

CBDS (Шкала депресії Корреа-Барріка)
Мануал для екзаменатора

Скорочена версія українською мовою для користування у веб інтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ».

Версія 1.0 (14 серпня 2022р.)

Всі права застережено.

© Stoelting Co., 620 Wheat Lane, Wood Dale, IL, USA 60191

Патент US005882203A, Номер патенту: 5,882,203

Переклад та розповсюдження з англійською здійснено за ліцензійною угодою ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ» у 2022 році.

Переклад керівництва:

Кульбаба Тетяна Володимирівна

Переклад тверджень CBDS:

Кульбаба Тетяна Володимирівна, Ведмеденко Анна Антонівна

Нелегальне розповсюдження заборонено!

Захист особистих немайнових і майнових прав суб'єктів авторського права і (або) суміжних прав здійснюється в порядку, встановленому адміністративним, цивільним і кримінальним законодавством України.

Розділ 1. Введення та концептуалізація шкали

Це керівництво описує введення та концептуалізацію шкали (розділ 1), розробку шкали (розділ 2), адміністрування, підрахунок балів та інтерпретацію результатів тестування (розділ 3), а також перевірку та надійність (розділ 4).

CBDS пропонує швидке та валідне вимірювання рівня депресії у дорослих, незалежно від тяжкості симптомів депресії. Проведення тесту може бути індивідуальним або груповим. CBDS був розроблений для використання в лікарнях, приватних практиках, коледжах, клініках, домашніх установах, відділах охорони здоров'я, а також державних і військових установах.

Шкала депресії Корреа-Барріка (CBDS) не тільки вимірює тяжкість депресії, вона також оцінює зміни депресії з часом, щоб оцінити відповідь на лікування. Крім того, він оцінює суїцидальні думки. Це 20-пунктова візуально-аналогова шкала (VAS), яка менш обтяжлива для респондента з депресією, ніж анкета з чотирма пунктами.

Вступ до візуальної аналогової шкали

CBDS є унікальним, оскільки він оцінює рівні депресії за допомогою **візуальної аналогової шкали (VAS)**. Жодна інший інструмент виміру депресії не оцінює симптоми таким чином.

Відповідаючи на пункти VAS, респонденти вказують рівень своєї згоди з твердженням, вказуючи позицію вздовж безперервної лінії між двома кінцевими точками. Цей безперервний (або «аналоговий») аспект шкали відрізняє її від дискретних шкал, таких як *шкала Лайкерта*. Існують докази того, що візуальні аналогові шкали мають кращі метричні характеристики в порівнянні з дискретними шкалами, тому для вимірювань можна застосовувати більш широкий спектр статистичних методів.

Оригінальна версія

CBDS була вперше концептуалізована на основі шкали депресії Корреа (Correa, 1983), зміст якої був адаптований зі шкали самооцінки депресії Зунга (Zung, 1965). Шкала депресії Корреа-Барріка (CBDS) є удосконаленою версією оригінальної шкали депресії Корреа-Барріка. Оригінальна версія була створена в 1993 році як шкала з 30 пунктів (Barrick, 1994). Поточна версія — це 20-ти пунктна шкала.

Розробка оригінальної 30-пунктової шкали була побудована на основі концептуального аналізу літератури, критеріїв DSM-III-R (APA, 1987) анекдотичних звітів про характеристики депресії у людей з депресією, інтерв'ю з трьома експертами-психіатрами та фокус-групи (Barrick, 1994). Процедура, використана при розробці оригінальної версії, була заснована на рекомендаціях щодо розвитку шкали (DeVellis, 1991, с. 51-90).

На основі досліджень з використанням оригінальної версії шкали, а також кількісного та якісного аналізу, шкала була потім перетворена в остаточну форму для клінічного застосування як 20-пунктова шкала депресії Корреа-Барріка (CBDS). *У своїй нинішній формі CBDS – це тестування на самовизначення депресії з 20 пунктів, який розрахований для дорослих (18 років і старше).*

CBDS постійно демонструє валідність і надійність і відповідає критеріям 5-го діагностичного та статистичного посібника Американської психіатричної асоціації (APA, 2013) для тяжкої депресії.

Збір даних

Дані для цієї оцінки були отримані з трьох досліджень (Barrick, 1994; Barrick, Taylor, & Correa, 2002a; Barrick, Taylor, & Correa 2002b). Зокрема, цей посібник повідомляє про психометричні властивості пілотного та оригінального основного дослідження (Barrick, 1994), статті про кольорочутливість та депресію (Barrick, Taylor, & Correa, 2002a), а також дослідження реплікації (Barrick, Taylor, i Korrea, 2002b). Крім того, CBDS був нагороджений патентом США (Correa & Barrick, 1999) за свої нові відкриття.

