

MARIA OLEŚ
Lublin

POMIAR DEPRESJI U DZIECI: PRZEGLĄD METOD

Problematyka depresji dziecięcej stanowi nadal zagadnienie kontrowersyjne i otwarte, choć w ostatnich dekadach w wyniku intensywnych badań nastąpił znaczny postęp wiedzy na ten temat. Termin „depresja” odnosi się do szerokiego kontinuum zjawisk związanych z zaburzeniami depresyjnymi; depresja może być rozumiana jako symptom, syndrom lub choroba (jednostka nozologiczna). Jako symptom oznacza dysforyczny nastrój charakteryzujący się uczuciem smutku i drażliwości, który jest częścią ludzkiego doświadczenia. Może przejawiać się bez widocznej przyczyny lub jako reakcja na utratę lub rozczarowanie (zawód). Jako syndrom jest zespołem symptomów z określonym obrazem klinicznym, gdzie smutek jest jednym z współwystępujących ze sobą objawów, nie tylko afektywnych, ale także poznawczych, motywacyjnych, wegetatywnych czy psychomotorycznych, jak np. spadek zainteresowania aktywnością, uczucie bezwartościowości, zaburzenia snu, zaburzenia apetytu. Depresja jako choroba jest to coś więcej niż syndrom i cechuje się charakterystycznym obrazem klinicznym, naturalną historią, przyczyną, przebiegiem i rokowaniem (Cantwell, Carlson 1979; Cantwell 1982; Aylward 1985; Kazdin 1990; Cantwell, Baker 1991).

Przez wiele lat depresja u dzieci nie była przedmiotem badań, co wynikało zarówno z odmiennych stanowisk co do istnienia zjawiska, różnego rozumienia pojęcia, braku zgodnej nozologii i kryteriów diagnostycznych, różnych danych co do jej występowania, a także braku adekwatnych narzędzi badawczych (Kovacs, Beck 1977; Carlson, Cantwell 1979; Bürgin 1986).

Początkowo uważano, że depresja jako zaburzenie nie istnieje u dzieci tak, jak istnieje u dorosłych. Zwłaszcza poglądy psychoanalityków, według których depresja nie ujawnia się przed okresem dojrzewania, były przeciwne istnieniu depresji u dzieci (Mahler 1961; Rie 1966). Zainteresowanie dziecięcą depresją wyraźnie wzrosło w latach siedemdziesiątych i problem depresji przestał być tylko problemem na polu psychiatrii, stał się również problemem psychologicz-

nym. Kolejne poglądy sugerowały, że depresja u dzieci może istnieć, ale inaczej się manifestuje niż u dorosłych i jest to tzw. „depresja maskowana” lub wyrażająca się poprzez różne „depresyjne ekwiwalenty”, takie jak: agresywność, napady złego humoru, nadpobudliwość czy lęk (Cytryn, McKnew 1974, Malmquist 1977).

Zdecydowany wpływ na rozwój tej problematyki wywarły badania nad depresją dorosłych, jak też opracowanie kryteriów diagnostycznych, jak np. RDC (Research Diagnostic Criteria, Spitzer, Endicott, Robins 1978), trzecie wydanie DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association 1980). Według autorów DSM-III depresja jako zaburzenie istnieje u dzieci, a do jej diagnozowania można użyć tych samych kryteriów co i do diagnozowania depresji u dorosłych (Puig-Antich 1980). Podejście takie spotkało się z krytyką, gdyż niemal całkowicie ignorowało ważne czynniki rozwojowe, które wpływają na sposób przejawiania się różnych zaburzeń emocjonalnych u dzieci.

Zarysowały się konkurujące ze sobą punkty widzenia co do podobieństwa między depresją dziecięcą a depresją dorosłych (Cantwell, Carlson 1979; Kovacs, Beck 1977; Bürgin 1986). Wielu autorów podkreślało to, że depresja jako zaburzenie może znacznie się zmieniać i różnie manifestować w zależności od wieku i płci, niemniej podstawowe zjawisko depresji u dzieci, młodzieży i dorosłych jest takie samo (Quay, Routh, Shapiro 1987; Kazdin 1987a; 1989; 1990; Cantwell, Baker 1991). Stanowisko to pociągnęło za sobą w latach osiemdziesiątych rozwój badań nad depresją u dzieci z zastosowaniem kryteriów diagnostycznych opracowanych dla dorosłych. Badania prowadzone za pomocą standaryzowanych wywiadów czy technik pomiarowych, które powstały na gruncie różnych modeli teoretycznych, wykazały, że u wielu dzieci rzeczywiście występuje konstelacja depresyjnych symptomów o różnym stopniu nasilenia i że depresja może być rzetelnie diagnozowana u dzieci i młodzieży (Carlson, Cantwell 1979; Kashani, Barbero, Bolander 1981; Kazdin 1987a). Kwestionariusze, inwentarze, wywiady dla dorosłych były rewidowane i adaptowane dla dzieci.

Od czasu wydania DSM-III-R (1987) depresja jest rozumiana jako zespół afektywnych i somatycznych objawów, które muszą występować w pewnym okresie i nie mogą być przypisywane innym zaburzeniom (Kazdin 1987a; Leadbeater, Blatt, Quinlan 1995). Nie wszystkich to jednak zadowala. Allen-Meares (1987) twierdzi, że kryteria diagnostyczne winny zostać na nowo opracowane dla dzieci i młodzieży, w taki sposób, by uwzględniały różnice rozwojowe w obrazie klinicznym depresji (por. Kazdin 1989).

Chociaż badania nad depresją u dzieci są stosunkowo nowe, nagromadziła się już znaczna suma wiedzy zarówno na temat natury zjawiska, jego występo-

wania i korelatów, jak też sposobów jego badania, w tym konkretnych technik diagnostycznych, ich właściwości psychometrycznych, możliwości badawczych i ograniczeń (Poznański 1982; Aylward 1985; Kazdin Petti 1982; Kazdin 1987a, 1990).

Celem tego artykułu jest przedstawienie możliwości badania depresji dziecięcej, rozumianej jako zespół pewnych objawów, za pomocą kilku wybranych metod oraz ich krytyczna ocena. Podobnie jak w przypadku skal do badania osób dorosłych, metody do badania depresji u dzieci można podzielić na metody polegające na samoocenie (a więc wypełniane przez samo dziecko), kliniczne skale ocen, często oparte na wywiadzie standaryzowanym, które wypełniają wytrenowani specjaliści (na ogół psychiatrzy lub psychologowie kliniczni), oraz skale ocen wypełniane przez osoby bez przygotowania profesjonalnego, za to będące w kontakcie z dzieckiem na co dzień (rodzice, nauczyciele czy rówieśnicy).

Skale typu samooceny posiadają następujące właściwości:

1. zakładają sprawność czytania, czyli natrafiają na naturalną barierę wieku;
2. wymagają krytycznej samooceny, tzn. zdolności dziecka do rozpoznawania swych stanów, odniesienia do nich właściwego opisu i dokonania ich oceny;
3. powinny być skonstruowane w sposób prosty, jednoznaczny i zrozumiały dla dziecka;
4. są podatne na zniekształcenia i zafałszowania, a więc skłonność do pokazywania się w lepszym bądź gorszym świetle (zmienna aprobaty społecznej oraz agrawacja-dyssymulacja);
5. niewątpliwie ich mocną stroną jest to, że skoro wiele symptomów dotyczy myśli i uczuć, a nie tylko bezpośrednio obserwowalnych zachowań, to dziecko samo najtrafniej może określić rodzaj i stopień ich nasilenia.

Kliniczne skale ocen winny spełniać następujące wymogi:

1. powinny być skonstruowane w sposób pozwalający na jednoznaczną ocenę, czyli powinny zawierać klarowne opisy symptomów oraz jednoznaczne kryteria oceny stopnia ich nasilenia;
2. wymagają dokładnej obserwacji dziecka, wywiadu z dzieckiem, rodzicami, nauczycielami czy personelem medycznym.

Skale do oceny przez innych winny spełniać pierwszy warunek dotyczący skal klinicznych, pomimo iż operują one językiem naturalnym oraz prostą skalą ocen; ponadto wymagają one dokładnej obserwacji bądź dobrej znajomości dziecka, np. przez rówieśników.

I. SKALE TYPU SAMOOCENY

Wśród wielu różnych metod do pomiaru depresji u dzieci, jakie powstały w ostatnich latach, najliczniejszą grupę stanowią skale typu samooceny. Metody te są szczególnie ważne w ocenie depresji, gdyż pozwalają określić takie kluczowe jej objawy, jak smutek, uczucia bezwartościowości, utratę zainteresowań, które odzwierciedlają subiektywne uczucia i percepcję siebie (Kazdin 1990).

