

Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton: Μορφές, εφαρμογές και προοπτικές

Π.Π. Φερεντίνος, Β.Π. Κονταξάκης, Κ.Γ. Παπλός, Γ.Ν. Χριστοδούλου

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Ψυχιατρική 2003, 14:136-146

Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton είναι η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης παγκοσμίως. Από την εποχή της αρχικής της δημοσίευσης, το 1960, έχουν δημοσιευθεί και χρησιμοποιούνται πολλές άλλες εκδοχές της κλίμακας, με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση μεταξύ των κλινικών και ερευνητών σχετικά με τις διαθέσιμες εκδοχές και μείωση της αξιοπιστίας των κλινικών μελετών. Τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν κατά τη χρήση της κλίμακας, τα αποτελέσματα της μελέτης των ψυχομετρικών της ιδιοτήτων, τα προβλήματα προτύπωσης στη χορήγηση και βαθμολόγησή της και η ανάγκη χρησιμοποίησης και μη ιατρικού προσωπικού για τη χορήγησή της ώθησαν τους ερευνητές κατά την τελευταία εικοσαετία να προτείνουν πρόσθετες εκδοχές και βοηθήματα στη χορήγησή της: αυτοχορηγούμενες εκδοχές, δομημένους οδηγούς συνεντεύξεων, τροποποιημένες εκδοχές, παράγωγα μειωμένου αριθμού λημμάτων και παράγωγα με επέκταση του αριθμού των λημμάτων. Πρόσφατα συστάθηκε στις Η.Π.Α. ένα ακαδημαϊκό φόρουμ που ίσως αποτελέσει ένα πρώτο βήμα προς τη δημιουργία ενός οργάνου μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης με μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Λέξεις ευρετηρίου κατάθλιψη, κλίμακες, προτύπωση, ψυχομετρικές ιδιότητες, δομημένοι οδηγοί συνεντεύξεων.

Εισαγωγή

Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton είναι η ευρύτερα- χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης παγκοσμίως. Μια αναζήτηση στο PubMed με λέξη-κλειδί "Hamilton Depression Rating Scale" αποδίδει πάνω από 2400 αναφορές. Από την εποχή της αρχικής δημοσίευσής της το 1960, πολλές άλλες εκδοχές και μορφές χορήγησης της κλίμακας έχουν δημοσιευθεί και χρησιμοποιούνται, αν και οι ερευνητές σπανίως διευκρινίζουν ποια ακριβώς εκδοχή χρησιμοποιούν.

Παρακάτω συζητείται το ιστορικό της ανάπτυξης των διαφόρων εκδοχών και μορφών χορήγησης της κλίμακας, οι σύγχρονες εφαρμογές της, καθώς και οι προοπτικές περαιτέρω βελτιώσεων.

Αρχικές μορφές της κλίμακας

Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton (HDRS) δημοσιεύθηκε αρχικά από τον Max Hamilton¹ το 1960 και σχεδιάστηκε για να μετράει τη βαρύτητα της κατάθλιψης σε ήδη διαγνωσμένους νοσηλεύμενους ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Περιλαμβάνει 17 λήμματα που βαθμολογούνται από 0 έως 2 ή από 0 έως 4, δίνοντας έτσι ένα συνολικό score που κυμαίνεται από 0-50.

Στην ίδια μελέτη παρατίθεται και μία εκδοχή της κλίμακας με 21 λήμματα. Σε αυτήν περιλαμβάνονται 4 επιπλέον λήμματα (ημερήσια διακύμανση, αποπροσωποποίηση/αποπραγματοποίηση, παρανοειδή συμπτώματα, ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα), που κατά τον Hamilton δεν πρέπει να προσμετρούνται στο τελικό score, επειδή είτε δεν αποτελούν μέτρο της βαρύτητας της κατάθλιψης, παρά μόνο δίνουν πληροφορίες για το είδος της (ενδογενής-αντιδραστική) [το πρώτο λήμμα], είτε επειδή είναι σπάνια [τα άλλα τρία λήμματα]. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές μελέτες που αναφέρουν αποτελέσματα και με την εκδοχή αυτή της HDRS.