РОЗДІЛ 2: Розробка шкали

Хоч і використовується багато шкал депресії, проходження більшості із них займає багато часу. З цієї причини автори вирішили розробити нову шкалу, яка відповідала б наступним критеріям:

- формат - одна сторінка з одної сторони*
- відповідатиме діагностичним критеріям АРА для тяжкої депресії
- використовувалась б міждисциплінарною командою;
- досліджувала зв'язок між чутливістю до кольору та депресією;
- зменшувала б упередженість відповідей;
- її можна було б прочитати респонденту;
- чутлива до змін клінічного статусу;
- вводила б пункт про чутливість кольору.

Концепція додавання елемента для вимірювання чутливості кольору була досліджена при розробці CBDS. Гудвін і Джемісон (1990) повідомили про чутливість до кольору при манії як про підвищення сенсорної обізнаності. Пацієнти з депресією описували зниження сенсорного усвідомлення кольорів, оскільки «фізичний і психічний світ описується як монохроматичний, як відтінки сірого та чорного». Було вирішено перевірити гіпотезу про те, що колірна чутливість порушується при депресії, і що існує кореляція між порушенням колірної чутливості та депресією. Зокрема, чим сильніше депресія, тим більше порушується колірна чутливість; цей висновок було підтверджено Barrick, Taylor, & Correa (2002a).

Пункт номер 10 в тесті оцінює чутливість кольору. У ньому сказано: «Я помічаю, що все здається сірим/хмарним/чорним/без кольору». Якщо цей пункт схвалено відповідачем, а він або вона не демонструє будь-який з рівнів депресії по решті пунктів CBDS, людині слід перевірити зір, оскільки це може бути проблемою зору, не пов'язаною з їх емоційним станом.

Поряд з новою ідеєю використання кольорочутливості, Корреа і Баррік також вирішили дослідити вимірювання депресії за допомогою візуальної аналогової шкали. Візуально-аналогова шкала (VAS) — це інструмент, який вимірює характеристику або відношення, які, як вважають, знаходяться в діапазоні у континуумі значень. CBDS використовує формат Visual Analog Scale (VAS), який можна використовувати для вимірювання симптомів депресії та їх тяжкості.

Наприклад, ступінь депресії, яку відчуває клієнт, коливається в континуумі від «Немає» до «Екстремального» рівня депресії. З точки зору

* Йдеться про паперову версію Шкали

клієнта, цей спектр здається безперервним. Депресія не має окремих стрибків, як можна було б запропонувати за класифікацією на відсутність, легку, помірну та важку. Саме для того, щоб відобразити цю ідею основного континууму, було розроблено VAS.

VAS зазвичай являє собою горизонтальну лінію довжиною 10 см[†], закріплену дескрипторами слів на кожному кінці. Клієнт позначає на лінії точку, яка представляє сприйняття поточного стану. Оцінка VAS визначається шляхом вимірювання в сантиметрах від попередньо визначеної початкової точки лінії до точки, яку відзначає пацієнт. Оскільки VAS можна вважати суб'єктивним, він є найбільш цінним, якщо розглядати зміни всередині індивідів.

Візуально-аналогова шкала (VAS) найбільш широко використовується в медичній спільноті для оцінки рівня болю. Оскільки депресія є розладом, при якому присутній не лише фізичний, а й емоційний біль, використання VAS для оцінки рівня депресії має сенс.

Ейткен (1969) повідомив, що людям, як правило, подобається VAS, оскільки він не викликає стресу для респондентів, чиї відповіді потрапляють між двома дискретними категоріями. VAS також не вимагає вищої концентрації у відповіді, як у відповіді чотирьох категорій.

Автори розробили VAS з кількома елементами, який представлений у вигляді 10-сантиметрової лінії з рівномірно розташованими 1-сантиметровими інтервалами від 1 до 10, представленими точками. Для CBDS використовувалися полярні ключові твердження від «Зовсім ні» до «Саме так». Респондент позначає косу риску на лінії, яка представляє рівень згоди з твердженням.

