

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
T I M I Ș O A R A**

POMPILIA DEHELEAN

**PROFILUL CLINICO-EVOLUTIV AL
EPIȘOADELOR DEPRESIVE DIN
CURSUL PSIHOZELOR AFECTIVE
PERIODICE PRIN APLICAREA SCALEI
MANIE-DEPRESIE A SISTEMULUI
AMDP**

**REZUMATUL TEZEI PENTRU OBTINEREA TITLULUI DE
DOCTOR ÎN MEDICINĂ**

**CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC
Prof. Dr. MIRCEA LĂZĂREȘCU**

- 1993 -

CUPRINSUL REZUMATULUI

INTODUCERE

I. PSIHOZELE AFECTIVE PERIODICE

1. Circumscrierea psihozelor afective periodice	1
2. Date epidemiologice	2
3. Etiologia tulburărilor afective	2
4. Formele clinice ale psihozelor afective periodice	3
4.1. Tulburarea afectivă bipolară	3
4.1.1. Criteriile de diagnostic pentru psihoza afectivă periodică bipolară	3
4.1.2. Spectrul bipolar	3
4.2. Tulburarea afectivă unipolară	4
4.2.1. Melancolia și tipus melancolic	4
4.2.2. Episodul depresiv major	4
5. Evoluția psihozelor afective periodice	5

II. SCALE DE EVALUARE

1. Repere istorice	6
2. Psihopatologia cantitativă	6
3. Noțiuni preliminare de statistică în psihometrie	7
4. Instrumente psihometrice	7
4.1. Testul mental	7
4.2. Interveniile structurate și semistructurate	7
4.3. Listele de criterii de diagnostic	8
5. Considerații generale privind scalele de evaluare în psihiatrie	8
5.1. Definiție, caracteristici generale	8
5.2. Proprietățile metrologice ale scalelor de evaluare	8
5.2.1. Fidelitatea	8
5.2.2. Omogenitatea	8
5.2.3. Validitatea	9
5.2.4. Sensibilitatea	9
5.2.5. Obiectivitatea	9
5.2.6. Economicitatea	9
5.2.7. Utilitatea	9
5.3. Utilizarea rezultatelor	9
5.4. Domeniile de aplicabilitate a instrumentelor psihometrice	9
5.5. Clasificarea scalelor de evaluare	10
5.6. Privire comparativă asupra scalelor de heteroevaluare și autoevaluare	10
5.7. Clasificarea instrumentelor psihometrice de evaluare a depresiei	11
5.8. Scalele de evaluare a depresiei utilizate în lucrare	11
5.8.1. Scala de autoevaluare Beck (BDI)	11
5.8.2. Scala de autoevaluare Zung (SDSZ)	11
5.8.3. Scala de heteroevaluare Hamilton (HDRS)	12

III. PREZENTAREA SISTEMULUI AMDP

1. Circumscrierea sistemului AMDP	12
2. Traducerea și adaptarea în limba română a sistemului AMDP	13
3. Subscaele sistemului AMDP	14

METODA	14
SI DISCUTII	16
	25
REZUMATUL	27

INTRODUCERE

Abordarea evaluării evoluției episoadelor depresive majore, din cursul psihozelor afective periodice cu instrumente psihometrice adaptate măsurării depresiei este o temă care nu a mai fost abordată în România.

Premizele care au condus la alegerea unei asemenea teme, ca subiect al unei teze de doctorat, pornesc de la traducerea în limba română a sistemului AMDP (1990) și aplicarea lui sistematică în Clinica Psihiatrică Timișoara ca model de recoltare a datelor anamnestice și de semiologie psihiatrică. Sistemul AMDP este unul din cele mai complete instrumente de recoltare standardizată a datelor clinice și anamnestice. Standardizarea presupune creșterea fidelității diagnosticului clinic prin uniformizarea criteriilor de definire și obligă la o trecere în revista completă a tuturor aspectelor, astfel încât nu mai sînt posibile omisiunile.

Traducerea în limba română a avut la origine manualul francez al sistemului AMDP (1981). Ea a facilitat, nu numai extensia sistemului ci și pregătirea tinerilor specialiști într-o direcție modernă care presupune cuantificarea simptomatologiei, sesizarea schimbării ei sub tratament și mai ales cercetarea științifică trans-culturală, între cercetători de formații, culturi și limbi diferite.

Extensiile fișelor care privesc îndeosebi ansamblul simptomatic: fișa psihopatologică și somatică, au permis extragerea unor subscale pe arii mai circumscrise, cum ar fi: mania, depresia, anxietate. Considerăm că este logică alegerea scalei Manie-Depresie a sistemului AMDP pentru a cuantifica intensitatea depresiei și modificarea ei sub tratament, atîta timp cît datele de recoltare a informațiilor despre un pacient se bazează pe modelul sistemului AMDP.

Deoarece scala AMDP-MD nu a mai fost utilizată pînă în prezent în România, unul din obiectivele lucrării a fost de a valida această scală prin comparare cu alte trei scale de referință măsurînd același fenomen. Odată validată, scala Manie-Depresie va putea fi folosită curent, nu numai în practica psihiatrică de rutină ci și în cercetare.

Un al doilea obiectiv al lucrării a fost acela al urmării evoluției episodului depresiv major cu mijloace care aduc argumente obiective, superioare aprecierilor calitative, puțin relevante statistice.

Depresia, în general, pare să acapareze din ce în ce mai mult preocupările cercetătorilor în aproape toate domeniile care o privesc, de la etiologie la clinică și terapie. Preocuparea este justificată deoarece depresia este una din cele mai dure experiențe, devastatoare și distrugătoare pentru ființa umană. Orice mijloc care facilitează ușurarea unei asemenea suferințe, merită să fie căutat și dacă se dovedește util, să fie aplicat. Scalele de evaluare a depresiei prin specificul lor pot să măsoare amploarea intensității depresiei inclusiv riscul suicidar și prin aceasta devin utile deciziilor terapeutice în toată gama acestora, de la electroșoc, la chimioterapie și psihoterapie.

Ținînd cont de toate cele de mai sus, susținem că a măsura intensitatea unei suferințe psihice este tot atît de important uneori pentru viața pacientului ca și aprecierea unui pericol vital în orice altă specialitate a medicinei.

Fără a supradimensiona valoarea cuantificării psihopatologiei, credem că, fără aceasta, cercetarea clinică și cea psiho-farmacologică nu vor putea progresa.

PSIHOZELE AFECTIVE PERIODICE

CREIEREA PSIHOZELE AFECTIVE PERIODICE

Psihozele afective periodice își are originea în antichitate, când Hippocrate, vorbea despre melancolie și manie. Termenul de melancolie și manie a fost utilizat în Evul mediu până când Kraepelin, în 1899, a descris reunind într-o singură formă clinică mania și melancolia. Mai târziu, datorită caracterului periodic al bolii și cu cel al transformării în boala maniaco-depresivă, la același bolnav, constatându-se, de asemenea, existența unor forme clinice. Conceptul de boală maniaco-depresivă s-a dezvoltat datorită observațiilor prestigioase aduse de Bonet, Griesinger, Falret, Baillarger, și a introdus conceptul dicotomic, separând nosologic formele maniaco-depresive și precizând faptul că formele bipolare cuprind atât accesuri de manie cât și de depresie, în timp ce formele unipolare prezintă un singur tip de acces, cel de depresie.

Referințele asupra psihozei maniaco-depresive pomesc de la Hipocrate și se bazează pe constanța trăsăturilor "fundamentale, comune stărilor de manie și de depresie care imprimă o marcă caracteristică diferitelor tipuri clinice" și pe faptul că stărilor de tranziție care se pot vedea, uneori, la același bolnav.

EPIDEMIOLOGICE

Prevalența de unipolaritate și bipolaritate variază de la autor la autor, fapt datorat diferențelor metodologice și ale criteriilor de diagnostic (Kraepelin, 1986). Expectanța de a dezvolta în cursul vieții o tulburare afectivă este, de aproximativ 1%, în timp ce expectanța de a dezvolta în cursul vieții o tulburare unipolară este de 20% pentru femei și de 10% pentru bărbați (Kraepelin, 1988). Incidența anuală, după Olie și colab. (1990), a psihozei afective este de 2,2-15,2/100 000 pentru bărbați și între 7,4-32,5/100 000 pentru femei. Epidemiologia analitică, în afara factorilor socio-demografici, ar mai evidențiază sezonieră. Vârsta medie de debut la bipolaritate este de 30 de ani iar la unipolaritate, se remarcă, la depresivii unipolari, un număr mai mare de persoane care trăiesc singuri, din cauza incapacității lor de a avea relații sociale și familiale. În privința factorilor sezonieri, s-a demonstrat că, două vârfuri pentru tulburările depresive și anume, primăvara și toamna.

CAUZELE PSIHOZELE AFECTIVE

Teoriile etiologice privind psihozele afective periodice, cauzele lor

rămânând însă, încă, necunoscute. Teoriile etiologice includ atât ipoteze psihobiologice (inclusiv genetice) cât și ipoteze psiho-sociale. În cadrul teoriilor biologice s-au discutat în teză: factorii genetici, factorii biochimici, anomaliile endocrine, ipotezele cronobiologice și factorii somatici.

Teoriile psiho-sociale au luat în considerare factorii de risc social și evenimentali, factorii de risc psihologici și principalele teorii psihodinamice. În acest context s-au discutat: concepția psihanalitică, concepția fenomenologică, concepția organo-dinamică și teoria cognitivă.