Η βαθμολόγηση των λημμάτων γίνεται βάσει των συμπτωμάτων που αναφέρει ο ασθενής κατά τη συνέντευξη, των παρατηρήσεων του εκτιμητή και των πληροφοριών που συλλέγει από τρίτους (συγγενείς, νοσηλεύτες). Κατά τη βαθμολόγηση δεν γίνεται διάκριση ανάμεσα στην ένταση και στη συχνότητα των συμπτωμάτων, αλλ' αυτά τα δύο θα πρέπει να βαρύνουν εξίσου στην κρίση του εκτιμητή. Η κλίμακα καλύπτει την κατάσταση του ασθενούς κατά την εβδομάδα που προηγείται της βαθμολόγησης όσον αφορά τα περισσότερα συμπτώματα, εκτός από τις διαταραχές του ύπνου που αφορούν το τελευταίο τριήμερο. Προτείνεται ως πιο αξιόπιστη η ανεξάρτητη βαθμολόγηση από δύο εκτιμητές, οπότε το τελικό score είναι ο μέσος όρος των scores των δύο εκτιμητών. Ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση της κλίμακας είναι 15-20 min.

Ο Hamilton δημοσίευσε στην ίδια μελέτη και κάποια πρώτα στοιχεία παραγοντικής ανάλυσης της κλίμακας. Ανίχνευσε 4 παράγοντες (F I - F IV), από τους οποίους κανένας δεν ήταν γενικός και στους οποίους προσπάθησε να προσδώσει εννοιολογικό περιεχόμενο.

Σε μεταγενέστερη μελέτη του, το 1967, ο Hamilton² επανεκτίμησε τη βαθμολόγηση του 9ου λήμματος (κινητική ανησυχία) από 0 έως 4 (ενώ πριν ήταν από 0 έως 2). Έτσι, η μορφή αυτή περιλαμβάνει 9 λήμματα με βαθμολογική κλίμακα 5 σημείων και 8 λήμματα με κλίμακα 3 σημείων και το συνολικό score κυμαίνεται από 0 έως 52. Η μορφή αυτή της HDRS με 17 λήμματα είναι αυτή που χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα συχνότερα στην κλινική πράξη.

Στην ίδια μελέτη ο Hamilton παρουσίασε πρόσθετα στοιχεία παραγοντικής ανάλυσης της κλίμακας, βασισμένα σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών (152 άντρες και 120 γυναίκες), προκειμένου να ελέγξει την εσωτερική εγκυρότητα της κλίμακας. Βρήκε 6 παράγοντες αυτή τη φορά (F1 - F6), από τους οποίους ένας ήταν γενικός (F1=συνολική βαρύτητα της κατάθλιψης).

Την αμερικανική εκδοχή της κλίμακας με περισσότερα από 17 λήμματα παρουσίασε το 1976 ο Guy³ σε μία έκδοση εγκεκριμένη από το NIMH (National Institute of Mental Health). Η εκδοχή αυτή, που ο Hamilton ποτέ δεν ενέκρινε, είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη στις Η.Π.Α.

Αργότερα προστέθηκαν στην κλίμακα επιπλέον τρία λήμματα: ανημπόρια, απελπισία, αναξιότητα, δημιουργώντας έτσι την εκδοχή των 24 λημμάτων. Η ακριβής προέλευση της εκδοχής αυτής δεν είναι γνωστή. Ωστόσο, ήδη το 1966 οι Rosenthal και Klerman⁴ ανέφεραν σε μελέτη τους μία τροποποιημένη HDRS, που περιελάμβανε λήμμα για την αναξιότητα. Οι Paykel και Klerman⁵ από το Yale University δημοσίευσαν το 1970 μια άλλη εκδοχή της HDRS σε μορφή ημιδομημένης συνέντευξης με πρόσθετα νέα λήμματα, μεταξύ των οποίων ήταν η ανημπόρια και η απελπισία. Το 1981, οι Kovacs και συν.⁶ χρησιμοποίησαν σε μελέτη τους μία εκδοχή της HDRS με 24 λήμματα, όπου περιελάμβαναν τα τρία προαναφερθέντα λήμματα, χωρίς όμως να κάνουν ιδιαίτερη αναφορά σε αυτά. Μετά τη δημοσίευση αυτή, πολλοί συγγραφείς έχουν χρησιμοποιήσει την εκδοχή της κλίμακας με τα 24 λήμματα, αν και αναφέρουν στη βιβλιογραφία τους την πρωτότυπη εκδοχή του Hamilton (1960 ή 1967).