CBDS як методика має кілька переваг:

- забезпечує більшу дискримінацію у виявленні почуттів;
- зменшує набір відповідей за рахунок прихованого кодування;
- легка для проведення та обрахування;
- може бути прочитаною клієнту, який є неписьменним або в серйозній фазі депресії (потім клієнт оцінює кожне запитання під час його прочитання);
- використовує відкриття *«порушення колірної чутливості»* як новий симптом важкої депресії;
- відповідає критеріям DSM-5 для тяжкої депресії;
- схвалено групою експертів, включаючи доктора Реймонда ДеПауло (співавтор книги «Як впоратися з депресією»);

[†] В паперовій версії

- віддає перевагу клієнтам, які можуть вважати, що вибір пункту шкали менш обтяжливий, ніж пункти з множинним вибором;
- виявляє незначні зміни клінічної реакції на психофармакологію та/або терапію.

Розділ 3. Адміністрування, підрахунок балів та інтерпретацію результатів тестування.

Рейтинги депресії:

Загальний вихідний бал	Рейтинг депресії
79 і менше	Немає ознак депресії
80-99	Межовий
100-110	Слабкий
111-125	Помірний
126 і більше	Сильний

Якщо у респондента загальний вихідний бал 79 або нижче, ця особа не демонструє ознак депресії.

Бали в діапазоні від 80 до 99 показують, що респондент може відчувати деякі симптоми депресії і потрапляє в межовий діапазон. На цьому етапі було б важливо отримати додаткову інформацію про те, які пункти були схвалені, і зосередити клінічні питання, щоб глибше зрозуміти, чому були схвалені певні пункти в CBDS.

Бали від 100 до 110 означають, що респондент проживає легкі симптоми депресії. Вони схвалили пункти, які означають, що вони відчувають деякі фізичні та/або емоційні симптоми депресії. Лікарю чи терапевту було б корисно дізнатися, які елементи були схвалені, і зібрати додаткову інформацію від респондента щодо їхніх симптомів.

Бали в діапазоні 111-125 вказують на те, що респондент переживає помірний рівень депресії. На цьому рівні симптоми будуть впливати на життя респондента, і людина отримає користь від терапевтичного втручання. Вивчення того, які симптоми є найбільш критичними або руйнівними для людини, може допомогти визначити напрямок у терапевтичних сесіях. Цілком можливо, що особа може отримати користь від прийому до психіатра, якщо він/вона ще не відвідувала його і відкрита

до прийому медикаментів. Для респондента з помірним депресивним діапазоном необхідно забезпечити підтримку, щоб забезпечити відсутність посилення симптомів депресії.

Бали в діапазоні 126-200 вказують на те, що респондент перебуває в тяжкій депресії. На цьому етапі важливо оцінити людину на предмет суїцидальності. Також буде важливо надати респонденту підтримку та допомогу в отриманні можливості лікування депресії.

Приклад інтерпретації №1:

Джейн переживає важку депресію, виходячи з її оцінки 176,5. З її відповідей видно, що на її повсякденну діяльність вплинула депресія. Вона також зазначила, що вона бореться з фізичним/здоров'ям, а також зі сном. Вона виділила пункт 10, який є пунктом чутливості до кольору, і отримала десятку, що вказує на те, що вона бачить свій світ сірим, похмурим, і позбавленим кольору.

Хоча майже всі пункти вказують на її важкий досвід депресії, вона отримала лише чотири бали за пунктом 19, який вимірює її рівень суїцидальності. Незважаючи на те, що цей пункт був оцінений по нижньому діапазоні, її все одно слід проконсультувати в діалозі, щоб переконатися, що це точно, і що вона не має ризиків суїциду.

Приклад інтерпретації №2:

Джон відчуває легкі симптоми депресії, виходячи з його оцінки у 103 бали. Хоча він відчуває деякі фізичні симптоми, його режим сну здебільшого залишається незмінним. Він бореться з концентрацією та почуттям неспокою, але в цілому не відчуває, ніби щось не так з його здоров'ям.

Його оцінка за пунктом 19, який оцінює суїцидальність, становить 7. Оскільки він повідомляє лише про легкі симптоми депресії, ця оцінка є трохи вище, ніж очікувалося. Було б корисно дослідити це далі, щоб переконатися, що він не думає про самогубство, а не про суїцидальний ризик.

Розділ 4. Достовірність і надійність

На основі класичної теорії тестів (Crocker & Algina, 1986), дані трьох досліджень (пілотного, оригінального та повторного) підтвердили валідність і надійність (Barrick, Taylor, & Correa, 2002).