4. FORMELE CLINICE ALE PSIHOZELE AFECTIVE PERIODICE

Există două modele simptomatice bazale pentru tulburările de dispoziție, unul pentru manie și altul pentru depresie. Când, în cursul evoluției unei psihoze afective periodice, la același pacient, apar atât episoade maniacale cât și episoade depresive, este vorba de o tulburare afectivă bipolară, când apare periodic la același pacient, doar un singur episod, cel de depresie, se impune diagnosticul de tulburare afectivă periodică unipolară. Manifestările maniaco-depresive se pot constitui, deci, ca forme clinice diferite, bipolare și unipolare, cu expresie simptomatologică distinctă, cauzată de factori genetici și/sau biochimici diferiți și care reacționează diferit la tipuri variate de terapii. Acest concept al bipolarității a fost confirmat și de studii ulterioare, iar DSM-III le-a integrat în nosografia sa.

4.1. Tulburarea afectivă bipolară se definește clinic-evolutiv prin alternanța ambelor tipuri de episoade afective. În cadrul tulburării afective bipolare se descriu trei forme clinice:

- Tulburarea bipolară tip I se caracterizează prin existența unor episoade depresive și maniacale, de intensitate clinică, separate prin intervale libere. În cadrul acestei forme s-au observat două subtipuri de cicluri regulate: ciclurile depresie-manie și interval liber înainte de apariția celui de-al doilea episod maniacal;
- Tulburarea bipolară tip II se caracterizează prin existența unor episoade depresive urmate de episoade hipomaniacale (Fieve & Dunner, 1974, 1975);
- Tulburarea bipolară tip III desemnează adesea depresivii recurenți care apar în familii cu istorie de bipolaritate. Akiskal și Mallya consideră termenul de bipolar III mai adecvat decât cel de monopolar tip II, utilizat în același context de către Depue și colab.

4.1.1. Criteriile de diagnostic pentru psihoza afectivă periodică bipolară implică obligatoriu prezența în timp a criteriilor operaționale de diagnostic pentru episodul maniacal și cel pentru episodul depresiv major, specificate de DSM-III-R. După satisfacerea acestor criterii "transversale" restrictive, criteriul longitudinal al alternanței evolutive a acestor două tipuri de episoade definește forma bipolară care trebuie să satisfacă, atât criteriile operaționale de diagnostic ale DSM-III-R cât și, mai ales, criteriile ICD-10. Criteriile sunt expuse în detaliu în teză. În rezumat, ne vom opri la enunțarea criteriului de bază, care se referă la faptul că, pentru diagnosticul de tulburare bipolară se pretinde atât un episod maniacal cât și un episod depresiv.

4.1.2. Spectrul bipolar nu poate fi neglijat atunci când se discută tulburarea afectivă bipolară. El poate fi divizat în forme episodice, pe de o parte, și forme intermitente și persistente, pe de altă parte. În afara celor trei tipuri de tulburare bipolară, deja enunțate, din spectrul bipolar mai fac parte formele ciclotimice și hipertimice, distimia subafectivă,

mixte prelungite. Discuția privind spectrul bipolar a devenit
el a putut fi identificat în cadrul familiilor de bipolari,
heredități genetice, predispozante pentru indivizii acestor

tip unipolară se referă la depresiile ciclice care reprezintă un
epresiile endogene recurente, recidivante.

mai frecvente decât cazurile de tulburare afectivă bipolară tip
monopolari și bipolari poate fi artificial crescut prin tendința de
r cu forme ușoare printre monopolari sau, mai precis, a
recurenți sau intermitenți, care aparțin, de fapt, spectrului

tipus melancolicus

titol în teza se leagă de o profundă adeziune la concepția
a afective cu precădere a celei melancolice. Accentul pus în
de faptul că fenomenologia explică cel mai bine tabloul
o paralelă între explicația fenomenologică și tabloul depresiv,

cea mai comună, cea mai crudă, cea mai goală, cea mai
sihismul făcându-i vivisecția și pierzându-l odată cu individul,
". Pelicier folosește citatul de mai sus, la prezentarea cărții
ach, pentru a circumscrie depresia ca fiind cea mai dureroasă
finței umane.

rul unui celebru tip de personalitate, "tipus melancolicus", ce
ă al personalității predispușe la melancolie, atașată fără măsură,
în orice aspect esențial al existenței. Termenul de atașament
e eventuală. În cursul istoriei de viață nu poate fi abandonată
mai ales în caz de eșec, deoarece un abandon ar duce la
ții de acțiune și de gândire a finței umane, pregătindu-i

este de a nu putea, nu teama de culpabilitatea ci teama de a nu
s de a trăi, care comportă modificarea raportului cu moartea.
este atât de elementară, încât moartea poate să devină mai
o eliberare. Melancolicul suportă viața sa "murindă", o moarte
cmai pentru a nu mai suporta această moarte apare pericolul

atologică a depresiei acoperă aproape întreaga gamă de simptome
melancolicul și corpul său se găsesc într-o relație deformată cu
faptul că acesta se situează într-o poziție statică în jurul căreia

tipus depresiv major

ajor se poate institui uneori brutal, de la o oră la alta sau de la
e instituie în câteva zile sau săptămâni, cu dereglarea somnului,
muncă, hobby-uri sau familie, apărând și o oboseală care nu se
ri cu neliniște sau cu iritabilitate și cu impresia neplăcută a

dificultății de a trăi. Dispoziția depresivă are o calitate distinctă, care o diferențiază de emoție
sau de tristețe. Pentru a o distinge, se vorbește de durere morală, hipertimie dureroasă,
pesimism patologic. În registrul tulburării afective-depresive se adaugă suferinței
melancolicului, aplatizarea și indiferența afectivă până la anestezie afectivă, aceasta din urmă
putând alterna cu momente de hipersensibilitate emoțională dureroasă.

Alterarea proceselor cognitive reprezintă o altă dimensiune fundamentală a episodului
depresiv. Gândirea este săracă în conținut, lentă în derulare, inhibată în posibilitățile sale de
reprezentare. Activitatea motorie este redusă, inhibată. Inertizarea caracterizează acțiunea
depresivului, pentru care totul devine un efort. Mulți autori consideră această dimensiune ca
un mod explicativ al patologiei depresive. Inertizarea psihomotorie stă la baza trăirii
depresive, definind un stil de activitate și de gândire, marcată de o lentoare a activității
ideative și a limbajului.

Există în depresie o reducere a energiei, ceea ce duce la dificultatea de a finaliza
sarcinile, cu afectarea activității profesionale și scăderea motivației în angajarea în proiecte
noi. Aproximativ 80% din pacienți se plâng de tulburări de somn, în special trezirea
diminețea devreme. Apetitul este scăzut, de multe ori ducând la pierdere în greutate.
Anxietatea poate complica, adesea, tabloul clinic. Aproximativ 50% din pacienți descriu o
variație diurnă a simptomelor cu creșterea severității diminețea și ameliorare seara.
Aproximativ 2/3 din depresivi au idei de suicid și 10-15% din ei comit suicidul. Riscul
suicidar este conținut în toate accesele melancolice. Ideile "negre" se elaborează în logica
catastrofei depresive, susținute de amputația dinamismului vital. Sentimentul dominant al unei
degradări este legat de durerea morală și insuficiența trăită a oricărui strategii de luptă. El
conduce mai mult sau mai puțin explicit, la convingerea că singurătatea moarte poate să
constituie o eliberare pentru sine și pentru cei pe care el îi face să sufere.

Principalele forme clinice ale episodului depresiv sînt: depresia simplă, depresia
delirantă, depresia anxioasă, depresia stuporoasă și depresia mascată.

Pentru diagnosticul de episod depresiv major s-au preferat criteriile operaționale de
diagnostic prevăzute de DSM-III-R, ca fiind mai complete și mai clare decât cele cuprinse
în ICD-10 care pretind pentru diagnosticul de certitudine cel puțin două episoade depresive
anterioare celui actual. Atît criteriile DSM-III-R cît și cele ICD-10 sînt redată în detaliu în
teză.

5. EVOLUTIA PSIHOZELOR AFFECTIVE PERIODICE

Coryell și Winokur afirmă că jumătate din psihozele afective periodice bipolare
debutează printr-un episod maniacal. Durata episodului maniacal este, în medie, de 3 luni iar
cea a episodului depresiv, în jur de 4 luni. Bipolarii prezintă, în cursul existenței lor, un
număr mai mare de episoade decât monopolarii. Intervalul liber se reduce odată cu avansarea
în vîrstă, datorită creșterii frecvenței episoadelor și a duratei lor. În mod excepțional, se
ajunge la forma circulară, care se caracterizează prin absența totală a intervalului liber, cu
succesiune neîntreruptă de cicluri maniacale și depresive.

Psihozele afective evoluează, interepisodic, de cele mai multe ori prin vindecarea
completă a simptomelor și reîntoarcerea la adaptarea socială anterioară. Ameliorarea
incompletă a tulburărilor, uneori redusă la persistența unei simptomatologii discrete și a unor
dificultăți de adaptare, ar putea interveni la aproximativ 1/3 din cazurile de pacienți bipolari
sau monopolari. În 8-10% din cazuri, poate apare, ca și complicație alcoolismul secundar.

Tulburările depresive se acompaniază de o mortalitate mai mare decât cea din

Perris, reducerea speranței de viață ar fi mai importantă la bipolarii

periodice le este specifică potențialitatea recurenței, în cele două

episoadelor și cea de prevenire a recăderilor este în măsură să

de tip I, tip II și tip III și de unipolarii de tip I și de tip II există
clnico-evolutive, dintre care cităm: psihoza afectivă periodică cu
afective tratate prin timoreglativi, forme remiente cu cicluri rapide,
a cronică.

elor afective din cursul psihozelor afective periodice se poate
măsurarea intensității simptomatologiei, prin scale de evaluare care
rilor clinice sub tratament. Studiul nostru se referă la aprecierea
sodului depresiv major, cu ajutorul scalelor de evaluare a depresiei.