Σύγχρονες εφαρμογές και προβληματισμοί

Κατά την τελευταία εικοσαετία έχουν προταθεί διάφορες εκδοχές της κλίμακας, με διαφορετικό αριθμό λημμάτων, ερμηνεία και κλίμακα βαθμολόγησής τους, καθώς και διαφορετικούς τρόπους χορήγησης (Πίνακας 1).

Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι πολλοί κλινικοί και ερευνητές έχουν χάσει τον έλεγχο των μορφών που διατίθενται και των χαρακτηριστικών κάθε μίας, ενώ παράλληλα πολλές εκδοχές ξεπερνιούνται με την καθιέρωση νέων διαγνωστικών συστημάτων. Έτσι σε διάφορες μελέτες συχνά δεν αναφέρεται ποια ακριβώς εκδοχή της κλίμακας χρησιμοποιείται ή, συνηθέστερα, αναφέρεται λάθος εκδοχή.

Η κατάσταση αυτή απεικονίζεται σε μια μελέτη του Snaith⁷, το 1996, ο οποίος ανασκόπησε όλες τις εργασίες που χρησιμοποιούσαν την HDRS και δημοσιεύθηκαν σε 5 διεθνή ψυχιατρικά περιοδικά επί ένα έτος (το 1994). Τα ευρήματά του φαίνονται παρακάτω:

- Η HDRS διατηρούσε την πρωτοκαθεδρία της μεταξύ των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων κατάθλιψης (66% των εργασιών που αφορούσαν συναισθηματική διαταραχή).
- Από το σύνολο των εργασιών που χρησιμοποιούσαν την HDRS: (α) Στο 40% δεν αναφερόταν η εκδοχή της κλίμακας που χρησιμοποιείται, ενώ στο 13% χρησιμοποιείται κάποια άλλη εκδοχή ή προσωπική προσαρμογή της κλίμακας. (β) Ένα αυθαίρετο score επί κάποιας εκδοχής της κλίμακας χρησιμοποιείται είτε ως διαγνωστικό κριτήριο ή/και ως κριτήριο αποδοχής ασθενούς στη μελέτη (στο 47%) είτε ως κριτήριο ύφεσης της νόσου (στο 32%).

Παρόμοια μελέτη είχαν δημοσιεύσει και οι Zitman και συν. το 1990 με ανάλογα αποτελέσματα.

Τα ευρήματα των παραπάνω μελετών επιβεβαιώνουν τη σύγχυση που επικρατεί γύρω από τις διάφορες εκδοχές της HDRS και επιπλέον ρίχνουν φως σε μια σειρά άλλων προβλημάτων που αφορούν τη χρήση της κλίμακας:

α. Μη τήρηση των κανόνων χορήγησης:

- Ο εκτιμητής δεν αναζητεί πάντα πληροφορίες από άλλες πηγές (συγγενείς, νοσηλευτές) πλην των δικών του παρατηρήσεων και όσων αναφέρει ο ασθενής.
- Σπανίως γίνεται ανεξάρτητη βαθμολόγηση από δύο εκτιμητές.

β. Υπέρβαση ενδείξεων χρήσης της κλίμακας:

- Η κλίμακα χρησιμοποιείται συχνά ως διαγνωστική και ως κριτήριο αποδοχής ή αποκλεισμού ασθενών σε μελέτες.
- Η κλίμακα δεν χρησιμοποιείται αυστηρά σε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αλλά για τη βαθμολόγηση οποιασδήποτε καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογίας.
- Η κλίμακα δεν χρησιμοποιείται αυστηρά σε νοσηλεύμενους ασθενείς, αλλά και σε εξωτερικούς ασθενείς με λιγότερο σοβαρά συμπτώματα.