1. Skala Samooceny Depresji DSRS P. Birllesona

Koncepcja depresji opracowana przez Birllesona (1981), na bazie której zbudowano „Depression Self-Rating Scale” (DSRS), jest bliska koncepcji depresji u dorosłych. Na podstawie kryteriów zaburzeń depresyjnych, opisywanych w literaturze i modelu Feighnera depresji u dorosłych, autor wprowadza operacyjną definicję zaburzeń depresyjnych u dzieci, która zakłada:

1. poczucie nieszczęścia, smutku, niedoli, płaczliwość, uzalanie się nad sobą,
2. zmianę zachowania trwającą co najmniej dwa tygodnie, ale nie więcej niż rok,
3. pogorszenie kontaktów społecznych i/lub spadek osiągnięć szkolnych,
4. obecność dwu lub więcej spośród następujących symptomów: zaburzenia snu, apetytu, utrata zainteresowań, spadek energii, obniżenie aktywności, negatywna samoocena, podwyższona drażliwość, samobójcze groźby lub zachowania, skargi somatyczne, chaotyczne zachowanie, urojenia i halucynacje o treściach depresyjnych (Birlleson 1981 s. 76).

Aby diagnozować zaburzenia depresyjne muszą być spełnione wszystkie 4 wymienione warunki. Występowanie zaburzeń depresyjnych jest często poprzedzone przez stresujące wydarzenia życiowe, a zwłaszcza doświadczenia straty, jak wczesna separacja od rodziców czy częste zmiany zamieszkania lub szkoły, które redukują wsparcie społeczne. Dzieci z diagnozą depresji na ogół przejawiają większość z następujących cech: płaczliwość, poczucie nieszczęścia, przygnębienie, spadek aktywności motorycznej, zahamowanie i wycofanie z zabawy, deprecjacja siebie, pesymistyczne odniesienie do przyszłości, poczucie bycia niechcianym, myśli samobójcze i myśli o śmierci (Birlleson 1981).

Na podstawie zarysowanej koncepcji depresji opracowano skalę typu samooceny do badania depresji u dzieci w wieku 7-13 lat. Przy konstrukcji skali autor przyjął założenie, że dzieci powyżej 7 roku życia są zdolne do osądu swych uczuć, myśli i zachowań.

Do wstępnej wersji metody włączono 37 twierdzeń, które zostały ułożone na podstawie literatury na temat symptomów zaburzeń depresyjnych u dzieci oraz na bazie itemów skali Zunga dla dorosłych. Uzyskanym w ten sposób zestawem

twierdzeń przebadano 4 grupy dzieci w wieku 7-13 lat: grupa kliniczna obejmowała 17 dzieci (średnia wieku $M=10$ lat i 9 miesięcy, $s=21, 8$), zdiagnozowanych jako depresyjne na podstawie przyjętej definicji zaburzeń depresyjnych; wszystkie były przed okresem dojrzewania, u żadnego nie stwierdzono zaburzeń psychotycznych czy też uszkodzenia centralnego układu nerwowego; trzy grupy kontrolne stanowiły hospitalizowane dzieci neurotyczne ($N=17$, $M=10$ lat i 4 miesiące, $s=20, 6$), dzieci ze szkoły dla osób z zaburzeniami przystosowania ($N=20$, $M=9$ lat i 10 miesięcy, $s=11, 7$), dzieci zdrowe ze szkoły normalnej ($N=19$, $M=12$ lat i 1 miesiąc, $s=3, 4$). Średni wynik dzieci zdrowych wynosił $M=4, 32$ ($s=3, 32$), nieprzystosowanych $M=8, 35$ ($s=3, 07$), neurotycznych $M=8, 18$ ($s=4, 29$), natomiast średni wynik dzieci depresyjnych był ponad dwukrotnie wyższy, $M=17, 65$ ($s=6, 44$).

W celu ustalenia, które itemy najlepiej różnicują grupę dzieci depresyjnych od grup kontrolnych, uzyskane wyniki poddano analizie wariancji, w wyniku czego do ostatecznej wersji skali zakwalifikowano 18 itemów. Każda odpowiedź diagnostyczna ma wartość 2 punktów, stąd zakres wyników surowych wynosi od 0 do 36 punktów.

Porównanie wyników wykazało, że żadne dziecko z grupy dzieci zdrowych nie uzyskało wyniku powyżej 11 punktów. Na podstawie uzyskanych wyników ustalono też punkt graniczny odróżniający normę od depresji, który wynosi 13 punktów. Wynik powyżej 13 punktów wskazuje na zaburzenia depresyjne.

Charakteryzując właściwości psychometryczne skali, Birleson (1981) podaje, że: (1) korelacje poszczególnych itemów z wynikiem ogólnym wynoszą od 0,65 do 0,95, (2) współczynnik zgodności międzypołówkowej wynosi 0,86, (3) rzetelność typu test-retest w grupie dzieci niedostosowanych wynosi 0,80, co wskazuje na satysfakcjonujący poziom stabilności. Przeprowadzono również analizę czynnikową, której rezultatem było wyodrębnienie jednego czynnika głównego, wyjaśniającego ok. 30% wariancji, co autor podsumowuje stwierdzeniem, że metoda posiada trafność czynnikową. Komentując ten wniosek wypada jednak stwierdzić, że 30% wyjaśnianej wariancji to mało, rezultat taki – co jeszcze zależy od rodzaju i sposobu przeprowadzenia analizy czynnikowej – może sugerować bądź to zróżnicowanie w ramach objawów depresji, bądź to duży błąd pomiaru (być może nie do uniknięcia w badaniu dzieci).

Skala posiada wysoką trafność fasadową i mierzy nasilenie depresji, obejmując depresję umiarkowaną i ostrą. Trafność diagnostyczną Skali Birlesona sprawdzono poprzez porównanie wyników w niej uzyskiwanych z wynikami w innych metodach do pomiaru depresji u dzieci, między innymi w skali Kazdina HPLS (The Hopelessness Scale for Children) do badania pesymizmu (Asarnow, Carlson, Guthrie 1987; Kashani, Reid, Rosenberg 1989). Skala posiada wystarczającą stabilność, nawet przy badaniu dzieci o labilnym nastroju. Równocześnie-

nie jest wystarczająco czułym narzędziem, aby odróżnić dzieci z depresją od dzieci zdrowych, neurotycznych, czy dzieci z innymi zaburzeniami.

Polska wersja skali stanowi przekład oryginalnej metody, którego dokonała M. Oleś w 1981 roku, i tak jak oryginał zawiera 18 twierdzeń. Odpowiedzi uwzględniają 3 możliwości dotyczące częstotliwości przeżywanych uczuć lub występowania poszczególnych objawów, a mianowicie: „często, czasami, nigdy”. W zależności od tego, czy twierdzenie sformułowane jest wprost, czy nie, odpowiedzi punktowane są 0, 1, 2 albo odwrotnie: 2, 1, 0. Instrukcja do skali zawiera polecenie, by dziecko odpowiedziało, jak czuło się ostatnio poprzez zakreślenie jednej z trzech możliwości. Przykładowo zdania są następujące:

„Cieszę się na to, co ma się zdarzyć, tak jak cieszyłem się dawniej”.

„Mam mnóstwo energii”.

„Czuję się tak smutny, że ledwie mogę to wytrzymać”.

Polska wersja skali traktowana jest jako metoda eksperymentalna, i jak dotychczas stosowana jest głównie w badaniach naukowych.

2. Inwentarz Depresji Dziecięcej CDI M. Kovacs

Skala CDI – „Children’s Depression Inventory” jest jedną z najbardziej używanych metod oceny depresji u dzieci (Kovacs 1980/81). Inwentarz składa się z 27 itemów dotyczących kognitywnych, afektywnych i behawioralnych symptomów depresji (smutek, anhedonia, myśli samobójcze, zaburzenia snu i apetytu). Każdy item dotyczy jednego symptomu i przedstawiony jest w postaci 3 alternatywnych wypowiedzi, z których dziecko wybiera jedną, najbardziej charakteryzującą je w okresie ostatnich 2 tygodni. Przykładowo, dziecko wybiera jedną z następujących możliwości:

a) „Czasami jestem smutny”;

b) „Często jestem smutny”;

c) „Jestem ciągle smutny”.

Wypowiedzi są punktowane 0, 1 i 2, stosownie do nasilenia depresji, którą wyrażają. Wynik badania skalą mieści się w przedziale od 0-54. Badanie może odbywać się w dwojaki sposób: dziecko może samodzielnie czytać i zaznaczać odpowiedzi lub też badający czyta kolejno itemy, zaś dziecko dokonuje wyboru jednej spośród trzech możliwości dla każdego z nich. Oprócz wersji typu samooceny utworzono również wersję skali dla osób trzecich, które mogą ocenić dziecko na podstawie obserwacji i bezpośredniego kontaktu. Jest to wersja dla rodziców i nauczycieli, często stosowana w badaniach obok wersji typu samooceny (Kovacs 1980/81).

Pierwsza wersja CDI była modyfikacją 21-itemowego Inwentarza Depresji dla dorosłych Becka (BDI). Adaptacja ta była uzasadniona następującymi racjami: (1) wszystkie symptomy ujęte w BDI były wymieniane w literaturze jako

charakterystyczne również dla dziecięcej depresji, (2) w sytuacji, gdy nie było jasne do jakiego stopnia model depresji dla dorosłych odnosi się do dzieci, podobieństwa przeważały nad różnicami.