SCALELE DE EVALUARE

RE ISTORICE

ci a făcut primele referiri la aplicarea metodei cantitative în științele
net a creat termenul de psihometrie și și-a exprimat convingerea că
măsura" spiritele tot așa cum se pot măsura corpurile. Mai târziu,
ologică, Mc Keen Cattel, Binet, Kent Woodworth, Scott, Moore,
motivații diferite și cu scopuri diferite, au fost precursorii scalelor
variația neurolepticelor a însemnat o impulsivitate deosebită în direcția
care să măsoare efectele medicamentelor. Au fost concepute afi
și de heteroevaluare, de diverse extensii, în forme grafice diferite,
posibilități cercetării psiho-farmacologice.

OPATOLOGIA CANTITATIVĂ

introdus de către Pichot, pentru a defini metoda "psihometrică"
e a fenomenului psihopatologic. Psihopatologia cantitativă studiază
zate precum și metodele capabile să obiectiveze, să "cuantifice
eze cantitativ spectre ale fenomenului psihopatologic în vederea
ui aparat statistic a datelor de informație obținute.

ologiei și evaluării acesteia în practica psihiatrică contemporană s-au
ca a două tradiții:

ică, calitativă, categorială, tipologică, bazată și pe observația clinică

și pe un interviu nestructurat, neavind calitatea fidelității;
- una psihometrică, cantitativă, dimensională (Zubin, 1989) care vizează
evaluarea gradului de severitate clinică a unui tip de patologie diagnosticată în prealabil.

Cele două tradiții se rezumă la două metode: una calitativă care păstrează cazuisticii
ntreaga sa valoare și alta cantitativă, care, din utilizarea metodelor și instrumentelor
matematice își extrage capacitatea sa de a cuantifica (Pichot, Debray, 1972, citați de Bobon).

Psihopatologia în aspectul ei cuantificabil, tinde să dobândească o dimensiune
științifică, realizând o trecere de la arbitrar la convențional, dar un convențional controlat și
rectificat (Popper, 1950). Psihopatologia cantitativă nu poate substitui pe cea calitativă,
rămânând valabilă întrebarea lui Stoetzel "putem spune că albastrul cerului și albastrul mării
chiar măsurat prin lungimi de undă egale, sînt identice?" Impresia clinică și evaluarea clinică
nu se opun ci se completează în mod necesar (Bobon, 1979).

3. NOTIUNI PRELIMINARE DE STATISTICA IN PSIHOMETRIE

Psihometria implică operațiuni cu variabile. Variabilele corelației sînt reprezentate de
variabila independentă (cunoscută) și de variabilele independente ce pot fi cunoscute cînd se
cunoaște variabila independentă. Variabila poate fi calitativă sau cantitativă. Există patru
tipuri de scale sau nivele de măsurare: scala nominală sau de clasificare, scala ordinală sau
de rangului (proprie scalelor de evaluare), scala interval și scala proporție.

4. INSTRUMENTELE PSIHOMETRICE

Principalele instrumente ale psihometriei sînt: testele mentale, scalele de evaluare,
interviurile structurate, standardizate și seturile de criterii operaționale de diagnostic. În
1989, Wetzel a nominalizat 100 de instrumente psihometrice într-o ordine de clasificare
personală. Trecerea în revistă a principalelor instrumente ale psihometriei aduc cu sine și
precizările necesare prezentării fiecărui tip de instrument.

4.1. Testul mental e definit de Pichot (1954) ca o situație experimentală,
standardizată, ce servește drept stimul unui com comportament, la un individ.
Comportamentul este înregistrat și evaluat printr-o comparare statistică, cu comportamentul
altor indivizi aflați într-o situație identică (eșantion populațional). Evaluarea permite clasarea
individului respectiv, cantitativ sau tipologic. În sens strict, testele măsoară trăsături
constante, permanente și nu stările actuale, variabile în timp.

4.2. Interviuurile semistructurate și structurate

Evaluările clinice clasice, privind aspectul calitativ, categorial al diagnosticului, au
utilizat pentru obținerea informației clinice necesare, doar interviurile libere care au
dezavantajul unei concordanțe slabe diagnostice între evaluatori diferiți, din cauza variantei
informației.

În scopul reducerii sau eliminării varianței informației, s-au elaborat interviurile
semistructurate și cele structurate. Interviurile structurate sînt considerate "standarde de aur"

pentru diagnosticul psihiatric, oferind cea mai bună informație necesară unui clinician cu
experiență sau în posesia unor criterii operaționale de diagnostic. Interviurile complet
structurate au o standardizare rigidă, în schimb, ele au avantajul reducerii la minimum a
varianței informației, precum și a judecății clinice implicate, a psihiatrului utilizator.

Interviurile semistructurate sînt mai flexibile, unele întrebări rămîn deschise, la latitudinea

alte porțiuni pot fi sărite dacă un anumit răspuns le exclude. În clinice a investigatorului, fidelitatea este mai scăzută în complet structurate.

critării de diagnostic elimină variația criteriului, sursă a lor. Cu ajutorul lor crește fidelitatea actului diagnostic dar și când ea evaluările cantitative efectuate cu ajutorul scalelor de mai valide, cel puțin din cauza faptului că se adresează unui lot portul diagnosticului clinic.

PROPERTATI GENERALE PRIVIND SCALELE DE EVALUARE

Caracteristici generale

psihiatrice sînt instrumente de evaluare care implică o metodă de măsură, după Guelfi și Bobon (1989), o modalitate particulară de a înregistra un raționament clinic. Ele se utilizează într-o situație clinică, de regulă, mediul medical și interviul clinic. Evaluarea, ca de obicei, se face prin comparație cu o normă, fie cu o stare clinică a subiect (norma individuală), fie cu "normalul" (norma de referință) este fie un scor global, al severității clinice, fie un scor individualizat, fie un profil sindromatic. Scalele de evaluare sunt instrumente psihometrice specifice care vizează mai ales starea psihică a pacientului. Standardizarea scalelor de evaluare presupune o acoperire integrală, fără omisiuni, deci fără rezultate false și sînt scale ordinale, deoarece ele cuantifică simptomele prin note sau scoruri, punând în evidență poziția pe o scală gradată de severitate. Scalele de evaluare apreciază fenomene complexe, ce nu pot fi decupate în părți de esență și nu pot fi măsurate pe altă cale. Nu trebuie însă să se confunde scalele de evaluare (Hamilton, 1983). Ele sînt utile, dar nu trebuie să se aștepte de la scale mai mult decît pot ele să dea. Se poate obține o informație limitată la starea prezentă, cu utilitate reală doar în cazul în care se urmărește progresul clinic sau eficiența unei terapii. Scalele, repetate în timp și în condiții diferite, sînt sincronice. Evaluarea evoluției diacronice este un fapt ce aparține instrumentului în sine.

Proprietăți psihometrice ale scalelor de evaluare

Fiabilitatea este o proprietate importantă a scalelor de evaluare, ea fiind asigurată de repetabilitate, confidență, fiabilitate. Fidelitatea reprezintă gradul de consistență al rezultatelor obținute de același individ, în aceleași condiții, în cursul unei evaluări diferite pentru o singură probă, fie prin evaluări diferite, fie prin metode echivalente ale probei.

Validitatea este o proprietate care reflectă de consistența internă, se apreciază prin corelația dintre notele obținute de același individ prin corelarea acestora, se stabilește măsura gradului în care itemii variază sau

corelația medie între itemi (Cattell). După Scott Wetler, omogenitatea este proprietatea sau calitatea instrumentului de a măsura o unică și constantă dimensiune relevantă.

5.2.3. Validitatea este calitatea sau capacitatea unui instrument de a măsura ceea ce își propune să măsoare sau, în alți termeni, ceea ce i se cere să măsoare. Validitatea poate fi: aparentă (a conținutului), empirică (a criteriului exterior) cu două aspecte: concurrent (simultan) convergență sau divergență și predictivă, factorială (structurală internă) și conceptuală (a construcției).

5.2.4. Sensibilitatea este capacitatea instrumentului de a permite diferențierea unui număr suficient de grade de aceleași variabile, pentru a se putea realiza discriminarea corectă a diferențelor psihopatologice sau psihologice.

5.2.5. Obiectivitatea este considerată de Bech drept o proprietate relevantă de omogenitate, înțelesă ca și consistență internă și de transferabilitate.

5.2.6. Economicitatea reprezintă posibilitatea unei efectuări și prelucrări a datelor: rapidă, economică în timp (mai ales timp profesional) și facilă, cu efort minim de administrare, completare, prelucrare și interpretare, cu minimum de personal implicat.

5.2.7. Utilitatea este dată de interesul și importanța funcției considerate și a măsurării ei. Ea include superioritatea testului ales față de alte probe care vizează aceeași funcție prin adăugarea unei informații noi, în plus.

5.3. Utilizarea rezultatelor

Scorurile care interpretează testul, printr-o analiză statistico-matematică, convertește nota brută totală în scorul testului, care permite încadrarea cazului individual testat într-o categorie de severitate a fenomenului psihopatologic considerat. În cazul în care se dorește doar aprecierea evoluției clinice a unui ansamblu semiologic sub tratament, se va compara, la două administrări succesive ale probei, nu notele fiecărui item, deoarece acestea au o importanță inegală, ci doar notele globale. În cazul în care se dorește aprecierea tabloului semiologic, la modul analitic, în perspectiva evoluției sub tratament, se va descompune ansamblul itemilor semiologiei în subsansambluri omogene, regroupind itemii, după conținutul manifest, apoi regroupindu-i din nou, prin analiza factorială, în ansambluri matematice omogene. În acest fel, populația clinică va fi descrisă printr-un număr mai redus de variabile, numite factori, fără pierdere semnificativă de informație. Formarea acestor factori, care nu mai corespund nici unui item individual, depinde doar de corelația notelor diferiților itemi între ele. Pe această cale se evidențiază relațiile naturale existente între simptome, precum și dimensiunile fundamentale subiacente simptomatologiei.