γ. Έλλειψη κοινώς αποδεκτών κριτηρίων αξιολόγησης της κλίμακας:

- Δεν υπάρχουν κοινώς αποδεκτά cut-off points για τις διάφορες εκδοχές της κλίμακας
- Χρησιμοποιούνται συχνά cut-off points που αφορούν άλλη εκδοχή της κλίμακας

Πίνακας 1. Δημοσιεύσεις εκδοχές της HDRS σε σχέση με τα λήμματα που καλύπτουν.

| | Hamilton (1960) | Bech και συν. (1986) | Potts και συν. (1991) | Carr και συν. (1991) | Reynolds & Kobak (1995) | Riskind και συν. (1987) | Miller και συν. (1985) | Geisenberg και συν.(1990) | Williams και συν. (2000) | Roberts και συν. (2001) |
|---|-----------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Λήμματα | 17/21 | 17/11 | 14 | 18 | 23 | 24 | 25 | 27 | 29 | 31 |
| Καταθλιπτική διάθεση | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Αισθήματα ενοχής | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Αυτοκτονία | x | x | x | x (4) | x | x | x | x | x | x |
| Αρχική αύπνια | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Ενδιάμεση αύπνια | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Όψιμη αύπνια | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Εργασία και δραστηριότητες | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Ψυχοκινητική επιβράδυνση | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Ψυχοκινητική διεγερση | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Άγχος, ψυχικό | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Άγχος, σωματικό | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Γαστρικά συμπτώματα | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Γενικά σωματικά συμπτώματα | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Γεννητικά συμπτώματα | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Υποχονδρίαση | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Απώλεια βάρους | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Εναισθησία | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Ημερήσια διακύμανση | x | | | x | | x | x | x | x | x |
| Αποηρωστικοποίηση/ Αποπραγματοποίηση | x | | | x | x | x | | x | x | x |
| Παρανοϊκά συμπτώματα | x | | | | | x | | x | x | x |
| Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα | x | | | | | x | | x | x | x |
| Κοινωνική απόσυρση | | | | | | | x | x | x | |
| Αύξηση βάρους | | | | | | | x | x | x | x |
| Αύξηση όρεξης | | | | | | | | x | x | x |
| Πολυφαγία | | | | | | | | | x | |
| Αυξημένη λήψη υδατανθρακων | | | | | | | | x | x | |
| Υπερυπνία | | | | | x | | | x | x | x |
| Εύκολη κόπωση | | | | | | | | x | x | |
| Ανημπόρια | | | | | x | x | x | | | x |
| Απελπισία | | | x | x | x | | | x | | |
| Αναξιότητα | | | | | x | x | x | | | x |
| Υπερυπνία ¹ | | | | | | | | | | |
| Υπερυπνία ² | | | | | | | | | | x |
| Υπερυπνία ³ | | | | | | | | | | x |
| Ψυχική επιβράδυνση | | | | | | | | | | x |
| Κινητική επιβράδυνση | | | | | | | | | | x |
| Αναποφασιστικότητα | | | | x | | | | | | |
| Ημερήσια διακύμανση ⁴ | | | | | | | | x | | |
| Απώλεια ενδιαφερόντων | | | | | | | x | | | |
| Τάση για δυσθυμία | | | | | | | x | | x | |
| Απώλεια αντιδραστικότητας | | | | | | | x | | | |
| Γενική αύπνια | | x | | | | | | | | |
| Γνωσιακή επιβράδυνση | | x | | | | | | | | |
| Συναισθηματική επιβράδυνση | | x | | | | | | | | |

¹Πρώιμη ενύπνιση, ²παρατεταμένος ύπνος, ³πολλά σύντομα διαστήματα ύπνου, ⁴απογευματινή δυσθυμία.

Η κατάσταση αυτή δυναμιτίζει την αξιοπιστία και την ακρίβεια των διαγνωστικών μας οργάνων και έχει πιθανώς οδηγήσει σε ανακριβείς εκτιμήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα διαφόρων αντικαταθλιπτικών αγωγών που έχουν δοκιμασθεί στο παρελθόν.