Для інтерпретації психометричних даних були використані критерії Наннанлі (1967) для міцності коефіцієнтів кореляції, а саме:

Високий ($r = .6$ до $.7$)

Помірний ($r = .4$ до $.5$)

Низький ($r < .4$)

Пілотне дослідження

Пілотне дослідження було засноване на оригінальній шкалі депресії Корреа Барріка з 30 пунктів (Barrick, 1994). Психометричні висновки будуть обговорені. Для загальних кореляцій елементів, діапазон коефіцієнтів кореляції для вихідного 30-позиційного CBDS $r = .10$ до $.71$. Для шкали депресії Корреа-Барріка (CBDS) коефіцієнт кореляції з інвентарем депресивної симптоматики становив $r = .72$, $t = 11.05$, $df = 112$, $p < 0.01$.

Кореляція з інвентарем депресії Бека (Beck, 1988) була $r = .71$, $t = 9.94$, $df = 97$, $p < .01$. Альфа Кронбаха становила $r = 0.92$, що вказує на високу надійність внутрішньої узгодженості.

Оригінальне дослідження

Оригінальне дослідження продемонструвало валідність і надійність (Barrick, 1994). Побудова CBDS з 30 пунктів розпочалася з метою розробки інвентаризації самооцінки, яка б вимірювала тяжкість депресії та була чутливою до змін клінічного статусу. Було вирішено, що нова шкала самооцінки депресії повинна бути розроблена на основі візуального аналогового формату з кількома елементами, що використовуються в шкалі депресії Корреа (Correa, 1983), як згадувалося раніше.

Було вирішено, що CBDS має включати всі пункти, які відображають критерії переглянутого діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (Американська психіатрична асоціація, 1987) та літературу з клінічних описів депресії. Для аналізу закономірностей і тем у депресії, концептуальний було проведено аналіз депресії на основі DSM-III-R. Ці теми були об'єднані в три фактори: фізіологічні симптоми, емоційний дистрес та когнітивні розлади. Наступний крок передбачав написання елементів. Було визначено універсал вмісту, з якого можна було писати

предмети, і на основі огляду літератури було розроблено сітку вмісту. Останній 30-й пункт CBDS був розроблений як початковий пул.

Надійність

Аналіз надійності елементів для шкали депресії Корреа-Барріка (CBDS) виявив коефіцієнти кореляції в діапазоні від $r = 0,25$ до $r = 0,78$. Для зразка норми коефіцієнт кореляції з інвентарем депресивної симптоматики становив $r = ,72$, $t = 18$, $df = 333$, $p < ,01$. Для вибірки пацієнтів коефіцієнт кореляції Пірсона з інвентарем депресивної симптоматики становив $r = ,81$, $t = 9,55$, $df = 48$, $p < 0,01$. Альфа Кронбаха була оцінена в зразку норми, яка становила $r = 0,93$. Для випадку пацієнта альфа Кронбаха становила $r = 0,96$.

Валідність

Результати двотижневого повторного аналізу показали, що коефіцієнти кореляції тестового повторного тесту становили $r = .73$, $p < .01$. Для оцінки дивергентної валідності були обчислені два вибіркові t -тести, які показали значущі відмінності між вибіркою пацієнта (середнє значення = 3,75) і стандартною вибіркою (середнє значення = 2,87), значення $t = 3,61$, $p < ,01$.

Значні коефіцієнти валідності також були знайдені для пункту CBDS про депресію, який запитував про рівень депресії та загальну оцінку депресії за шкалою. Результати питання щодо відчуття пригніченості показали коефіцієнт кореляції $r = 0,68$, $p < ,01$ із загальним балом для стандартної вибірки та коефіцієнт кореляції $r = 0,83$, $p < 0,01$ для вибірки пацієнтів із депресією. Початкова, незворотна статистика, заснована на аналізі головних компонентів, привела до отримання шести факторів з власними значеннями, більшими за 1,0, що становить 58 відсотків кумулятивної дисперсії. Оскільки шість факторів не задовольняли по простій структурі, обертання варімакса було повторено для п'яти факторів. Фактор 5 визначався лише однією змінною; тому він не вважався інтерпретованим. Обертання Varimax повторювалося для чотирьох факторів. Чотирифакторна структура дала просту факторну матрицю, яку було легше інтерпретувати, і відповідала теоретичним очікуванням (Barrick, 1994). Буде описано факторне навантаження. Деякі елементи були видалені для остаточного варіанту CBDS з 20 пунктів.