Przeformułowanie twierdzeń z BDI zostało przeprowadzone przy udziale dzieci zdrowych i chorych. Prace nad testem doprowadziły do kilku rewizji i wyeliminowania tych treści, które w małym stopniu odnosiły się do dzieci i młodzieży. Do istniejącej puli itemów dodano 6 twierdzeń, które dotyczyły związanych z wiekiem trudności w funkcjonowaniu i przypuszczalnie spowodowanych przez depresję. Proces walidacji narzędzia przeprowadzono na grupie dzieci hospitalizowanych, które porównywano z grupą dzieci zdrowych w wieku 8-13 lat. Odwołując się do badań wstępną wersją poprawiono i wymieniono niektóre itemy. Kolejną wersją przebadano grupę 875 dzieci kanadyjskich w wieku 10-17 lat ze szkół normalnych. Dla badanej grupy dzieci uzyskano wyniki w granicach od 0-51, ze średnią, $M=9,27$, $s=7,29$; modalną równą 7. Nie stwierdzono różnicy ze względu na wiek i płeć. Na podstawie uzyskanych rezultatów wyznaczono punkt graniczny – 19 pkt. – powyżej którego znajdują się wyniki wysokie (Kovacs 1980/81).

Określono również właściwości psychometryczne testu. Rzetelność skali, badana metodą wewnętrzną zgodności, wynosiła 0,76, a korelacje itemów z wynikiem ogólnym były w granicach 0,31–0,54. Wskaźnik stałości obliczony metodą test-retest na podstawie badania grupy 28 dzieci w odstępie 1 miesiąca wynosił $r=0,72$. Trafność testu sprawdzono korelując wyniki w nim uzyskiwane z (niską) samooceną, korelacja wyniosła 0,66. Porównanie dzieci leczonych psychiatrycznie z grupą dzieci leczonych ambulatoryjnie z powodu chorób psychosomatycznych przyniosło kolejne potwierdzenie trafności skali CDI (Kovacs 1980/81). Badano również trafność metody porównując oceny depresji w różnych skalach (CDI, BID – Bellevue Index of Depression), dokonywane przez tę samą osobę, a także przez różnych oceniających (dzieci, matki, ojcowie). Wyniki były również zadowalające, chociaż tylko korelacje między ocenami matek i ojców były wysokie (korelacje 0,68 i więcej) (Kazdin, Esveldt-Dawson, Unis, Rancurello 1983).

Za pomocą skali CDI przeprowadzono znaczną liczbę badań w różnych grupach klinicznych i nieklinicznych, wśród dzieci z tendencjami samobójczymi itp. Powtórnie sprawdzono właściwości psychometryczne skali. Przykładowo, w późniejszych badaniach uzyskano wskaźnik zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha 0,80 (Kazdin 1990). Skala różnicuje grupy kliniczne od nieklinicznych, jak też w ramach grup klinicznych dzieci depresyjne i niedepresyjne. Koreluje również w oczekiwanym kierunku z innymi metodami badającymi takie wymiary, jak: obraz siebie (*self-esteem*), kompetencje osobiste (*perceived personal*

competence), negatywne atrybucje (*negative cognitive attributions*), pesymizm, i inne (Kazdin 1988).

Skala CDI jest obecnie jedną z najlepiej opracowanych metod do badania depresji dziecięcej. Punktowanie jest proste, twierdzenia zrozumiałe. Być może badanie, polegające na dokonywaniu wyboru, sprawia trudności dzieciom z problemami w koncentracji uwagi.

Carlson i Cantwell (1982) badali związek między depresją a zachowaniami samobójczymi stosując wywiad kliniczny oraz skalę CDI w wersji skróconej (21 itemów) w grupie 102 dzieci i młodzieży, leczonych psychiatrycznie. Dzieci, które w wywiadzie i w CDI zaprzeczały posiadaniu myśli samobójczych, uzyskały średni wynik w skali znacznie niższy ($M=14,7$, $s=10,0$) niż dzieci ujawniające je w obu metodach (średnia w CDI, $M=24,4$, $s=9,6$).

Kazdin, French i Unis (1983) przebadali skalę CDI grupę 48 dzieci w wieku 6-13 lat (nowo przyjętych pacjentów szpitala) oraz uzyskali od ich matek i ojców oceny nasilenia i czasu trwania depresji u ich dzieci, również na podstawie tej skali. Stwierdzono brak związku między ocenami dzieci i ich rodziców, natomiast różne metody pomiaru depresji, wypełniane przez tę samą osobę (dziecko, matkę albo ojca), były ze sobą wysoko skorelowane. Autorzy sugerują potrzebę obiektywizowania wyników w skalach typu samooceny czy oceny dokonywanej przez rodziców za pomocą innych sposobów pomiaru depresji, jak np. skale kliniczne.

Badania nad stałością skali CDI Kazdina i współpracowników (Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson 1983) w grupie 104 dzieci, w wieku 5-13 lat, (oraz ich matek i ojców) wykazały umiarkowany poziom stałości: $rtt=0,50$ – badania dzieci w odstępie 6 tygodni (dla ocen matek $rtt=0,61$, zaś dla ocen ojców $rtt=0,54$; wszystkie istotne przy $p<0.001$). Dzieci z diagnozą depresji uzyskały wyższe wyniki w skali CDI ($M=15,1$) od dzieci niedepresyjnych ($M=12,1$). Ponadto, wyniki w skali CDI były pozytywnie skorelowane z negatywnymi oczekiwaniami wobec przyszłości i negatywnie z samooceną (Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson 1983).

Strukturę czynnikową testu ujawniły badania Helsela i Matsona (1984) przeprowadzone w grupie 216 dzieci w wieku 4-18 lat ($M=10$; oceny dokonywane przez opiekunów). Uzyskane dane poddano analizie czynnikowej z rotacją Varimax, w wyniku której otrzymano 10 czynników, jednakże tylko 4 spośród nich zawierały po 4 lub więcej itemów:

1. Zachowanie afektywne (10 itemów);
2. Obraz siebie/wyobrażenie o sobie (6 itemów);
3. Relacje interpersonalne (7 itemów);
4. Wina/drażliwość (4 itemy).

Wartości ładunków czynnikowych mieściły się w granicach od 0,32–0,65 z wyjątkiem itemu nr 19, który miał wartość niższą (0,28). Tłumaczy się to tym, że symptom depresji o charakterze psychosomatycznym (item nr 19) może nie być dla dzieci charakterystyczny (choć u dorosłych jest stwierdzony). Pierwsze trzy czynniki obejmowały 91,7% wariancji wyjaśnianej, w tym pierwszy aż 67,6% wariancji. Helsel i Matson (1984) oszacowali również rzetelność testu. Współczynnik rzetelności skali jako miara wewnętrznej zgodności wynosił $\alpha=0,89$, zaś zgodność międzypółkowa – według wzoru Spearmana-Browna – wynosiła 0,85. Korelacje itemów z wynikiem ogólnym były w granicach 0,32–0,69.

Kolejne badania wykazały, iż dzieci depresyjne uzyskiwały wyższe wyniki we wszystkich itemach skali CDI od dzieci niedepresyjnych (Helsel, Matson 1984). Dane te potwierdzają użyteczność metody CDI jako narzędzia do wykrywania zaburzeń, a także do oceny skuteczności terapii. Ponadto okazało się, że wyniki w skali CDI zależą od zmiennej wieku, mianowicie dzieci starsze uzyskiwały istotnie wyższe wyniki niż młodsze, są też różnice jakościowe, np. wina i dolegliwości psychosomatyczne są często obserwowanymi objawami depresji u dorosłych, a nie są powszechne u dzieci. Dane te potwierdzają stanowisko, że istnieją wyraźne różnice między depresją u dzieci i dorosłych, wynikające z czynników rozwojowych. Są jednak również argumenty przemawiające na rzecz tezy przeciwnej: podobnie jak u dorosłych, u dzieci w wieku 4-10 lat istnieje silny związek między depresją a społecznymi umiejętnościami.

Carey i współpracownicy (1987) na podstawie badań klinicznej grupy dzieci i grupy kontrolnej (po 153 osoby), w wieku 9-17 lat, przedstawili dwa modele: 2-czynnikowy – dla całej grupy, klinicznej i kontrolnej; 3-czynnikowy – dla całej, kontrolnej, ale nie dla klinicznej. Model 2-czynnikowy składał się z wymiarów: 1. Depresyjny afekt; 2. Zachowanie opozycyjne, obydwa o umiarkowanej zgodności wewnętrznej. Model 3-czynnikowy dodatkowo zawierał 3. Przy stosowanie osobiste i wykazywał bardzo niską zgodność wewnętrzną w grupie klinicznej. Zatem model 2-czynnikowy jest bardziej użyteczny w badaniu grup klinicznych, zaś 3-czynnikowy w odniesieniu do grup nieklinicznych lub przy porównywaniu takich grup, które mogą być rzetelnie różnicowane za pomocą wyników w trzech czynnikach skali CDI (Carey, Faulstich, Gresham, Ruggiero, Enyart 1987). Ponadto, badania te dowiodły, że skala CDI może być używana w populacji osób zdrowych jako narzędzie do selekcji dzieci i młodzieży, wymagających dalszej oceny depresji. Poziom różnicowania nie jest wystarczający dla celów diagnostycznych, stąd nie zaleca się używania skali CDI jako samodzielnego narzędzia selekcji badanych do terapii i celów badawczych, lecz stosowanie skali wraz z innymi metodami (tamże).