Μελέτη των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας

Κατά την τελευταία εικοσαετία έχουν γίνει εκτεταμένες μελέτες των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας:

1. Η *αξιοπιστία* (reliability) της κλίμακας διακρίνεται σε αξιοπιστία μεταξύ των εκτιμητών (inter-cater reliability) και επανελέγχου (test-retest reliability). Εκφράζεται με τους συντελεστές κ και R (intra-class correlation coefficient- ICC). Έχει βρεθεί σε διάφορες μελέτες¹²⁻¹⁴ αρκετά υψηλή (> 0,70,8). Ωστόσο, κάποιες μελέτες¹⁵ δείχνουν ότι η αξιοπιστία κάθε λήμματος χωριστά είναι συχνά χαμηλή, γεγονός που ίσως οφείλεται στα προβλήματα προτύπωσης στη χορήγηση και στη βαθμολόγηση της κλίμακας.

2. Η *εσωτερική εγκυρότητα* (internal validity) της κλίμακας διακρίνεται σε εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) και κατασκευής (construct validity). Ελέγχθηκε με διάφορες μεθόδους: παραγοντική ανάλυση, ανάλυση κατά πρότυπα Rasch, με τον συντελεστή α του Cronbach και με τον συντελεστή ομοιογένειας του Loeninger. Κάποιες πρώτες μελέτες παραγοντικής ανάλυσης είχαν γίνει, όπως είδαμε, από τον ίδιο τον Hamilton^{1,2} και συνηγορούσαν υπέρ της χαμηλής ομοιογένειας της κλίμακας. Μεταγενέστερες μελέτες παραγοντικής ανάλυσης άλλων ερευνητών έδωσαν αντιφατικά αποτελέσματα, ανάλογα με το δείγμα που χρησιμοποιούσαν.¹⁶ Η κλίμακα κρίθηκε ανομοιογενής σε μελέτες των Bech και συν.^{16,17} (1981) που χρησιμοποίησαν ανάλυση κατά πρότυπα Rasch.

3. Η *εξωτερική εγκυρότητα* (external validity) της κλίμακας διακρίνεται στην προγνωστική (predictive validity), στη διακριτική (discriminant validity) και στην εγκυρότητα σύμπτωσης (concurrent validity) και εκφράζει την ευαισθησία και την ειδικότητα της κλίμακας, καθώς και την απαντητικότητα της σε αλλαγές. Έχει βρεθεί αρκετά υψηλή σε διάφορες μελέτες συσχέτισης με κλινικές εκτιμήσεις.^{13,17}

Από μεταγενέστερες συσχέτισεις με κλινικές εκτιμήσεις,¹⁸ έχουν βρεθεί τα ακόλουθα κριτήρια βαρύτητας της κατάθλιψης (cut-off points): 0-7 όχι κατάθλιψη, 8-12 ήπια, 13-17 μέτρια, 18-29 σοβαρή, 30-52 πολύ σοβαρή κατάθλιψη.

Περισσότερο από κάθε άλλον, ο Per Bech έχει συνεισφέρει σημαντικά, όπως είδαμε, στη βιβλιογραφία της HDRS. Το 1986 οι Bech και συν.¹⁸ δημοσίευσαν σε ένα συνοπτικό εγχειρίδιο κλιμάκων μία εκδοχή της κλίμακας, που είχε αναπτυχθεί σε συνεργασία με τον ίδιο τον Hamilton,¹⁹ στην οποία εξηγούνται σαφέστερα τα κριτήρια βαθμολόγησης του κάθε λήμματος. Πρόκειται για την εκδοχή του DUAG (Danish University Antidepressant Group),²⁰ που έτυχε ευρείας αποδοχής στην Ευρώπη.

Η μετάφραση της κλίμακας (της εκδοχής με τα 24 λήμματα) στα ελληνικά έχει γίνει από τον Β. Αλεβίζο (1981).