5.4 Domeniile de aplicabilitate a instrumentelor psihometrice sînt: psihopatologia descriptivă, evaluarea modificărilor clinice în timp, screening-ul diagnostic, decizia diagnostică, diagnosticul diferențial, predicția răspunsului la terapie, decizia terapeutică, monitorizarea tratamentului. Un alt domeniu de aplicabilitate îl constituie cercetarea științifică și cercetarea psiho-farmacologică.

se clasifică după: scopul urmărit, conținutul lor, utilizatorul (de administrare, persoana care face evaluarea), sistemul de evaluare.

Activă asupra scadelor de heteroevaluare

Scalele de evaluare, în general, se referă la faptul că ele evaluează actual, având o utilizare mai limitată decât testele mentale. Scalele negativ relația terapeutică și pot include uneori o neobișnuită între scalele de autoevaluare și heteroevaluare este, după Debus și Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice. Scalele de autoevaluare prezintă mai multe avantaje. Ele scot în evidență valoarea (Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice. Scalele de autoevaluare prezintă mai multe avantaje. Ele scot în evidență valoarea (Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice.

Scalele de autoevaluare prezintă mai multe avantaje. Ele scot în evidență valoarea (Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice. Scalele de autoevaluare prezintă mai multe avantaje. Ele scot în evidență valoarea (Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice. Scalele de autoevaluare prezintă mai multe avantaje. Ele scot în evidență valoarea (Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice.

Scalele de autoevaluare prezintă mai multe avantaje. Ele scot în evidență valoarea (Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice.

Scalele de autoevaluare prezintă mai multe avantaje. Ele scot în evidență valoarea (Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice. Scalele de autoevaluare prezintă mai multe avantaje. Ele scot în evidență valoarea (Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice.

Scalele de autoevaluare prezintă mai multe avantaje. Ele scot în evidență valoarea (Landis, 1936). Scalele de autoevaluare sînt mai sensibile în schimbările subtile (depresii incipiente, ușoare) sau a unor schimbări mici, pot fi primii indicatori ai ameliorării terapeutice.

deci cele de autoevaluare. Avantajele specifice, și faptul că sesizează uneori aspecte diferite, face ca cele două tipuri de scale să nu se substituie reciproc și să fie complementare; deci este preferabil ca ele să fie utilizate în paralel.

5.7. Clasificarea instrumentelor psihometrice de evaluare a depresiei

Instrumentele psihometrice care pot evalua depresia sînt de trei feluri:

- scale de evaluare globală a fenomenului depresiei, dar nu specifice pentru acest tip de patologie, putînd evalua și orice altă tulburare psihopatologică;
- scale multifactoriale, inventare generale, care au subscale pentru depresie sau un grup de itemi ce se referă la fenomenul depresiv;
- scale de evaluare a depresiei concepute special în acest scop.

5.8. Scalele de evaluare a depresiei utilizate în lucrare

Unul din obiectivele cercetării este și acela de a valida scala AMDP-MD încă neutilizată în România. Cum validarea unei scale noi se face prin corelare cu scale deja consacrate, măsuri ale aceluși fenomen, s-au ales ca scale de referință: HDRS, BDI, SDSZ. Corelarea semnificativă a scalei AMDP-MD cu cele trei scale de evaluare a depresiei va demonstra validitatea acesteia.

5.8.1. Scala de autoevaluare Beck (BDI)

Beck Depression Inventory este o scală de autoevaluare de tip inventar și, în același timp, chestionar. Ea a fost concepută în 1961 de Beck și conține 21 de itemi, fiecare cu gradaj între 0 și 3. BDI se referă la starea prezentă fiind o scală de severitate. Ea surprinde bine schimbarea clinică, putînd fi repetată frecvent. În proporție de 64% scala Beck se adresează trăsăturilor verbal-cognitive și doar 9% din itemi reprezintă trăsăturile propriu-zise afective. Restul itemilor obiectivează aspecte psihosomatice și psihomotorii (comportamentale) ale semiologiei fenomenului depresiv. Fiind în acord cu teoria cognitivă a depresiei a lui Beck, BDI a devenit în prezent scala de autoevaluare a depresiei cu cea mai frecventă utilizare. BDI are o corelație bună cu alte scale de autoevaluare a depresiei și satisfăcătoare cu cele de heteroevaluare ($r = 0,62$ cu HDRS).

5.8.2. Scala de autoevaluare Zung (SDSZ)

Self Assessment Depression Scale Zung a fost concepută de autorul ei în 1965. Ea conține 20 de itemi, fiecare cu gradaj de la 1 la 4. Gradajele itemilor sînt de severitate progresivă dar aceasta este exprimată în frecvență (de la niciodată sau foarte rar la todeauna sau foarte des). Propozițiile care privesc existența unei trăsături depresive sînt 50% într-o formă pozitivă și 50% într-o formă negativă. Inițial această scală de autoevaluare a depresiei a fost cea mai utilizată, alături de MMPI. Scala ar putea fi ameliorată dacă s-ar înlocui criteriul frecvenței cu cel al intensității ca măsură a severității, dacă s-ar mai adăuga itemi, dacă s-ar elimina unii și mai ales dacă s-ar modifica explicația la itemii somatici și comportamentali. Scala Zung are corelații diferite, de la autor la autor, de la 0,43 la 0,69, cu alte scale de autoevaluare și o corelație modestă cu HDRS (0,62). După Heimann (1975), scala e lipsită de validitate și de sensibilitate. Kearns (1982) consideră scala ca avînd performanțe globale slabe și o contraindică în activitățile de cercetare științifică. Biggs, în schimb, consideră că deși este inferioară scalei Hamilton, scala Zung este suficient de validă și de sensibilă pentru a înregistra severitatea clinică și astfel, pentru a putea fi utilizată și în cercetare.

heteroevaluare a depresiei Hamilton (HDRS)

Rating Scale a fost inițial concepută ca indicator al calității tratamentelor psihotrope (Hamilton, 1960). Ulterior, această scală a devenit instrument de heteroevaluare a severității depresiei, la bolnavi deja diagnosticați și concepute și alte scale de heteroevaluare, HDRS rămânând utilizat pe glob. Actualitatea lui este sporită de răspândirea metodei de evaluare a depresiei. HDRS mai este folosită ca instrument de evaluare a depresiei, pentru cercetare și ca scală standard pentru validarea altor metode de evaluare în comparație. Inițial, scala a avut 23 de itemi, dar în 1967 s-a eliminat un număr de itemi care i s-au părut nerelevanți, scala rămânând cu 17 itemi. În prezent se utilizează o scală Hamilton de 21 de itemi propusă de Hamilton și a fost aleasă pentru a fi utilizată în evaluarea depresiei, întrucât este o scală economică pentru că nu necesită antrenament deosebit și este ușor de aplicat.

Caracteristici psihometrice ale scalei Hamilton cităm: fidelitatea intraclass, atât pentru fidelitatea interevaluatori cit și pentru fidelitatea intraevaluatori. HDRS are corelații bune cu alte scale de heteroevaluare. Dintre acestea cea mai bine corelează cu BDI. În ceea ce privește sensibilitatea, HDRS este mai sensibilă la schimbări clinice decât alte scale. Este mai sensibilă la schimbările simptomelor depresive și înrudite. În general, în cercetare, este preferată scala Hamilton cu o scală de autoevaluare.

REZUMUL SISTEMULUI AMDP

DESCRIEREA SISTEMULUI AMPD

Derivă denumirea sistemului AMDP provine de la denumirea în germană a metodei de lucru: "Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie". Este mult decât o scală de evaluare, el a dat naștere unor idei și metode noi de codificare și cotări de concepte psihopatologice. Scopul standardizării diagnosticului în psihiatrie este acela de a reduce diferențele dintre clinicieni, diferențe datorate atât diversității sistemelor de evaluare, cât și diferențelor de decizie clinică, deziderat realizabil printr-o definire comună a termenilor (în cadrul scalelor de evaluare) și printr-un algoritm de evaluare (în cadrul sistemelor de evaluare), care fixează regulile independente ale deciziei individuale.

Este un instrument care reunește caracteristicile psihopatologiei, înaltă precizie și un mod cunoscut în mod tradițional. Cercetarea se efectuează în condiții naționale și interculturale intensive (Lehmann, 1983). Posibilitățile de aplicare a metodei sunt următoarele: învățarea psihopatologiei, cercetarea psihopatologiei ale diferitelor școli, cercetările multicentru, inventare de boli și evoluția lor sub tratament, constituirea unei bănci de date, cercetarea întrebărilor științei precum și un ajutor în stabilirea unui diagnostic. AMDP colecționează simptome și semne psihopatologice, de preferință

sistemizate, chiar standardizate, pe care pacientul le manifestă în prezent și focalizează atenția asupra ansamblului tabloului psihopatologic, cu atât mai mult cu cât fiecare simptom sau item trebuie să fie evaluat separat, fără nici o omisiune.

Manualul AMDP este destinat ameliorării acordului sau "fidelității" între diferiți evaluatori. El conține două părți: o parte anamnestică calitativă și o parte despre starea actuală psihică și somatică, cantitativă. Există trei fișe anamnestice care permit o culegere de date socio-demografice exhaustive și de antecedente psihiatrice. După modelul în care a fost conceput, sistemul anamnestic permite utilizarea modulară, în cadrul unei cercetări, dând posibilitatea de a utiliza numai fișele care privesc o problemă precisă (Rein și colab., 1987). Scala de evaluare psihopatologică și scala somatică au ca dublu scop cuantificarea psihopatologiei actuale și măsurarea schimbării produse de tratament. Scala psihopatologică AMDP-4 cuprinde 100 de itemi, comuni cu cei ai manualului german și 15 itemi de rezervă psihopatologici proprii ediției franceze. Scala somatică AMDP-5 cuprinde 40 de itemi comuni cu cei ai scalei germane, plus 7 itemi de rezervă somatici, proprii versiunii franceze.