Ciekawe badania, przy użyciu skali CDI, przeprowadzili Doerfler, Felner, Rowilson, Raley i Evans (1988) w grupie 1207 dzieci szkolnych, uczniów klas IV-XII ze szkół publicznych, przyjmując jako kryterium depresji wynik 19 punktów, powyżej którego uważano dzieci za depresyjne; dzieci takich jest 10% (według Kovacs 1980/81). Dzieci z wysokimi wynikami w CDI były bardziej lękliwe, miały niższą samoocenę, były zewnątrzsterowne w porównaniu do dzieci z wynikami przeciętnymi, zaś w ocenie nauczycieli wykazywały większe problemy z zachowaniem oraz wyższą absencję w szkole. Autorzy stwierdzają, iż skala CDI jest bardziej przeznaczona do oceny nasilenia depresyjnych symptomów aniżeli do diagnozowania depresji u dzieci.

Kennedy, Spence i Hensley (1989) przebadaly grupę dzieci zdrowych za pomocą skali CDI celem oceny zależności pomiędzy depresją a społecznymi kompetencjami. Stwierdzono silny związek między dziecięcą depresją a trudnościami społecznymi. Natura tych problemów polega na tym, że dzieci depresyjne przejawiają tendencje w kierunku zachowań submisyjnych i nieasertywnych a nie zachowań agresywnych.

W piętnastą rocznicę powstania skali dokonano jej krytycznej oceny. W 1992 roku ukazał się podręcznik do skali CDI jako narzędzia diagnozy dziecięcej depresji wraz z jej najnowszym opracowaniem, danymi na temat jej właściwości psychometrycznych, normami, arkuszem testowym i obszerną bibliografią (Kovacs 1992). Ostatnie badania z zastosowaniem analizy czynnikowej pozwoliły wyodrębnić, obok czynnika ogólnego, jeszcze 4 podskale. Są to w sumie:

- A – Negatywny Nastrój – wynik ogólny;
- B – Problemy Interpersonalne;
- C – Nieskuteczność;
- D – Anhedonia;
- E – Negatywna Samoocena (del Barrio 1993).

Uzyskane czynniki są podobne, lecz nie identyczne z otrzymanymi we wcześniejszych badaniach. To wskazuje na wielowymiarowy charakter dziecięcej depresji i różnorodność jej postaci.

Wyniki surowe w skali CDI oblicza się za pomocą odpowiedniego klucza, gdzie każdy item posiada wartość od 0-2 punktów. Suma punktów stanowi wynik ogólny, który może być przeliczony na jednostki T, z uwzględnieniem wieku i płci (7-12 i 13-17 lat). Punktem granicznym jest wynik surowy równy 20 (60T), za wysokie uważa się wyniki powyżej 65T, a powyżej 80 – za bardzo wysokie. Wynik globalny można także przeliczać na percentyle. Wyniki w podskalach pochodzą ze zsumowania punktów dla itemów wchodzących w ich skład; zamienia się je również na jednostki w skali T. Test posiada tak przygotowany arkusz do wykreślenia profilu, że nanosi się na nim wyniki surowe – ogólny i w podskalach – a profil otrzymuje się w jednostkach standaryzowa-

nych. Kovacs (1992) opracowała również skróconą wersję skali składającą się tylko z 10 itemów, co pozwala na bardzo szybkie, orientacyjne dokonanie pomiaru w postaci wyniku ogólnego, bez wyników w 4 podskalach.

Podręcznik do metody zawiera zestawienie wyników badań nad jej rzetelnością. Kovacs (1992) wybiera 9 spośród nich (w tym 3 prace własne), gdzie alfa Cronbacha, jako miara zgodności wewnętrznej, waha się od 0,70 do 0,89 (del Barrio 1993). Stałość testu potwierdza 16 badań z lat 1983-1991, współczynniki wynoszą od 0,38 do 0,87 i pochodzą zarówno z badań grup klinicznych, jak i z populacji normalnej (średni wynosi $r_{tt}=0,80$). Trafność testu przedstawiono na podstawie badań różnych grup dzieci depresyjnych. Zamieszczono przykłady badań dzieci depresyjnych skalą CDI wraz z interpretacją.

Skala jest użytecznym narzędziem dla wstępnego rozpoznania depresji, zaś dla osiągnięcia formalnej diagnozy należy badanie uzupełnić o dane kliniczne. Autorka zastrzega jednak, iż dane normalizacyjne odnoszą się tylko do populacji dzieci i młodzieży Ameryki Północnej (Kovacs 1992, del Barrio 1993).

Skala CDI została przetłumaczona na wiele języków (m.in. niemiecki, hiszpański, arabski), opublikowano też dane normalizacyjne z populacji australijskiej (Spence i Milne oraz Knight i in., za: Kennedy i in. 1989). Polskie tłumaczenie skali CDI wykonała M. Oleś w 1982 roku, jednakże polska wersja metody ma, jak dotąd, charakter eksperymentalny i jest stosowana jedynie dla celów badawczych. Dotychczasowe badania są mało reprezentatywne, potrzebne są dalsze prace, które pozwolą określić właściwości psychometryczne metody na gruncie polskim zarówno w odniesieniu do populacji klinicznej, jak i dzieci zdrowych.

3. Skala Depresji dla Dzieci CDS M. Langa i M. Tishera.

Konstruując skalę „Children's Depression Scale” (CDS) Lang i Tisher (1978) opierali się na rozumieniu depresji dziecięcej jako specyficznego syndromu, zawierającego następujące komponenty: reakcje uczuciowe, negatywne poczucie własnej wartości (*negative self-worth*), deficyty motywacyjne i poznawcze, obawy dotyczące choroby i śmierci, zarówno własnej, jak i innych, problemy związane z agresją (Lang, Tisher 1978; Roberts, Vargo, Ferguson 1989). Itemy tworzące skalę zostały opracowane na podstawie literatury, testów projekcyjnych oraz danych z psychoterapii dzieci i młodzieży. Skala składa się z 66 twierdzeń, z których 48 wprost dotyczy depresji, jak na przykład: „Często czuję się jakbym niewiele był wart”. „Czuję się bardziej zmęczony niż większość dzieci, które znam”. Pozostałe 18 itemów ma charakter pozytywny, jak na przykład: „Cieszę się z tego, co robię”.

Jest to skala typu samooceny, jednak różni się ona od innych tego typu narzędzi, gdyż każdy item wydrukowany jest na oddzielnej kartce, którą przedstawia się dziecku wraz z pięcioma pudełkami odpowiednio podpisanymi: „Zdecydowanie prawdziwe, Prawdziwe, Nie wiem/nie jestem pewien, Nieprawdziwe, Zdecydowanie nieprawdziwe”. Zadaniem badanego dziecka jest wybór takiej możliwości, która najbardziej odpowiada jego odczuciom. Po przeczytaniu każdej kartki dziecko ma ją włożyć do jednego z 5 pudełek, co podnosi atrakcyjność badania. Zaletą metody jest również to, że opracowano porównywalną formę testu, w której twierdzenia są podane w trzeciej osobie, do wypełniania go przez rodziców, nauczycieli itp. CDS może być stosowana zarówno w badaniach indywidualnych, jak i zbiorowych. Punktowanie dokonuje się w ramach 8 apriorycznie określonych skal, z których 5 składa się na ogólny wynik depresji (Tisher, Lang 1983).

Właściwości psychometryczne metody oszacowano na podstawie badań trzech grup dzieci w wieku 9–16 lat. Rzetelność skali badana metodą zgodności wewnętrznej wynosi 0,96, jednak wartość tego współczynnika może być zawyżona, gdyż został on obliczony na podstawie badań dzieci i rodziców (Lang, Tisher 1978; Kovacs 1980/81). Współczynnik stałości obliczony metodą test-retest dla grupy dzieci szkolnych badanych w odstępie 7-10 dni wynosił $r_{tt}=0,74$ (Tisher, Lang 1983; Roberts, Vargo, Ferguson 1989).

Na podstawie badań różnych grup dzieci stwierdzono także wystarczający stopień trafności testu. Celem oceny trafności zbieżnej skali, Kazdin (1987b) zbadał związek CDS z innymi miarami depresji, jak i symptomami związanymi z depresją (samoocena, pesymizm). Wykazał, że wyniki w CDS istotnie i pozytywnie korelowały z wynikami w inwentarzu CDI, w BID (Bellevue Index of Depression) oraz w skali HPLS (Hopelessness Scale for Children), natomiast negatywnie korelowały z samooceną. Ponadto wyniki w CDS pozytywnie korelowały z wynikami w skalach Neurotyzmu i Psychotyzmu z EPQ Eysencka, negatywnie zaś z Ekstrawersją i Skalą Kłamstwa.

