry.	0,877		
3. Miałem(am) problem ze skupieniem się na tym, co robię.	0,867		
7. Nie mogłem(am) zebrać się do działania.	0,844		
20. Nie mogłem(am) skupić się na ważnych rzeczach.	0,784		
13. Czulem(am) się niespokojny(a).	0,775		
8. Nic mnie nie cieszyło.	0,758		
16. Cały czas byłem(am) zmęczony(a).	0,667		
10. Straciłem(am) zainteresowanie codziennymi zajęciami.	0,634		
9. Czulem(am) się złym człowiekiem.	0,552		-0,313
12. Czulem(am) jakbym poruszał(a) się zbyt wolno.	0,541		
17. Nie lubiłem(am) siebie.	0,496		-0,406
5. Mój sen był niespokojny.	0,485		
18. Mimowolnie straciłem(am) dużo na wadze.		0,856	
1. Miałem(am) kiepski apetyt.		0,770	
19. Miałem(am) problemy z zaśnięciem.		0,553	
15. Chciałem(am) zrobić sobie krzywdę.			-0,756
14. Chciałem(am) umrzeć.			-0,736
11. Spałem(am) o wiele dłużej niż zazwyczaj.	0,426	0,366	0,429

Główne składowe (rotacja Oblimin z normalizacją Kaisera), uwzględniano wartości wyższe niż 0,3

Dyskusja

Celem prowadzonych badań była ocena wartości pomiarowej polskiej adaptacji skali CESD-R służącej do badania poziomu depresyjności w populacji ogólnej. Analizy metodą połówkową oraz metodą Cronbacha dały satysfakcjonujące wyniki (powyżej 0,7), co pozwala potwierdzić wysoką rzetelność skali [18]. W analizie czynnikowej udało się również wyodrębnić trzy grupy czynników dotyczących objawów poznawczo-afektywnych, fizycznych i autodestrukcyjnych.

Za stosowaniem skali w badaniach populacyjnych przemawia czas potrzebny do jej wypełnienia (około 3 minut), a także jasno sformułowane pozycje testowe, przystępne dla osób w różnym wieku i z różnym wykształceniem. Łatwa i krótka skala CESD-R znajduje zastosowanie szczególnie w badaniach składających się z wielu narzędzi,

w których liczy się czas oraz wysiłek, jaki osoby badane muszą włożyć w wypełnienie skal i kwestionariuszy.

Za wadę skali CESD-R, szczególnie w kontekście klinicznym, można uznać brak norm oraz jasnego punktu odcięcia, który umożliwiałby różnicowanie osób z zaburzeniem depresyjnym od osób zdrowych. Autorzy oryginalnej wersji skali sugerują, że wynik 16 punktów lub więcej można uznać za wystarczająco wysoki, żeby skonsultować swój stan ze specjalistą. Dalsze badania prowadzone przy użyciu skali CESD-R nie potwierdziły założenia, że wynik 16 punktów to wynik odróżniający próby kliniczne od nieklinicznych [17]. Należy jednak pamiętać, że skala CES-D (oraz CESD-R) z założenia stworzona została do badania populacji ogólnej, a nie klinicznej, i jako taka spełnia swoją rolę, znajdując zastosowanie w badaniach naukowych.

Wnioski

Polskie tłumaczenie skali CESD-R może być stosowane w badaniach populacyjnych jako narzędzie rzetelne i prawidłowo różnicujące osoby badane pod względem nasilenia objawów depresyjnych. W diagnozie indywidualnej oraz praktyce klinicznej skala CESD-R może być użyta jako narzędzie do wstępnej diagnozy, jednak niezbędne jest dodatkowe jej potwierdzenie.