Din cadrul sistemului AMDP au fost extrase mai multe subscale de evaluare, ca: subscala manie-depresie (AMDP-MD), subscala pentru schizofrenie (AMDP-SC), subscala sindromatică (AMDP-SY) și subscala pentru anxietate (AMDP-AT).

Sistemul AMDP are mai multe câmpuri de aplicare: standardizarea dosarului clinic, cercetarea epidemiologică (prin fișele anamnestice), învățarea psihopatologiei, cercetarea transculturală, diagnosticul sindromatic, obligator pentru orice diagnostic nosologic și măsurarea schimbării, sub tratament, într-o concepție multifactorială.

Actualmente, sistemul AMDP este unul din cele mai complete sisteme de evaluare și de cuantificare a conceptelor psihopatologice. El a făcut posibilă standardizarea la un eșalon interuniversitar supranațional, facilitând frecvente reuniuni de metodologie, îmbogățindu-se constant din experiența clinică și rigurozitatea psihiatrilor și a psihologilor prezenți la aceste reuniuni.

Sistemul AMDP a luat naștere în zona de influență germană a Europei, după care a fost preluat și adaptat de zona de influență franceză. Astfel s-a născut sistemul AMDP francofon care a adus multe îmbunătățiri versiunii germane. Grupul francofon a realizat interviul semistructurat pentru scala psihopatologică și a îmbogățit numărul subscalelor, cu scala sindromatică (după modelul BPRS) și cu subscala pentru anxietate.

2. TRADUCEREA SI ADAPTAREA IN LIMBA ROMANA A SISTEMULUI AMPD

Singurul centru universitar din România care s-a familiarizat cu sistemul AMDP este Timișoara. În cadrul Clinicii Psihiatrice Timișoara a început să se utilizeze modelul AMDP în redactarea foilor de observație. Fișa psihopatologică și fișa somatică au fost utilizate ca modele de liste de simptome, cu posibilitatea de a cota evoluția în timp a acestora, sub influența tratamentului, utilizându-se gradarea intensității conform prevederilor manualului francez.

În prezent, registrul de cazuri include modelul anamnestic al sistemului AMDP, fiind informatizat, iar foile de observație au devenit, nu numai documente descriptive, ci și dinamice, prin utilizarea graduării simptomelor înaintea tratamentului și în timpul acestuia. Extensia sistemului AMDP în România este în curs. Traducerea în limba română (Pompilia Dehelean, 1990) a avut ca model ediția a II-a revizuită și completată a manualului de evaluare și cuantificare a psihopatologiei, versiunea francofonă, apărut în 1981 sub

on.
traducerea exactă a textului francez, pentru că există o mare
efinițiile din manual și cele utilizate în psihiatria română. Există totuși
aducerea română și textul francez, care ne fac să vorbim de o adaptare
ste diferențe privesc, în deosebi, aspectele de ordin socio-cultural din

SCALELE SISTEMULUI AMDP

MP, prin complexitatea sa, a permis extragerea unor subscale care pot
t, permițând sesizarea schimbării în cursul unui tratament. Subscalele
sistente până în prezent au fost deja enumerate. Dintre toate aceste
il nostru am ales subscala AMDP-MD. Ea este adaptarea unei subscale
Dittrich în 1979, bazată pe principiul suprapunerii ierarhice progresive
ogice ilustrate, prin analize factoriale, în componente principale ale
marii stabilități a acestor scale de la un eșantion la altul. AMDP-MD
e permite înregistrarea virajelor maniacoale sau depresive, cu același
vașia suplimentară că psihoza maniaco-depresivă nu este numai o
maniacoale și faze depresive, ea implică uneori și faze tranzitorii, sub
sau disforice (Bernier și colab., 1973). Adaptarea franceză a subscalei
celoși număr de itemi ca și versiunea elvețiană: 20 itemi depresivi și
mărul gradelor de severitate se situează, în versiunea franceză, între
ediu, puternic, foarte puternic), fapt care crește sensibilitatea subscalei
dintre starea dinaintea și cea de după tratament. Versiunea franceză,
mare de nuanțare, crește sensibilitatea schimbărilor sub tratament.
poate funcționa independent de sistemul din care provine, permite o
și nuanțată a gravității depresiei. Ea este sensibilă la schimbările
e. Prin aplicarea sa în cunoscerea simptomatologiei, AMDP-MD oferă
precie a evoluției unui episod depresiv și/sau maniacoal. Din studiile
bună corelație cu HDRS și cu scala de autoapreciere a dispoziției von
ei AMDP-MD în studiul nostru, s-a bazat pe ideea că un instrument
un sistem de extensia AMDP poate servi, independent, la aprecierea
at, mai ales că foile noastre de observație, așa cum am menționat, au
nului AMDP.

MATERIAL SI METODA

mării evoluției episoadelor depresive majore se utilizează, în ultima
epesiei prin aplicarea unei scale de autoevaluare în paralel cu una de
ambele, se completează reciproc și măsoară cantitativ schimbarea
tratament antidepressiv. Această cuantificare, în aprecierea evoluției unui
mai multă obiectivitate decât analiza unor date ca: durata episodului,
forma clinică de recădere, ect. Din acest motiv se preferă evaluarea

cantitativă cu ajutorul scalelor de evaluare.

Lucrarea își propune validarea scalei AMDP-MD, neutilizată până în prezent în
România, prin comparare cu trei scale de evaluare, deja consacrate și care servesc drept
etalon.

Dacă scala AMDP-MD se va dovedi la fel de validă și de sensibilă ca și scalele
HDRS, BDI, SDSZ cu care este comparată, atunci ea va putea deveni un instrument de lucru
util, valid și sensibil, ușor de aplicat, acoperind mai bine aria depresiei, ea având o legătură
coherentă cu sistemul de recoltare al datelor clinice bazat pe structura sistemului AMDP.
Criteriile de selecție a cazurilor au fost cele prevăzute de DSM-III-R pentru episodul depresiv
major și melancolie. Aceste criterii au fost corelate cu criteriile operaționale de diagnostic
prevăzute de ICD-10, cu care se armonizează foarte bine, deoarece ICD-10 a fost construit
pe structura DSM-III.

Lotul a fost format din 50 de bolnavi, care au fost internați în Clinica Psihiatrică
Timișoara, în perioada februarie 1991 - februarie 1993, cu diagnosticul: Psihoză afectivă
periodică bipolară sau Depresie recurentă, cu episod actual depresiv major.

Seturile de criterii aplicate au exclus, de la început, pacienții internați cu un episod
depresiv major, fără istorie afectivă anterioară. În felul acesta, am obținut o bună
omogenitate a lotului, cu prețul unei prelungiri a cercetării cu doi ani, necesari selectării a
50 de cazuri (număr considerat suficient de majoritatea autorilor).

Fiecare pacient a fost urmărit pe toată durata internării și în următoarele 4 săptămâni
de la externare, specificând faptul că durata de spitalizare a fost variabilă, între 14 și 95 de
zile. Evoluția episodului depresiv major a fost urmărită prin aplicarea concomitentă a patru
scale de evaluare în trei momente cheie, și anume: la internare, înainte de instituirea terapiei
antidepresive, pentru a evidenția intensitatea depresiei; la externare, după tratamentul
antidepresiv pentru sesizarea efectivă a schimbării produse de tratament; și la patru
săptămâni de la externare, pentru a urmări măsura în care ameliorarea este stabilă, existând
și alternativele agravării sau ale unui viraj maniacoal.

Pentru a putea face o descriere demografică a lotului, la fiecare pacient s-a ținut cont
de vîrstă, sex, statut marital, nivelul de pregătire profesională, diagnostic, durata spitalizării,
numărul de episoade anterioare și în mod special de scorurile globale obținute cu ajutorul
scalelor de evaluare, în fiecare din cele trei momente ale evaluării. Pentru un pacient au fost
necesare deci, 12 evaluări, iar pentru întreg lotul acestea s-au situat la cifra de 600.

Alegerea instrumentelor de lucru a avut în vedere selectarea unor scale de referință
care în plan internațional servesc ca modele de comparare standard.

Urmărindu-se validarea scalei AMDP-MD s-au ales ca scale de referință HDRS, ca
scală de heteroevaluare indispensabilă și două scale de autoevaluare: BDI și SDSZ.

În cazul în care, există o concordanță semnificativă între AMDP-MD și celelalte trei
scale, aceasta dinții va putea fi considerată o scală validă și sensibilă și va putea fi utilizată
curent, atât în practica psihiatrică cît și în cercetare.

Am utilizat versiunea de 21 itemi ai scalei Hamilton, furnizată de Hedlund și Vieweg,
în 1979, versiune mult utilizată de firmele mari de medicamente. În studiu, au mai fost
folosite, scala BDI în varianta ei originală de 21 itemi, nemodificată și scala Zung de 20 de
itemi, furnizată tot de Hedlund și Vieweg, în 1979.

Am ținut cont de referințele existente în literatură despre cele trei scale, mai ales
atunci cînd am comparat rezultatele noastre cu cele existente în literatura de specialitate.