Lang i Tisher (1978) wykazali, że skala różnicowała między depresyjnymi i niedepresyjnymi dziećmi, a także między grupą kliniczną a dziećmi niedostosowanymi oraz grupą kontrolną. Nie stwierdzono natomiast różnic ze względu na płeć, wiek i status ekonomiczny. W wyniku przeprowadzonej analizy czynnikowej uzyskano jeden wymiar, co potwierdza trafność czynnikową w odniesieniu do wyniku ogólnego oraz świadczy o braku empirycznych podstaw dla wydzielenia podskal.

Nowego opracowania skali podjęli się Patton i Burnett (1993), którzy zastosowali skalę CDS w odniesieniu do próbki dzieci zdrowych (N=202, M=14 lat i 9 miesięcy), również na gruncie australijskim. Tak powstała 19 pytaniowa

wersja CDS-R. Czynnikiowa struktura tego narzędzia przedstawia się następująco. Uzyskano 4 czynniki:

1. Osamotnienie/śmierć;
2. Depresja związana ze szkołą;
3. Pozytywna samoocena;
4. Samoponiżanie (Patton, Burnett 1993).

Metoda CDS była jedną z pierwszych skal do pomiaru depresji u dzieci, jest ona ciekawie skonstruowana i przypomina trochę grę. Sformułowania są jasne i zrozumiałe, a wartość psychometryczna skali jest wystarczająca, chociaż sprawdzona na stosunkowo nielicznych grupach. Metoda nie została prawdopodobnie przetłumaczona na język polski, zatem jej prezentacja ograniczona jest do najważniejszych informacji.

4. Skala Pesymizmu dla Dzieci HPLS A. E. Kazdina

Skala HPLS – „The Hopelessness Scale for Children” (Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson, Sherick 1983) wzorowana jest na Skali Beznadziejności Becka dla dorosłych (Beck i in. 1974). Według kognitywnej teorii depresji Becka (1972) poczucie beznadziejności lub negatywne oczekiwania wobec przyszłości uważa się za jeden z trzech głównych objawów depresji, obok negatywnego obrazu siebie i świata. Badanie poczucia beznadziejności, czyli pesymizmu, jest o tyle unikalne, że implikuje odwołanie się do osobistych doświadczeń samego dziecka i nie podlega weryfikacji poprzez obserwację. Potrzeba pomiaru pesymizmu wynika z jej potencjalnego związku z ryzykiem samobójczym, co stwierdzono w badaniach dorosłych i młodzieży.

Skala Pesymizmu HPLS składa się z 17 twierdzeń; na każde z nich można odpowiedzieć P (prawda) albo F (nieprawda, czyli fałsz). Dziewięć zdań sformułowanych jest wprost (odpowiedź diagnostyczna P), a 8 zdań sformułowanych niewprost (odpowiedź diagnostyczna F), np.:

- „Wydaje mi się, że w życiu spotka mnie więcej dobrych niż złych zdarzeń” (F).
- „Sprawy toczą się nie tak, jak bym tego chciał” (P);
- „Osiągnę w życiu więcej niż większość dzieci” (F).

Każda odpowiedź diagnostyczna ma wartość 1 punktu, stąd zakres możliwych do uzyskania wyników mieści się w przedziale od 0 do 17 punktów. Im wyższy wynik, tym bardziej negatywne oczekiwania wobec przyszłości, czyli tym większy pesymizm. Metoda nadaje się dla dzieci od wieku 6, 7 lat. Dzieciom, które nie umieją sprawnie czytać, treść skali odczytuje badający, a dziecko wybiera właściwą odpowiedź (Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson, Sherick 1983; Kazdin, Rodgers, Colbus 1986). Najnowsza wersja skali zawiera 16 twierdzeń, jedno – dotyczące przewidywania, jak życie dziecka będzie wy-

glądało za 10 lat (nr 4) – zostało wykluczone na podstawie analizy mocy dyskryminacyjnej itemów (Kazdin 1990).

Rzetelność skali, sprawdzona metodą zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha, wynosi według badań różnych próbek klinicznych od 0,75 po 0,97 (współczynniki istotne przy $p < 0,001$). Zgodność międzypółwkowa wg wzoru Spearmana-Browna wynosiła od 0,70 do 0,96 (Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson, Sherick 1983; Kazdin, Rodgers, Colbus 1986). Stałość metody zbadana na grupie 124 dzieci w odstępie 6 tygodni wynosi, $rtt = 0,52$ ($p < 0,001$). Nieistotnie wyższy współczynnik stałości uzyskano w grupie 40 dzieci z diagnozą depresji, ($r = 0,63$, $p < 0,001$), w porównaniu z grupą 42 dzieci bez depresji ($r = 0,42$, $p < 0,001$) (Kazdin, Rodgers, Colbus 1986).

Trafność skali HPLS potwierdzono m. in. korelując wyniki w niej uzyskiwane z wynikami w innych metodach do badania depresji oraz samooceny. Wyniki w HPLS korelowały pozytywnie i istotnie ($p < 0,001$) z wynikami w skalach: CDI (korelacje od 0,49 do 0,58 w różnych grupach) oraz BID – Bellevue Index of Depression (korelacje od 0,37 do 0,44); a także z DS-CL – Depression Symptom Checklist ($r = 0,22$, $p < 0,05$). Zgodnie z oczekiwaniem, pesymizm negatywnie korelował z samooceną mierzoną skalą SEI (Self-Esteem Inventory; $r = -0,54$, $p < 0,001$) (Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson, Sherick 1983; Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson 1983; Kazdin, Rodgers, Colbus 1986). A ponadto, stwierdzono wyższy poziom pesymizmu u dzieci z tendencjami samobójczymi ($M = 6,7$) w porównaniu z dziećmi nie wykazującymi takich tendencji ($M = 4,5$; $p < 0,05$). Samobójcze tendencje wyżej korelowały z negatywnymi oczekiwaniami wobec przyszłości ($r = 0,35$, $p < 0,01$) niż z depresją mierzoną skalą CDI ($r = 0,20$, $p < 0,06$) (Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson, Sherick 1983).

Główne wnioski, wyprowadzone z badań przy użyciu skali HPLS, można streścić w następujący sposób: (1) negatywne oczekiwania wobec przyszłości da się rzetelnie badać u dzieci; (2) pesymizm nie wzrasta z wiekiem, od okresu sprzed dojrzewania poprzez okres adolescencji; (3) istnieje umiarkowana korelacja między pesymizmem a depresją; (4) istnieje związek między pesymizmem a problemami szkolnymi oraz skłonnością do różnego rodzaju psychopatologii; (5) z podniesionym poziomem pesymizmu łączy się występowanie skłonności i myśli samobójczych. Wypływa stąd wniosek, że skala HPLS może być traktowana jako metoda do badania ryzyka samobójczego u dzieci (Kazdin, Unis, Esveldt-Dawson, Sherick 1983; Kashani, Reid, Rosenberg 1989; Kazdin 1987a).

Pierwsze tłumaczenie skali HPLS na język polski zostało wykonane przez zespół osób: M. Oleś, P. Oleś i A. Juros. Następnie tłumaczenie to poprawili E. Januszewska i A. Januszewski. Polska wersja ma charakter eksperymentalny, zawiera 17 twierdzeń, tak jak oryginał. Stosowana była m.in. jako Skala Bezna-

dziejności (Skala BN) w grupie dzieci chorych na białaczkę przez Januszewską (1994), która podaje normy przypominające normy dla osób dorosłych (s. 73), ale nie publikowane w tekstach angielskojęzycznych odnoszących się do tej skali. Stałość polskiej wersji skali wynosi – według badań Januszewskiej (1994) – $r_{tt}=0,87$ ($p<0,001$; $N=42$, badanie w odstępie 2 tygodni). Zgodność wewnętrzną skali wyznaczoną metodą alfa Cronbacha jest w badaniach polskich stosunkowo niska i wynosi 0,58 ($N=88$)¹. Warto prowadzić dalsze badania walidacyjne na gruncie polskim, sprawdzić użyteczność metody zarówno w grupach klinicznych, jak i w populacji dzieci zdrowych. Prezentacja metody została ograniczona do najważniejszych informacji, ponieważ poświęcony jej jest oddzielny artykuł (Oleś, w druku).

II. KLINICZNE SKALE OCEN

W procesie diagnostycznym dziecięcej depresji skale samooceny są niewystarczające, chociaż metody tego typu są standardowymi narzędziami pomiaru depresji u osób dorosłych. Skale typu samooceny pozwalają zbadać subiektywne objawy depresji, lecz wydają się mniej użyteczne w sytuacji, kiedy jednostka nie spostrzega własnego stanu emocjonalnego lub ocenia siebie w sposób nieadekwatny do rzeczywistego obrazu klinicznego. W badaniu dzieci postuluje się włączenie dodatkowych źródeł informacji, gdyż czynniki rozwojowe mogą ograniczać zdolność dziecka do spostrzegania i relacjonowania swych objawów depresyjnych. Konieczne okazało się więc opracowanie takich metod, które bazują na obserwacji dziecka, pomimo iż nie do końca zostało wyjaśnione, jak należy integrować rozbieżność między różnymi źródłami informacji na temat stanu dziecka (np. samo dziecko, rodzice) (Mokros, Poznanski, Grossman, Freeman 1987).