Piśmiennictwo

1. Hasin D, Goodwin R, Stinson F, Grant B. *Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62: 1097–1106.
2. Wojnar M, Drózd W, Araszkiewicz A, Latkowski B, Nawacka-Pawlaczyk D, Urbański R. *Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2002; 2: 187–197.
3. World Health Organization. *Mental disorders*. 2016. [dostęp: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>].
4. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
5. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa)*. Psychiatr. Pol. 1977; 11: 417–425.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Waszyngton: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.
7. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization; 1994.
8. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23: 56–62.
9. Bagby M, Ryder A, Schuller D, Marshall MB. *The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight?* Am. J. Psychiatry 2004; 161: 2163–2177.
10. Williams J, Hirsch E, Anderson K, Bush AL, Goldstein SR, Grill S. i wsp. *A comparison of nine scales to detect depression in Parkinson disease Which scale to use?* Neurology 2012; 78: 998–1006.

11. Eaton W, Smith C, Ybarra M, Muntaner C, Tien A, Maruish ME. *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R)*. W: Maruish ME red. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*. 3rd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2004. s. 363-377
12. Montgomery S, Åsberg M. *A new depression scale designed to be sensitive to change*. Br. J. Psychiatry 1979; 134: 382–389.
13. Brzezińska U, Koć-Januchta M, Stańczak J. *MMPI(R)-2. Podręcznik stosowania, oceny i interpretacji. Wersja zrewidowana*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2012.
14. Radloff L. *The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population*. Appl. Psychol. Meas. 1977; 1: 385–401.
15. Radloff L. *The use of the Center for epidemiologic studies depression scale in adolescents and young adults*. J. Youth Adolesc. 1991; 20: 149–166.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Waszyngton: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2000.
17. Van Dam N, Earleywine M. *Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale—Revised (CESD-R): Pragmatic depression assessment in the general population*. Psychiatry Res. 2011; 186: 128–132.
18. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.

Adres: Karolina Koziara
Instytut Psychologii UJ
30-060 Kraków, ul. Ingardena 6

Otrzymano: 5.10.2015
Zrecenzowano: 10.01.2016
Otrzymano po poprawie: 15.01.2016
Przyjęto do druku: 29.01.2016

ANEKS

CESD-R

Autorzy: Eaton W, Muntaner C, Smith C. i wsp.

Tłumaczenie: Koziara K. i wsp.

Poniżej znajduje się lista stwierdzeń dotyczących samopoczucia i zachowania, proszę zaznaczyć odpowiedź, która najlepiej oddaje Pana/Pani stan w ciągu ostatnich 2 tygodni.

0. wcale lub krócej niż 1 dzień
1. 1–2 dni
2. 3–4 dni
3. 5–7 dni
4. prawie codziennie przez 2 tygodnie

1. Miałem(am) kiepski apetyt.	0 1 2 3 4
2. Nie mogłem(am) pozbyć się chandry.	0 1 2 3 4
3. Miałem(am) problem ze skupieniem się na tym, co robię.	0 1 2 3 4
4. Czuję(am) się przygnębiony(a).	0 1 2 3 4
5. Mój sen był niespokojny.	0 1 2 3 4
6. Czuję(am) się smutny(a).	0 1 2 3 4
7. Nie mogłem(am) zebrać się do działania.	0 1 2 3 4
8. Nic mnie nie cieszyło.	0 1 2 3 4
9. Czuję(am) się złym człowiekiem.	0 1 2 3 4
10. Straciłem(am) zainteresowanie codziennymi zajęciami.	0 1 2 3 4
11. Spałem(am) o wiele dłużej niż zazwyczaj.	0 1 2 3 4
12. Czuję(am) jakbym poruszał(a) się zbyt wolno.	0 1 2 3 4
13. Czuję(am) się niespokojny(a).	0 1 2 3 4
14. Chciałem(am) umrzeć.	0 1 2 3 4
15. Chciałem(am) zrobić sobie krzywdę.	0 1 2 3 4
16. Cały czas byłem(am) zmęczony(a).	0 1 2 3 4
17. Nie lubiłem(am) siebie.	0 1 2 3 4
18. Mimowolnie straciłem(am) dużo na wadze.	0 1 2 3 4
19. Miałem(am) problemy z zaśnięciem.	0 1 2 3 4
20. Nie mogłem(am) skupić się na ważnych rzeczach.	0 1 2 3 4