Toate cele patru scale au fost aplicate concomitent, în aceeași zi: la internare, la
externare și la patru săptămîni de la externare. Intervalul dintre evaluări a fost suficient de
mare ca să nu existe riscul unei "învățări" a răspunsului. Cele 600 de evaluări au pretins un

de prelucrare la nivelul exigențelor moderne a cercetării științifice. Se au utilizat scale AMDP-MD și celelalte trei scale cu ajutorul coeficienților de corelație Spearman și Kendall. S-a mai utilizat metoda corelației de regresie pentru evidențierea distribuției frecvențelor pe intervale de intensitate, metoda histobarelor, pentru toate cele patru scale, la cei 50 de pacienți și a fost aceea de a corela scorurile globale ale fiecărei scale alese ca AMDP-MD, obținându-se coeficienții de corelație corespunzători. A fost verificată structura internă a scalei AMDP-MD prin metoda de săi în trei factori: afectiv, cognitiv și somatic și compararea rezultatelor cu celelalte trei scale, obținute în același mod.

Conținutul scalelor permite compararea ariilor de acoperire ale acestora la fiecare scală și în mod special la scala AMDP-MD. Compararea scalei AMDP-MD cu structurile factoriale ale HDRS, BDI și a altor teste de conținut a fiecărei scale precum și diferențele existente între aceste scale, în construcția lor, au un echilibru structural care permite aplicarea acestora la fenomenele depresive. Ceea ce nu pot acoperi scalele de autoevaluare, ele completându-se reciproc. Din acest motiv, este preferată și chiar recomandată utilizarea paralelă a scalelor de autoevaluare.

REZULTATE SI DISCUȚII

Lotul conține 20 de pacienți cu Psihoză afectivă periodică bipolară (10 cu recurență (psihoză afectivă periodică monopolară depresivă). Din punct de vedere pe sexe, lotul cuprinde 17 bărbați și 33 de femei. Într-o analiză separată pe sexe a subgrupurilor de bipolari și monopolari. La bipolari sunt 12 bărbați și 15 femei iar la monopolari, 12 bărbați și 18 femei. Se observă ponderea monopolarilor în structura diagnostică a loturilor și pe de altă parte la ambele subgrupe diagnostice.

TABELUL 1

Tabel cu media de vârstă

	Sex	Media de vârstă
n=5	M	34,0
n=15	F	38,1
n=12	M	49,1
n=18	F	43,1

În funcție de sex, datele Tabelului nr.21 sînt relevante. Pentru bipolari, în ansamblu, are o medie de vîrstă de 37,1 ani iar la monopolari este de 45,5 ani. Cifrele sînt concordante cu datele din literatura de specialitate.

de specialitate.

TABELUL 2
Statutul marital
n=50

Diagnostic	Sex	Căsătorit	Divorțat	Văduv	Necăsătorit
Tulburare bipolară n=20	F n=15	9	2	1	3
	M n=5	4	-	-	1
Tulburare monopolară n=30	F n=18	8	5	2	3
	M n=12	10	-	-	2
Total		31	7	3	9

Am studiat în Tabelul nr.2 statutul marital, în funcție de diagnostic și sex. Se remarcă pentru ambele subgrupe ponderea pacienților căsătoriți față de cei care trăiesc solitari, prin divorț, decesul partenerului sau o incapacitate de a realiza o relație de apropiere. O particularitate a lotului constă în faptul că numai femeile au avut neșansa divorțului sau a pierderii partenerului prin deces. În privința solitudinii, ca neșansa a unei relații de apropiere, raportul este aproape egal între femei și bărbați.

TABELUL 3

Pregătirea profesională
n=50

Diagnostic	Sex	Studii elementare	Studii medii	Studii superioare
Tulburare bipolară n=20	F n=15	5	4	6
	M n=5	1	-	4
Tulburare monopolară n=30	F n=18	10	3	5
	M n=12	6	-	6
Total		22	7	21

Tabelul nr.3 reafirmă situația pregătirii profesionale. După cum se poate observa, un număr de 21 de pacienți au pregătire profesională superioară (facultate, școli tehnice postliceale) și 29 de pacienți au pregătire elementară (8 clase) și medie (liceul).

de a stabilității familiei și a nivelului de pregătire profesională a
tate a lotului, în sensul că pregătirea profesională elementară și
ci, a condus la o mai mare stabilitate a familiei.

TABELUL 6

Corelație între intensitatea depresiei la
internare și durata spitalizării
n=50

Coefficient	AMDP-MD	HDRS	BDI	SDSZ
Pearson	0,20	0,30	0,21	0,18
Spearman	0,24	0,32	0,29	0,24
Kendall	0,18	0,23	0,19	0,17

TABELUL 4
Număr de episoade anterioare

	Număr de itemi				
	1	2	3	4	>4
n=20	4	7	4	2	3
n=30	-	19	4	4	3

au căutat relații despre istoria afectivă anterioară episodului actual.
Tabelul nr.4, majoritatea pacienților din lot (26 de cazuri) au avut una
sau două internări și doar 8 cazuri au avut 3 internări. Rezultă că în lot sînt
pacienți cu o istorie afectivă destul de recentă, ceea ce contribuie, de asemenea, la
validitatea criteriilor de diagnostic.

TABELUL 5

Sex	Durata medie a spitalizării
M	21,2 zile
F	48,4 zile
M	45,5 zile
F	41,5 zile

Forma de debut este bipolară sau monopolară, aspectul și evoluția episodului
deprimant sunt diferite în ambele tipuri de polaritate. Tabelul nr.5 reflectă structura pe sexe
a lotului de spitalizare. O particularitate a lotului apare clar din tabel
în cazul bărbaților de bipolaritate și o durată scurtă de spitalizare în
cazul femeilor de bipolaritate. Calculând însă durata medie de spitalizare pentru întreg
lotul este de 41,6 zile, iar pentru cel de monopolaritate de 43,5 zile.
Datele privind evoluția episodului depresiv confirmă cele afirmate anterior. După
tratamentul inițial evoluția depresiei sînt groasieră și uneori cu caracter
recidivant asupra evoluției episodului depresiv este dată mai ales de
durata de internare, înainte și după instituirea tratamentului antidepressiv.

În cele ce urmează vom prezenta o primă corelație, între scorurile globale ale fiecărui test
la internare și durata spitalizării. Coeficienții de corelație obținuți sînt prezentați în Tabelul
nr.6 și demonstrează că nu există nici o corelație între nivelul depresiei la internare și durata
spitalizării. Dacă ar fi existat o corelație semnificativă între nivelul depresiei la internare și
durata spitalizării, ar fi fost interesant de urmărit comportamentul celor două subloturi. Adîc
aspectul global al lotului, cît și diferențierea pe subloturi nu au dus la nici un rezultat
semnificativ statistic în ceea ce privește durata spitalizării și nivelul de depresie.

În cele ce urmează se va prezenta repartiția grafică a intensității depresiei pacienților
cuprinși în studiu, în toate cele trei momente ale evaluării exprimate prin scorul global al
testului (suma tuturor valorilor itemilor) pentru fiecare scală de evaluare.
Histogramele au avantajul că oferă o imagine de ansamblu a repartiției frecvenței scorurilor
globale, pe intervale de intensitate.

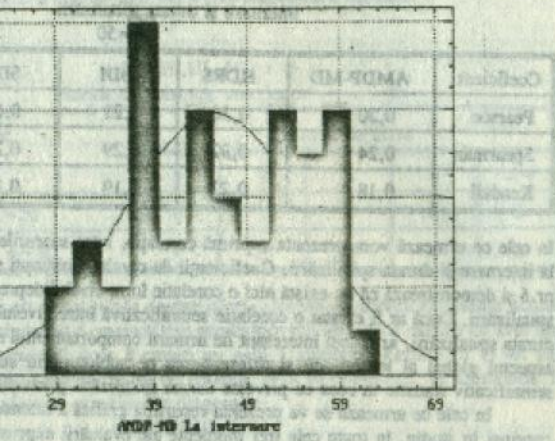
Aprecierile privind evoluția se pot face ușor prin compararea pozițiilor frecvențelor
scorurilor pe intervale de intensitate a depresiei, diferite la internare față de externare și față
de momentul controlului după patru săptămîni. Am ales ca exemplu scala AMDP-MD în
toate cele trei momente sus menționate.

Graficul nr.1 reprezintă histograma scorurilor scalei AMDP-MD la internare. Se poate
observa curba fenomenului normal trasată de calculator conform cifrelor introduse. Coloanele
reprezintă frecvențele plasate pe intervale de intensitate. Intervalul de intensitate este cuprins
între 23 și 63, frecvența cea mai mare a cazurilor se plasează pe intervalul de intensitate
cuprins între 39 și 59.

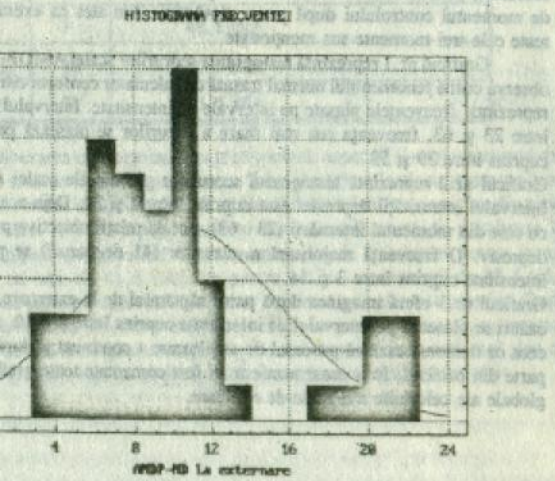
Graficul nr.2 reprezintă histograma scorurilor globale ale scalei AMDP-MD la externare.
Intervalul intensității depresiei este cuprins între 3 și 23. Deja aceste cifre, prin comparație
cu cele din momentul internării (23 - 63), pot da relații obiective privind evoluția episodului
deprimant. O frecvență majoritară a cazurilor (41 de cazuri) se plasează pe intervalul de
intensitate cuprins între 3 și 14.