Potrzeba skal klinicznych wyraźnie zaznaczyła się w odniesieniu do dzieci wymagających leczenia psychiatrycznego. Ponadto, potrzebne były obiektywne narzędzia do pomiaru zmian zarówno w indywidualnych przypadkach, jak i w grupach, celem opracowania skutecznych strategii leczenia.

Kliniczne skale ocen opierają się na założeniu, że depresja u dzieci może być bezpośrednio obserwowana. Wypełnienie skali przez psychiatrę lub psycho-

¹ Wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha obliczono na podstawie badań magisterskich A. Zawiszy, prowadzonych pod kierunkiem prof. dr. hab. L. Szewczyka, i badań własnych. Współczynnik zgodności wewnętrznej obliczony dla skróconej do 8 itemów wersji skali HPLS wynosi 0,71.

loga klinicznego wymaga wielu źródeł informacji: obserwacji, wywiadu z dzieckiem, rodzicami lub opiekunami.

1. Skala do Oceny Depresji Dziecięcej CDRS E. O. Poznanskiej

Kliniczna skala CDRS – „Children’s Depression Rating Scale” (Poznanski, Cook, Carroll 1979) – jest metodą, która wywodzi się ze Skali Hamiltona dla dorosłych. Składa się z 15 itemów i ujmuje szereg objawów, takich jak: ekspresja, zaburzenia nastroju (np. dysforia, drażliwość), objawy wegetatywne czy dolegliwości fizyczne. Każdy item składa się z kilku kategorii, które są skalowane od 1-5 w kierunku wzrastającej psychopatologii. Badanie skalą polega na przeprowadzeniu wywiadu z dzieckiem oraz obserwacji jego niewerbalnego zachowania, co jest podstawą oceny. Czas potrzebny na jego przeprowadzenie wynosi od 20–30 min., na ogół jest dłuższy, gdy badanie przeprowadza się z dzieckiem w depresji. W badaniu korzysta się ponadto z innych możliwych źródeł informacji – rodziców, opiekunów, nauczycieli, personelu medycznego, jednak największy nacisk kładzie się na informacje pochodzące od samego dziecka.

Skala CDRS powstała i zaczęto ją stosować w przypadkowej próbie dzieci leczonych na oddziale dziecięcym (Poznanski, Cook, Carroll 1979). Wstępne badania nad rzetelnością i trafnością metody wykazały, że od strony psychometrycznej w wystarczającym stopniu spełnia ona kryteria dobrego narzędzia oceny depresji u dzieci. Współczynnik zgodności konsesyjnej, obliczony na podstawie globalnych ocen depresji w CDRS między dwoma niezależnie oceniającymi psychiatrami, wynosił 0,96. Współczynnik trafności obliczony na podstawie korelacji między globalną oceną depresji w CDRS a kliniczną diagnozą depresji, dokonywaną przez dwóch niezależnych psychiatrów, wynosił 0,89 (trafność zbieżna). Kiedy współczynniki obliczono na podstawie ocen psychiatrów niewytrenowanych w używaniu skali były one niższe, rzędu 0,74 – 0,80 (Poznanski, Grossman, Buchsbaum, Benegas, Freeman, Gibbons 1984). Wysokie korelacje między kliniczną diagnozą depresji a wynikiem ogólnym w CDRS wskazują, że skala jest trafnym narzędziem pomiaru nasilenia depresji u dzieci.

W celu podniesienia użyteczności klinicznej skali przeprowadzono jej modyfikację. Polegała ona na tym, że rozdzielono na oddzielne kategorie itemy dotyczące samooceny i poczucia winy, zaś dodano item dotyczący werbalnej ekspresji uczuć depresyjnych (oryginalny, dotyczący depresyjnego nastroju pozostał i jest oceniany na podstawie zachowania niewerbalnego). Zmiany te wprowadzono w celu odróżnienia dzieci, które relacjonują uczucia nieszczęśliwości bez wykazywania depresyjnego nastroju, od tych, które zaprzeczają tym uczuciom, zaś manifestują uczucia depresji (klinicznie dzieci z grupy pierwszej są mniej depresyjne od dzieci z drugiej grupy). Zmiany dotyczą także oceny, która

została rozszerzona na skalę 7-stopniową (od normalnego poziomu do ostrego nasilenia objawów).

Zmodyfikowana skala CDSR-R jest skalą kliniczną do badania nasilenia depresji u dzieci w wieku 6-12 lat (Poznanski, Grossman, Buchsbaum, Banegas, Freeman, Gibbons 1984; Mokros, Poznanski, Grossman, Freeman 1987). Zawiera 17 itemów, z których 14 ocenia się na podstawie wywiadu, a 3 dotyczą niewerbalnego zachowania, jak: tempo mowy, spowolnienie i niewerbalna ekspresja stanu depresyjnego. Poszczególne itemy zawierają opisy każdej z kategorii, niektóre opisy odzwierciedlają nasilenie zarówno w terminach częstotliwości danego zachowania, jak i ich intensywności (najczęściej wymiary te są skorelowane, choć może być tak, że dziecko przejawia bardzo intensywne uczucia czy zachowania, ale bardzo rzadko). Maksymalny wynik, możliwy do uzyskania, wynosi 113 punktów. Itemy w skali dzielą się na 4 grupy:

1. Nastrój:

- Uczucia depresyjne (wyrażane werbalnie)
- Uczucia depresyjne (wyrażane niewerbalnie)
- Drażliwość
- Płaczliwość

2. Objawy somatyczne:

- Zaburzenia apetytu (spadek lub wzrost)
- Zaburzenia snu
- Nadmierna męczliwość
- Upośledzenie psychomotoryczne (tempo mowy, spadek aktywności)
- Fizyczne dolegliwości

3. Objawy subiektywne:

- Samoocena
- Wina
- Myśli o chorobie
- Myśli samobójcze

4. Objawy behawioralne:

- Anhedonia
- Tendencje izolacyjne
- Osiągnięcia szkolne.

Itemy w skali można inaczej podzielić na 2 grupy: 1 – dotyczące symptomów manifestujących się na zewnątrz (behawioralne) i 2 – dotyczące symptomów ukrytych (Mokros, Poznanski, Grossman, Freeman 1987). Na podstawie badań 53 dzieci depresyjnych w wieku 6-12 lat skalą CDRS-R, spośród których 34 otrzymało kliniczną diagnozę depresji, wyznaczono granicę 40 punktów, powyżej której wynik wskazuje na diagnozę depresji klinicznej. Wyniki niewiele poniżej 40 punktów mogą mieć dzieci, które zaprzeczają depresji. Wyniki

między 40 a 60 punktów wskazują na łagodną bądź umiarkowaną depresję. Powyżej 60 – ostra depresja.

Właściwości psychometryczne zmodyfikowanej wersji skali są wystarczająco wysokie, nawet wyższe niż wersji pierwotnej. Związek między psychiatryczną diagnozą depresji a wynikiem ogólnym w skali CDRS-R wynosił $r=0,87$. Korelacje między wynikami w poszczególnych kategoriach skali a wynikiem ogólnym były kolejno: 0,88, 0,86, 0,84, 0,68 (wszystkie istotne przy $p<0,001$). Współczynnik korelacji dla objawów somatycznych (0,86) wskazuje, że objawy wegetatywne są równie ważne w depresji dziecięcej, jak i u dorosłych. Objawy subiektywne poszerzają symptomatologię depresji. Rzetelność skali obliczona metodą test–retest, czyli stałość, wynosiła: dla grupy $N=32$ badanych w odstępie 2 tygodni $rtt=0,86$, dla grupy $N=36$ badanej w odstępie 6 tygodni $rtt=0,81$ (Poznanski, Grossman, Buchsbaum, Banegas, Freeman, Gibbons 1984). Skala różnicowała również próbki dzieci depresyjnych od dzieci niedepresyjnych. Badania skalą CDRS-R potwierdzają jej użyteczność jako narzędzia diagnozy syndromu depresji u dzieci, a także jako metody pomiaru stopnia nasilenia objawów depresyjnych (tamże). Metoda ta może być także dobrym narzędziem oceny skuteczności terapii.

2. Bellevue Indeks Depresji BID T. Petti

„Bellevue Index of Depression” (BID) (Petti 1978) opiera się na ustrukturyzowanym wywiadzie z dzieckiem i jego rodzicami. Pierwsza wersja skali składała się z 40 itemów i przeznaczona była dla dzieci w wieku 6-12 lat. Podstawą do utworzenia itemów były kryteria diagnostyczne depresji Weinberga (Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick, Dietz 1973; Cantwell 1982). Itemy oceniano w dwu aspektach na podstawie wywiadu przeprowadzanego oddzielnie z dzieckiem i rodzicami (ewentualnie z innymi osobami). Chodziło o nasilenie objawów, oceniane na 4-punktowej skali, oraz o czas ich trwania, oceniany na skali 3-punktowej (Petti 1978; Kazdin, Petti 1982). Zaletą skali było to, iż informacje na podstawie których oceniano poziom depresji pochodziły z różnych źródeł. Wynik ogólny powyżej 20 punktów wskazywał na depresję u dziecka (Petti 1978).