Фактор 1 Когнітивно-емоційні розлади: найвищі навантаження були на такі змінні: неспокійний, сірий колір (також міститься у факторі 4 = «Сенсорні/перцептивні порушення»), занепокоєння, депресія,

концентрація, самооцінка, страх, дратівливість, плач, почуття провини, хворобливі думки, інтерес до чуттєвості та прийняття рішень

Фактор 2 Загальні перспективи: найбільше навантаження було на наступні шість змінних: захоплення веселими речами, звернення уваги на привабливих чоловіків/жінок, очікування веселих речей, погляди на майбутнє та оцінювання звуків.

Фактор 3 Фізіологічні симптоми: Найвищі навантаження були на такі змінні: проблеми зі сном, втома, відчуття важкості в тілі, проблеми з активністю, щось не так зі здоров'ям і проблеми з підйомом з ліжка.

Фактор 4 Сенсорні/перцептивні порушення: Найвищі навантаження були на такі змінні: смак, втрата ваги, дивні та яскраві сни, зміна апетиту, тяга до солодкого та вуглеводів. (Було відзначено, що змінна колірної чутливості також завантажується на фактор 4 на рівні .41).

Дослідження реплікації

Результати повторного дослідження на основі остаточних 20 пунктів CBDS будуть переглянуті (Barrick, Taylor, & Correa, 2002b). Зрештою десять пунктів було видалено для остаточного варіанту CBDS через психометричні, концептуальні проблеми та/або для полегшення стиснення всієї методики на одній сторінці.

CBDS позитивно корелював, $r = 0,78$ зі шкалою самооцінки депресії (SDS) Зунга (1965) для стаціонарної вибірки, $r = 0,55$ для амбулаторної вибірки і $r = .60$ для комбінованого зразка. Надійність CBDS була дуже високою, $r = 0,91$. Чутливість CBDS була розрахована як 64 відсотки для загальної комбінованої стаціонарної та амбулаторної проби. Для порівняння, чутливість до SDS для загальних зразків становила 59 відсотків.

На основі нормативних даних вихідного дослідження були оцінені граничні бали для депресії/не депресії. Граничні бали базувалися на трьох критеріях:

- Розподіл зразків
- Стандартна помилка вимірювання
- Клінічне судження на основі оцінки психіатра та діагнози

Розрахунки за трьома методами відрізнялися, тому остаточний пороговий бал був заснований на найкращому балансі чутливості та

специфічності. Відповідно до пріоритетної мети не виключати суїцидальних осіб, оцінка тяжкості депресії була заснована на високій чутливості.

Колірна чутливість і депресія

Шкала була статистично значущою ($p = .001$) як помірна позитивна кореляція ($r = .48$) між тяжкістю депресії та чутливістю до кольору. Зокрема, як тяжкість депресії збільшується, а також погіршується колірна чутливість. **Цей висновок заслуговує на увагу, оскільки він є новим для шкали депресії; отже, CBDS отримала патент США (Correa & Barrick, 1999).** Висновки (Barrick, Taylor, & Correa, 2002a) свідчать про зв'язок між депресивним настроєм і порушенням колірної чутливості. Однак «епідеміологічна «логіка» припускає, що необхідні подальші дослідження, які підтверджують зв'язок між настроєм і чутливістю до кольору, щоб продемонструвати міцність і послідовність взаємозв'язку, біологічну правдоподібність і тимчасову корекцію» (Barrick, Taylor, & Correa, 2002a, с. 70).

Клінічне застосування

Результати свідчать про те, що CBDS може використовуватися в клінічних умовах медичними працівниками (психіатри, лікарі загальної практики, медичні сестри, зареєстровані медсестри, соціальні працівники та психологи) для визначення тяжкості депресії. Не слід використовувати діагностичний інструмент. Оскільки існує високий ризик смертності та/або захворюваності від самогубства, **пильну увагу необхідно приділяти пункту шкали, пов'язаному із самогубством, і пункту про порушення колірної чутливості, оскільки це пов'язано з важкою депресією.**

Перш ніж запровадити шкалу на практиці, клініцисти повинні розробити рекомендації та/або протоколи клінічної практики для використання CBDS у клінічних умовах. Відповідальність і підзвітність клініциста є подальшим спостереженням і направленням до психолога. Наприклад, якщо лікар оцінює людину як суїцидальну на основі шкали, клініцист не може покинути цього клієнта, поки йому не буде забезпечена допомога. За допомогою скринінгу та направлення людей з депресією для оцінки та можливого лікування, клініцисти покращують якість життя цих людей (Barrick, Taylor & Correa, 2002b).