Graficul nr.3 oferă imaginea după patru săptămîni de la externare. În acest moment, 43 de
cazuri se plasează pe intervalul de intensitate cuprins între 2 și 10, valori ce exclud depresia,
ceea ce demonstrează că procesul de ameliorare a continuat și după externare pentru o bună
parte din pacienți. În aceeași manieră au fost prezentate toate graficele ce reflectă scorurile
globale ale celorlalte trei scale de evaluare.

GRAFICUL 1

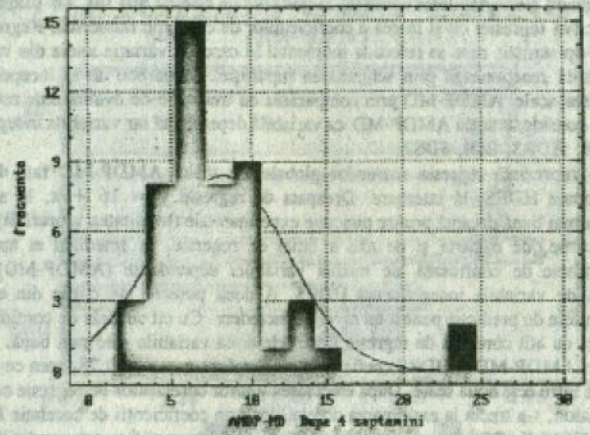


GRAFICUL 2

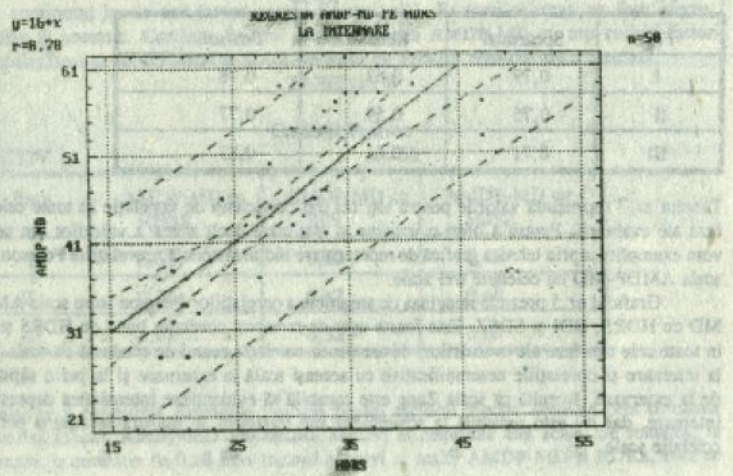


GRAFICUL 3

HISTOGRAM FRECVENTEI



GRAFICUL 4



probleme fundamentale: prima constă în a descrie legea de variație a funcției de altă variabilă cunoscută sub denumirea de regresie, iar intensitatea legăturii printr-un coeficient numeric independent de abilitățile corelate. Ținând cont de cele de mai sus, am studiat lotul, și cit și în cea a coeficienților de corelație numerică. Regresia este o funcție care se referă la momentul în care, la variația uneia din variabile, se schimbă prin schimbarea repartiției. Deoarece de la început ne-am ocupat de AMDP-MD prin compararea cu trei scale de evaluare de referință a la AMDP-MD ca variabilă dependentă iar variabila independentă este BDI, SDSZ.

Regresia scorurilor globale ale scalei AMDP-MD față de cea a la internare. Dreapta de regresie $y = 16 + x$, în acest caz, se ocupă printre punctele experimentale (totalitatea scorurilor). Prima parte și de alta a liniei de regresie, în imediata ei apropiere, în funcție de mediei variabilei dependente (AMDP-MD) pentru variabilă independentă HDRS. A doua pereche de curbe din extreme, se ocupă pentru un nivel de încredere. Cu cât curbele de încredere sunt mai apropiate de regresie între cele două variabile este mai bună.

Coeficientul de corelație între AMDP-MD și HDRS este $r = 0,78$, ceea ce exprimă o corelație bună. După efectuarea tuturor corelațiilor de regresie cu scalele de referință și HDRS coeficientul de corelație este $r = 0,78$, ceea ce exprimă o corelație bună. După exprimarea corelațiilor prin coeficienții de corelație Pearson, în această serie de corelații vom exemplifica tot corelațiile scalei AMDP-MD la toate cele trei faze ale evaluării.

TABELUL 7

Corelația dintre AMDP-MD și HDRS

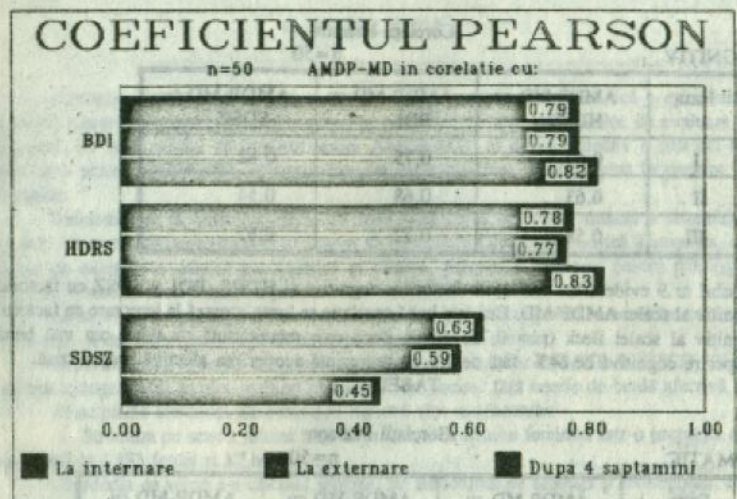
n=50

Scală	Kendall	Pearson
BDI	0,62	0,78
SDSZ	0,59	0,77
HDRS	0,61	0,83

Rezultatele pentru toți cei trei coeficienți de corelație în toate cele trei faze ale evaluării sunt oferite în imaginea și mai clară decât aceea a valorilor din tabele, în forma grafică de reprezentare bidimensională, corelațiile Pearson între AMDP-MD și cele trei scale.

Imaginea de ansamblu a corelațiilor Pearson între scala AMDP-MD și cele trei scale de referință este foarte ușor de remarcat corelația bună cu HDRS și BDI la internare, de asemenea corelația destul de modestă cu scala Zung la externare și la patru săptămâni. Corelațiile cu HDRS și SDSZ sunt nesemnificative cu aceeași scală la externare și la patru săptămâni. Corelația cu HDRS este capabilă să evidențieze intensitatea depresiei la internare și la schimbarea sub tratament în măsura în care o pot face

GRAFICUL 5



Un ultim aspect urmărit a fost compararea structurii factoriale a scalei AMDP-MD cu structura factorială a celorlalte trei scale. S-au grupat toți itemii tuturor celor patru scale, după conținutul lor în trei factori pentru fiecare scală. Factorii selectați au fost: afectiv, cognitiv și somatic. Corelația fiecărui factor al scalei AMDP-MD cu toți ceilalți factori corespunzători ai HDRS, BDI și SDSZ s-a făcut cu ajutorul coeficientului Pearson.

TABELUL 8

Corelații Pearson

n=50

AFECTIV

Faza	AMDP-MD cu HDRS	AMDP-MD cu BDI	AMDP-MD cu SDSZ
I	0,68	0,60	0,49
II	0,74	0,47	0,48
III	0,61	0,55	0,62

Tabelul nr.8 reprezintă corelațiile Pearson pentru factorul afectiv obținute prin corelarea factorului afectiv AMDP-MD cu factorii afectivi ai celorlalte trei scale. Se remarcă, la internare, o corelație de 0,68 între factorii afectivi ai scalei AMDP-MD și HDRS, ceea ce

arierii afective a depresiei este asemănătoare la cele două scale, ambele

TABELUL 9

Corelații Pearson
n=50

AMDP-MD cu HDRS	AMDP-MD cu BDI	AMDP-MD cu SDSZ
	0,75	0,62
	0,68	0,54
	0,72	0,62

corelațiile factorilor cognitivi ai HDRS, BDI și SDSZ cu factorul AMDP-MD. Cea mai bună corelație se înregistrează la internare cu factorul HDRS ($r = 0,75$). Scala Beck este recunoscută ca având cea mai bună corelație față de 9% cîi reprezintă acoperirea afectivă propriu-zisă.

TABELUL 10

Corelații Pearson
n=50

AMDP-MD cu HDRS	AMDP-MD cu BDI	AMDP-MD cu SDSZ
0,70	0,67	0,49
0,52	0,67	0,39
0,68	0,72	0,60

corelațiile factorului somatic al scalei AMDP-MD cu factorii HDRS și SDSZ. Ca aspect de ansamblu se remarcă corelațiile semnificative ale scalei AMDP-MD cu factorul somatic HDRS și BDI și corelația semnificativă cu factorul somatic SDSZ. Se poate remarca cea mai bună corelație la internare

CAPITOLUL VI

CONCLUZII

Lucrarea a avut două obiective: primul, de a urmări evoluția clinică a episodului depresiv major din cursul psihozelor afective periodice cu ajutorul scalelor de evaluare a depresiei, în mod special cu ajutorul scalei AMDP-MD; al doilea obiectiv a fost cel de validare a scalei AMDP-MD, deoarece aceasta nu a mai fost aplicată pînă în prezent în România.

Premizele de la care s-a pornit au fost: traducerea în limba română a sistemului AMDP (de care autoarea tezei) și aplicarea sa curentă în Clinica Psihiatrică Timișoara, ca sistem de culegere a datelor anamnestice și clinice, precum și interesul pentru patologia afectivă, vizînd în mod special depresia.

Lotul de 50 de pacienți, dintre care 20 bipolari și 30 monopolari, a necesitat un timp de selecție și de observație care s-a întins pe o perioadă de doi ani.

Criteriile restrictive de diagnostic aplicate, prevăzute de DSM-III-R și ICD-10 au asigurat omogenitatea lotului, nefiind inclus nici un pacient fără istorie de boală afectivă.