Wersja, zrewidowana, BID-R zawiera 26 pytań dotyczących objawów depresyjnych takich, jak: smutek, płaczliwość, myśli o śmierci, które są zarówno oceniane pod względem nasilenia (od 1 – wcale, do 5 – bardzo), jak i czasu trwania (od 1 – nigdy, do 3 – zawsze). Miarą depresji jest suma ocen z obydwu tych wymiarów. Badania z zastosowaniem skali BID-R potwierdziły, że narzędzie posiada wymagane właściwości psychometryczne: zgodność wewnętrzną, stałość i trafność teoretyczną (Kazdin, French, Unis 1983, Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson 1983). Z depresją, mierzoną skalą BID-R, był

pozytywnie związany pesymizm mierzony skalą Kazdina (HPLS), współczynnik korelacji wynosił $r=0,44$ ($p<0,001$) (Kazdin, Rodgers, Colbus 1986).

III. SKALE DO OCENY DEPRESJI PRZEZ INNYCH

Skale do oceny depresji przez innych (np. rówieśników lub nauczycieli) wykorzystują znajomość dziecka w środowisku naturalnym. Są to metody nawiązujące do technik socjometrycznych, gdyż chodzi tu o ocenę dzieci w grupie (np. w klasie), najczęściej przez rówieśników, pod kątem różnych charakterystycznych cech, takich jak np.: czy kolega często bawi się sam, czy dużo się martwi, czy wygląda na samotnego, czy uśmiecha się (Kazdin 1987a, 1990). Jedną z metod tego typu jest inwentarz PNID (Peer Nomination Inventory of Depression) (Lefkowitz, Tesiny 1980). Składa się on z 24 itemów, z których 19 odzwierciedla obserwowalne symptomy depresji, zaś 5 ma charakter twierdzeń neutralnych. Badanie odbywa się w grupie (np. w klasie). Dzieci otrzymują listy nazwisk, po czym każdy item jest odczytany głośno 2 razy. Po każdym itemie badani mają zaznaczyć na swojej liście te nazwiska, do których najbardziej odnosi się pytanie. Np. na pytanie: „Kto często krzyczy?”, dziecko albo nie zaznacza nikogo, albo zaznacza jedno lub kilka nazwisk. Niedozwolona jest samoocena a tylko ocena innych dzieci. Wynik ogólny w inwentarzu to suma wszystkich ocen podzielona przez liczbę dzieci uczestniczących w badaniu. Np. dziecko, które uzyskało ocenę 45 od 9 rówieśników ma wynik 5,0, zaś to, które uzyskało ocenę 3 od 12 osób ma wynik 0,25. Zakres możliwych do uzyskania wyników w inwentarzu mieści się od 0 – najmniej depresyjne, do 19 – najbardziej depresyjne (Lefkowitz, Tesiny 1980; Ward, Friedlander, Silverman 1987). Wskaźniki psychometryczne metody są wystarczająco wysokie: zgodność wewnątrzna alfa Cronbacha jako miara rzetelności wynosi 0,85; rzetelność badana metodą test-retest w odstępie 2-6 tygodni wynosi $rtt=0,79$ (Lefkowitz, Tesiny 1980). Zbadano również trafność teoretyczną za pomocą ocen sędziów oraz zbieżną, korelując wyniki w PNID z wynikami w metodach typu samooceny (CDI, DSRS), z ocenami nauczycieli i matek oraz ze zmiennymi wiążącymi się z dziecięcą depresją. Autorzy skali stwierdzili ponadto, że spośród tych ocen najbardziej stabilne były oceny dokonywane przez rówieśników. Wyniki w PNID korelowały także ze szkolnymi osiągnięciami, samooceną, oceną nauczycieli w aspekcie umiejętności i społecznego zachowania się dziecka oraz z ocenami rówieśników pod względem jego popularności (Tesiny, Lefkowitz 1982; Lefkowitz, Tesiny 1984).

*

Powyższy przegląd metod pomiaru depresji u dzieci jest z konieczności ograniczony do kilku skal, wybranych spośród bardzo wielu istniejących i powszechnie używanych metod. Przegląd pokazuje możliwości badania depresji na gruncie polskim, zwłaszcza za pomocą skal już przetłumaczonych, a także wskazuje na potrzebę pełniejszego ich opracowania od strony psychometrycznej. Sygnalizuje również możliwość adaptacji kolejnych skal.

Na potrzebę rzetelnych badań nad depresją u dzieci wskazuje rozbieżność danych epidemiologicznych, od wskaźników niskich do bardzo wysokich. Alessi (za: Abdel-Khalek 1993) podaje, że częstotliwość występowania depresji u dzieci i młodzieży w populacji ogólnej wynosi od 0,14% do 1,9%, według Aylwarda (1985) dochodzi prawie do 2%, chociaż od 2,5% do 17, 4% dzieci może przejawiać niektóre objawy depresyjne. Wśród dzieci przyjmowanych do leczenia psychiatrycznego 10% do 20% może przejawiać zaburzenia depresyjne (Pearce 1978). Według innych badań odsetek dzieci z zaburzeniami depresyjnymi sięga nawet ok. 60% ogółu zaburzeń psychicznych występujących przed 18 rokiem życia (Petti 1978; Aylward 1985; Pużyńska 1988; por. del Barrio 1993). Chociaż wyniki te pochodzą z różnych próbek (dzieci leczone psychiatrycznie, ambulatoryjnie, grupy incydentalne, populacja ogólna), to jednak podważają zaufanie do danych epidemiologicznych. Różnice wynikają prawdopodobnie nie tylko z odmiennych próbek (np. ze względu na wiek), ale także ze stosowania różnych kryteriów diagnostycznych oraz technik badania.

W ciągu ostatniego ćwierćwiecza wzrasta odsetek dzieci z zaburzeniami depresyjnymi, a związek depresji z ryzykiem samobójczym wskazuje na pilną konieczność badań nad tymi zjawiskami (Kazdin 1990; Abdel-Khalek 1993; del Barrio 1993). Potrzeba w związku z tym rzetelnych i trafnych narzędzi do badania depresji u dzieci i młodzieży.

BIBLIOGRAFIA

- Abdel-Khalek A. M.: The Construction and Validation of the Arabic Children's Depression Inventory. „European Journal of Psychological Assessment” 9:1993 s. 41-50.
- Allen-Mares P.: Depression in Childhood and Adolescence. „Social Work” 1987 [November-December] s. 512-516.
- Asarnow J. R., Carlson G. A., Guthrie D.: Coping Strategies, Self-Perceptions, Hopelessness, and Perceived Family Environments in Depressed and Suicidal Children. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 55:1987 s. 361-366.

- Aylward G. P.: Understanding and Treatment of Childhood Depression. „The Journal of Pediatrics” 107:1985 s. 1-9.
- Beck A. T.: Depression: Causes and Treatment. Philadelphia 1972.
- Beck A. T., Weissman A., Lester D., Trexler L.: The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 42:1974 s. 861-865.
- Birleson P.: The Validity of Depressive Disorder in Childhood and the Development of a Self-Rating Scale: a Research Project. „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 22:1981 s. 73-88.
- Bürgin D.: Depression in Children and Adolescents. „Psychopathology” 19:1986 s. 148-155.
- Cantwell D. P.: Childhood Depression: A Review of Current Research. W: B. B. Lahey, A. E. Kazdin (eds.). Advances in Clinical Child Psychology. Vol. 5. New York 1982 s. 39-83.
- Cantwell D. P., Baker L.: Manifestations of Depressive Affect in Adolescence. „Journal of Youth and Adolescence” 20:1991 s. 121-134.
- Cantwell D. P., Carlson G.: Problems and Prospects in the Study of Childhood Depression. „Journal of Nervous and Mental Disease” 167:1979 s. 522-529.
- Carey M. P., Faulstich M. E., Gresham F. M., Ruggiero L., Enyart P.: Children’s Depression Inventory: Construct and Discriminant Validity Across Clinical and Nonreferred (Control) Populations. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 55:1987 s. 755-761.
- Carlson G. A., Cantwell D. P.: A Survey of Depressive Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population. „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 18:1979 s. 587-599.
- Carlson G. A., Cantwell D. P.: Suicidal Behavior and Depression in Children and Adolescents, „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 21:1982 s. 361-368.
- Cytryn L., McKnew D. H.: Factors Influencing the Changing Clinical Expression of the Depressive Process in Children. „American Journal of Psychiatry” 131:1974 s. 879-881.
- Del Barrio V.: The Children’s Depression Inventory (CDI), 15 Years Later. „European Journal of Psychological Assessment” 9:1993 s. 51-53.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (Ed. 3). Washington 1980.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Revised (DSM-III-R). Washington 1987.
- Doerfler L. A., Felner R. D., Rowlison R. T., Evans E., Raley P. A.: Depression in Children and Adolescents: A Comparative Analysis of the Utility and Construct Validity of two Assessment Measures. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 56:1988 s. 769-772.
- Helsel W. J., Matsun J. L.: Assessment of Depression in Children: the Internal Structure of the Child Depression Inventory (CDI). „Behavior Research and Therapy” 22:1984 s. 289-298.

- J a n u s z e w s k a E.: Psychosomatyczne aspekty białaczki u dzieci. Charakterystyka psychologiczna. Lublin 1994.
- K a s h a n i J. H., B a r b e r o G. J., B o l a n d e r F. D.: Depression in Hospitalized Pediatric Patients. „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 20:1981 s. 123-134.
- K a s h a n i J. H., R e i d J. C., R o s e n b e r g T. K.: Levels of Hopelessness in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 57:1989 s. 496-499.
- K a z d i n A. E.: Assessment of Childhood Depression: Current Issues and Strategies. „Behavioral Assessment” 9:1987a s. 291-319.
- K a z d i n A. E.: Children’s Depression Scale: Validation with Child Psychiatric Inpatients. „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 28:1987b s. 29-41.
- K a z d i n A. E.: Childhood Depression. W: E. J. Mash, L. G. Terdal (eds.). Behavioral Assessment of Childhood Disorders. New York 1988² s. 157-195.
- K a z d i n A. E.: Developmental Differences in Depression. W: B. B. Lahey, A. E. Kazdin (eds.). Advances in Clinical Child Psychology. Vol. 12. New York 1989 s. 193-219.
- K a z d i n A. E.: Childhood Depression. „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 31:1990 s. 121-160.
- K a z d i n A. E., E s v e l d t - D a w s o n K., U n i s A. E., R a n c u r e l l o M. D.: Child and Parent Evaluations of Depression and Aggression in Psychiatric Inpatient Children. „Journal of Abnormal Child Psychology” 11:1983 s. 401-413.
- K a z d i n A. E., F r e n c h N. H., U n i s A. S.: Child, Mother and Father Evaluations of Depression in Psychiatric Inpatient Children. „Journal of Abnormal Child Psychology” 11:1983 s. 167-180.
- K a z d i n A. E., F r e n c h N. H., U n i s A. S., E s v e l d t - D a w s o n K.: Assessment of Childhood Depression: Correspondence of Child and Parent Ratings. „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 22:1983 s. 157-164.
- K a z d i n A. E., F r e n c h N. H., U n i s A. S., E s v e l d t - D a w s o n K., S h e r i c k R. B.: Hopelessness, Depression, and Suicidal Intent Among Psychiatrically Disturbed Inpatient Children. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 51:1983 s. 504-510.
- K a z d i n A. E., P e t t i T. A.: Self-Report and Interview Measures of Childhood and Adolescent Depression. „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 23:1982 s. 437-457.
- K a z d i n A. E., R o d g e r s A., C o l b u s D.: The Hopelessness Scale for Children: Psychometric Characteristics and Concurrent Validity. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 54:1986 s. 241-245.
- K e n n e d y E., S p e n c e S. H., H e n s l e y R.: An Examination of the Relationship Between Childhood Depression and Social Competence Amongst Primary School Children. „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 30:1989 s. 561-573.
- K o v a c s M.: Rating Scales to Assess Depression in School Aged Children. „Acta Paedopsychiatrica” 46:1980/81 s. 305-315.
- K o v a c s M.: Children’s Depression Inventory, CDI. Toronto 1992.

- K o v a c s M., B e c k A. T.: An Empirical Clinical Approach Toward a Definition of Childhood Depression. W: J. G. Schulterbrandt, A. Raskin (eds.). Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models. New York 1977 s. 1-25.
- L a n g M., T i s h e r M.: Children's Depression Scale. Victoria 1978.
- L e a d b e a t e r B. J., B l a t t S. J., Q u i n l a n D. M.: Gender Linked Vulnerabilities to Depressive Symptoms, Stress, and Problem Behaviors in Adolescents. „Journal of Research on Adolescence” 5:1995 s. 1-29.
- L e f k o w i t z M. M., T e s i n y E. P.: Assessment of Childhood Depression. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 48:1980 s. 43-50.
- L e f k o w i t z M. M., T e s i n y E. P.: Rejection and Depression: Prospective and Contemporaneous Analyses. „Developmental and Clinical Psychology” 20:1984 s. 776-785.
- M a h l e r M.: On Sadness and Grief in Infancy and Childhood. „Psychoanalytic Study of the Child” 16:1961 s. 332.
- M a l m q u i s t C. P.: Childhood Depression: A Clinical and Behavioral Perspective. W: J. G. Schulterbrandt, A. Raskin (eds.). Depression in Children: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models. New York 1977 s. 33-59.
- M o k r o s H. B., P o z n a n s k i E., G r o s s m a n J. A., F r e e m a n L. N.: A Comparison of Child and Parent Ratings of Depression for Normal and Clinically Referred Children. „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 28:1987 s. 613-627.
- O l e ś M.: Problemy pomiaru pesymizmu u dzieci: Skala HPLS Kazdina. W: A. Januszewski, P. Oleś, W. Otrębski (red.). Wykłady z psychologii w KUL. Vol. 8. Lublin [w druku].
- P a t t o n W., B u r n e t t P.: The Children's Depression Scale: Assessment of Factor Structure with Data from a Normal Adolescent Population. „Adolescence” 28:1993 s. 315-324.
- P e a r c e J. B.: The Recognition of Depressive Disorder in Children. „Journal of Research in Social Medicine” 71:1978 s. 494-500.
- P e t t i T. A.: Depression in Hospitalized Child Psychiatry Patients: Approaches to Measuring Depression. „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 17:1978 s. 49-59.
- P o z n a n s k i E. O.: The Clinical Phenomenology of Childhood Depression. „American Journal of Orthopsychiatry” 52:1982 s. 308-313.
- P o z n a n s k i E. O., C o o k S., C a r r o l l B.: A Depression Rating Scale for Children. „Pediatrics” 64:1979 s. 442-450.
- P o z n a n s k i E. O., G r o s s m a n J. A., B u c h s b a u m Y., B a n e g a s M., F r e e m a n L. G i b b o n s R.: Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 23:1984 s. 191-197.
- P u i g - A n t i c h J.: Affective Disorders in Childhood. „Psychiatric Clinics of North America” 3:1980 s. 403-424.
- P u ż y ń s k a E.: Depresje i choroby afektywne u dzieci i młodzieży. W: S. Pużyński (red.). Depresje. Warszawa 1988 s. 311-327.

- Quay H. C., Routh D. K., Shapiro S. K.: Psychopathology of Childhood: From Description to Validation. „Annual Reviews of Psychology” 38:1987 s. 491-532.
- Rie H. E.: Depression in Childhood: A Survey of Some Pertinent Contributions. „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 5:1966 s. 653-685.
- Roberts N., Vargo B., Ferguson H. B.: Measurement of Anxiety and Depression in Children and Adolescents. „Psychiatric Clinics of North America” 12:1989 s. 837-860.
- Spitzer R. L., Edicott J., Robins E.: Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability. „Archives of General Psychiatry” 35:1978 s. 773-782.
- Tesiny E. P., Lefkowitz M. M.: Childhood Depression: A 6-Month Follow-up Study. „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 50:1982 s. 778-780.
- Tisher M., Lang M.: The Children’s Depression Scale: Review and Further Developments. W: D. P. Cantwell, G. A. Carlson (eds.). Childhood Depression. New York 1983 s. 181-203.
- Ward L. G., Friedlander M. L., Silverman W. K.: Children’s Depressive Symptoms, Negative Self-Statements, and Causal Attributions for Success and Failure. „Cognitive Therapy and Research” 11:1987 s. 215-227.
- Weinberg W. A., Rutman J., Sullivan L., Penick E. C., Dietz S. G.: Depression in Children Referred to an Educational Diagnostic Center. „Journal of Pediatrics” 83:1973 s. 1065-1072.

ASSESSMENT OF CHILDHOOD DEPRESSION:
A REVIEW OF MEASUREMENT METHODS

S u m m a r y

The article deals with the problems of measurement of childhood depression, and contains description and critical evaluation of several methods developed for that aim. The methods are presented in three groups: 1. Self-ratings scales, like Depression Self-Rating Scale (DSRS; Birlson 1981), Children’s Depression Inventory (CDI; Kovacs 1980/81), Children’s Depression Scale (CDS; Lang, Tisher 1978), The Hopelessness Scale for Children (HPLS; Kazdin et al. 1983). 2. Clinical scales based on standardized interview and observation of the child, like Children’s Depression Rating Scale (CDRS; Poznanski, Cook, Carroll 1979), and CDSR-R (Poznanski et al. 1984), Bellevue Index of Depression (BID; Petti 1978). 3. Scales for the assessment by others, e. g. peers, parents or teachers, like Peer Nomination Inventory of Depression (PNID; Lefkowitz, Tesiny 1980). The possibilities of Polish adaptations of the methods are pointed out.