Principalele concluzii ale cercetării noastre sînt următoarele:

1. Structura pe sexe a lotului înclină în favoarea sexului feminin, într-o proporție de aproape 2 la 1 (33 femei și 17 bărbați).

2. Media de vîrstă s-a calculat separat, pe subloturile de bipolari și monopolari. Ea este 37,1 ani la bipolari și 45,5 ani la monopolari.

3. S-a constatat că stabilitatea familiei este mai mare la pacienții cu aspirații mai modeste, care au o pregătire profesională elementară sau medie, comparativ cu pacienții cu statut socio-profesional înalt (studii superioare).

4. Depresia bipolară și depresia monopolară nu se diferențiază clinic una de alta decît prin istoria de boală afectivă și prin antecedentele familiale. Episodul depresiv major este același, indiferent de polaritatea bolii afective, evoluția sa derulîndu-se pe o perioadă de timp asemănătoare pentru ambele tipuri. În acest sens, menționăm că durata medie de spitalizare pentru depresivii bipolari a fost de 41,6 zile, iar pentru depresivii monopolari de 43,5 zile. După cum se poate vedea evoluția episodului depresiv major a fost, în medie, aproximativ aceeași pentru ambele tipuri de polaritate.

5. Ipoteza că un înalt nivel al intensității depresiei ar putea avea o corelație cu o spitalizare mai îndelungată nu s-a confirmat. Nu s-au găsit corelații semnificative între intensitatea depresiei la internare și durata spitalizării, nici pentru ansamblul lotului și nici pentru subloturile de bipolari și monopolari.

6. Din punct de vedere calitativ, al impresiei clinice globale, toți pacienții s-au ameliorat sub tratament, neexistînd cazuri cu evoluție staționară sau agravantă. Din punct de vedere cantitativ, scalele de evaluare a depresiei au furnizat criterii obiective de apreciere a evoluției favorabile. Cu ajutorul reprezentărilor grafice executate de calculator, au putut fi comparate toate scorurile globale ale scalelor, reprezentînd intensitatea depresiei și anume cele de la internare cu cele de la externare, ultimele fiind sensibil mai mici, obiectivînd astfel procesul de ameliorare.

7. Scala AMDP-MD a putut fi validată prin corelațiile sale semnificative cu HDRS și BDI, alese ca scale de referință. Faptul că au existat corelații mai modeste cu SDSZ nu face decît să confirme ceea ce au mai constatat și alți autori și anume că, în general,

Zung cu scalele de heteroevaluare sînt modeste sau nesemnificative.

Form cercetărilor efectuate se poate susține că scala AMDP-MD este sensibilă la tratament. Această sensibilitate a putut fi demonstrată, cel mai bine, prin programelor la internare și la externare, urmărindu-se repartiția frecvențelor nivel de intensitate.

Structura internă a scalei AMDP-MD este echilibrată. Prin compararea celor două scale, care acoperă trei arii fundamentale ale fenomenului depresiv (factorul afectiv și somatic), cu aceiași factori ai celor trei scale de referință, am ajuns la concluzia că AMDP-MD are o structură internă foarte bine echilibrată, acoperind în proporție egală toată suprafața fenomenului depresiv. Repartiția itemilor scalei AMDP-MD pe cele trei arii (afectivă, cognitivă, somatică) a permis obținerea unor corelații semnificative, prin compararea celor trei factori AMDP cu factorii celorlalte trei scale de referință. Factorul afectiv al scalei AMDP-MD are o corelație semnificativă cu același factor al scalei Hamilton ($r = 0,68$) la internare și o corelație semnificativă ($r = 0,74$) la externare, argument important deoarece HDRS este o scală care acoperă bine aria afectivă. Factorul cognitiv al AMDP-MD are o corelație semnificativă cu același factor al scalei Beck ($r = 0,75$), la internare, BDI fiind și ea o scală care acoperă în proporție de 64% aria cognitivă. Factorul somatic al AMDP-MD are o corelație bună cu același factor al scalei Hamilton ($r = 0,68$) la internare, HDRS avînd și o acoperire foarte bună, recunoscută, a ariei somatice. Datele cele de mai sus rezultă că structura internă a scalei AMDP-MD este cea mai echilibrată comparativ cu scalele cu care a fost corelată.

Scala AMDP-MD este un instrument care poate fi utilizat independent de sistemul de evaluare și provine, avînd psihometric aproape toate calitățile necesare unui bun instrument de măsură: sensibilitate, structură internă echilibrată și o acoperire aproape egală a fenomenului depresiv. În plus, ea este o scală economică (privind costurile materiale cheltuite), se aplică ușor și poate oferi informații nu numai despre nivelul depresiei ci și privitor la dinamica acestuia sub tratament.

Am dovedit că scala BDI este și ea o scală validă și sensibilă la schimbările de tratament administrat, avînd și corelații bune cu cele două scale de referință. Această scală poate fi utilizată atât în practica clinică curentă, oferind o măsură cantitativă a fenomenului depresiv, cît și în cercetarea științifică, dar, în această situație asocierea ei cu o scală de heteroevaluare.

Am utilizat toate scalele utilizate în studiul nostru, cele mai slabe corelații cu scala de referință au avut-le scala Zung. Ea s-a dovedit utilă doar în aprecierea sensibilității la depresie la internare. În momentul externării, s-a dovedit că Zung este mult mai puțin sensibilă la schimbarea clinică produsă de tratament, avînd corelații nesemnificative cu toate scalele, iar la patru săptămîni de la externare, corelațiile sînt și mai slabe. Deși este o scală care se completează ușor și rapid, care se aplică ușor, ea nu este suficient de validă și de sensibilă ca să poată fi folosită ca instrument într-o activitate de cercetare științifică.

Am prezentat în anexă 20 de tabele, 49 de grafice și 153 de titluri bibliografice.

CUPRINSUL TEZEI

INTODUCERE	1
I. PSIHOZELE AFFECTIVE PERIODICE	
1. Circumscrierea psihozelor afective periodice	2
1.1. Scurt istoric	2
1.2. Date epidemiologice	3
1.3. Etiologia tulburărilor afective	4
1.3.1. Teoriile psiho-biologice	4
1.3.2. Teoriile psiho-sociale	6
2. Formele clinice ale psihozelor afective periodice	8
2.1. Tulburarea afectivă bipolară	8
2.1.1. Criteriile de diagnostic pentru episodul maniacal conform DSM-III-R 1987	9
2.1.2. Criteriile de diagnostic pentru episodul depresiv major conform DSM-III-R 1987	10
2.1.3. Criteriile de diagnostic pentru melancolie conform DSM-III-R 1987	11
2.1.4. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea bipolară, conform DSM-III-R 1987	11
2.1.5. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea bipolară, conform IDC-10	11
2.1.6. Spectrul bipolar	13
2.2. Tulburarea afectivă unipolară	13
2.2.1. Melancolia și tipus melancolic	14
2.2.2. Episodul depresiv major - aspecte clinice	16
2.2.3. Criteriile de diagnostic pentru tulburarea unipolară conform DSM-III-R 1987	18
2.2.4. Criteriile pentru tulburarea depresivă recurentă IDC-10 1992	19
3. Evoluția psihozelor afective periodice	20
II. SCALE DE EVALUARE	
1. Repere istorice	23
2. Considerații generale privind psihopatologia cantitativă	24
2.1. Psihopatologia cantitativă și psihopatologia calitativă	24
2.2. Noțiuni preliminare de statistică în psihometrie	25
2.3. Instrumente psihometrice	26
2.3.1. Testul mental	27
2.3.2. Interviurile structurate și semistructurate	28
2.3.3. Listele de criterii de diagnostic	29
3. Considerații generale privind scalele de evaluare în psihiatrie	29
3.1. Definiție, caracteristici generale	29
3.2. Proprietățile metrologice ale scalelor de evaluare	32
3.2.1. Fidelitatea	32
3.2.2. Omogenitatea sau consistența internă	33

3. Validitatea	33
4. Sensibilitatea	35
5. Obiectivitatea	35
6. Economicitatea	35
7. Utilitatea	35
8. Probleme conexe	36
area rezultatelor probelor psihometrice și aria lor de c	36
1. Utilizarea rezultatelor	36
2. Domeniile de aplicabilitate a instrumentelor psihometrice	37
3. Căderea scalelor de evaluare comparativă asupra scalelor de evaluare și autoevaluare	41
4. Căderea a depresiei de evaluare specifică pentru depresie	44
5. Căderea instrumentelor psihometrice de evaluare a depresiei	45
6. Căderea de evaluare a depresiei utilizate pentru validarea scalei AMDP-MD	46
1. Scala de autoevaluare Beck (BDI)	46
2. Scala de autoevaluare Zung (SDSZ)	47
3. Scala de heteroevaluare Hamilton (HDRS)	48
AMDP	
1. Sistemul AMDP	52
2. Inscrierea sistemului AMDP	52
3. Istoric al sistemului AMDP	54
4. Căderea în limba franceză a sistemului AMDP	55
5. Căderea în lume a sistemului AMDP	56
6. Adaptarea în limba română a sistemului AMDP	56
7. Căderea la traducerea și adaptarea limbana a sistemului AMDP	56
8. Adaptabilitatea definițiilor sistemului AMDP	57
1. Fișa AMDP-1	58
2. Fișa AMDP-2	58
3. Fișa AMDP-3	59
4. Fișa AMDP-4	59
5. Fișa AMDP-5	64
6. Subscalele sistemului AMDP	65
1. Subscala Manie-Depresie (AMDP-MD)	66
2. Subscala schizofrenie (AMDP-SC)	67
3. Subscala sindromatică (AMDP-SY)	68
4. Subscala de anxietate (AMDP-AT)	68
SI METODA	70
TE SI DISCUTII	75
II	137
AFIE	139