Πρόσθετες εκδοχές της κλίμακας και βοηθήματα στη χορήγησης της

Τα αποτελέσματα της διερεύνησης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας, τα προβλήματα που διαπιστώθηκαν κατά τη χρήση της, τα προβλήματα προτύπωσης στη χορήγηση και βαθμολόγησή της, οι ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις (σε ακρίβεια και πολυπλοκότητα) των κλινικών μελετών καθώς και η ανάγκη χρησιμοποίησης και λιγότερο έμπειρου και εκπαιδευμένου προσωπικού για τη χορήγησης της ώθησαν τους ερευνητές να προτείνουν πρόσθετες εκδοχές της κλίμακας ή διάφορες μεθόδους και βοηθήματα στη χορήγησης της. Παρακάτω περιγράφονται οι σημαντικότερες από αυτές.

Αυτοχορηγούμενες εκδοχές της HDRS

Η πρώτη αυτοχορηγούμενη εκδοχή της HDRS, η κλίμακα κατάθλιψης του Carroll²¹ (CDRS) με 17 λήμματα δημοσιεύθηκε το 1981, αν και είχε αρχικά αναφερθεί σε άρθρο του το 1973. Πολύ αργότερα (1995) οι Reynolds και Kobak²² ανέπτυξαν και έλεγξαν μία αυτοχορηγούμενη εκδοχή της HDRS με 23 λήμματα, την HDI (Hamilton Depression Inventory).

Οι Williams και συν.²³ δημοσίευσαν το 1998 μία αυτοχορηγούμενη εκδοχή του SIGH-SAD με 29 λήμματα, την SIGH-SAD-SR, αν και δεδομένα ελέγχου αξιοπιστίας αυτής είχαν αναφερθεί ήδη σε άρθρο των Terman και συν. το 1991.²⁴

Αυτοχορηγούμενες εκδοχές της HDRS με τη βοήθεια υπολογιστή

Η πρώτη τέτοια εκδοχή με 18 λήμματα (4 για αυτοκτονικό ιδεασμό) περιγράφηκε από τους Carr και συν.²⁵ το 1981. Ακολούθησαν διάφορες άλλες, μεταξύ των οποίων εκείνη των Kobak και συν.²⁶ του 1990 με 17 λήμματα.

Τέλος, οι Kobak και συν.²⁷ δημοσίευσαν το 2000 μία αυτοματοποιημένη εκδοχή με IVR (interactive voice response) με 17 λήμματα.

Οι αυτοχορηγούμενες εκδοχές (είτε με χαρτί και μολύβι είτε με τη βοήθεια υπολογιστή) είναι δημοφιλείς, διότι είναι εύκολες στη χορήγηση. Ωστόσο, οι περιορισμοί τους είναι προφανείς: δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς που είναι αναλφάβητοι, πολύ βαριά άρρωστοι, μη συνεργάσιμοι, με γνωστικά ελλείμματα ή/και με πτωχή ευαισθησία. Γι' αυτό θα πρέπει να είναι μάλλον συμπληρωματικές στις πρωτότυπες εκδοχές της HDRS και να χρησιμοποιούνται κυρίως σε ήπιες καταθλίψεις.

Δομημένοι οδηγοί συνεντεύξεων για την HDRS

Προτάθηκαν προκειμένου να επιτευχθεί η προτύπωση στη χορήγηση και τη βαθμολόγηση της HDRS.

Ήδη το 1981 οι Endicott και συν.²⁸ περιέγραψαν την XHDRS (Extracted Hamilton Depression Rating Scale), έναν τρόπο δηλαδή για να εξαγάγουν το score μιας HDRS με 17 λήμματα από μια δομημένη κλινική συνέντευξη (την SADS-C, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Condensed). Οι παραπάνω συγγραφείς προτίμησαν, επομένως, να χρησιμοποιήσουν απλώς μια ήδη υπάρχουσα δομημένη συνέντευξη (την SADS-C) και να τη συσχετίσουν με την HDRS.

Ο πρώτος από μία σειρά οδηγών συνεντεύξεων ειδικά για την HDRS (και μάλιστα αυτή των 21 λημμάτων) εμφανίστηκε ως παράρτημα σε βιβλίο ψυχοθεραπείας των Klerman και συν.²⁹ το 1984. Υπάρχουν πολλοί άλλοι δομημένοι οδηγοί συνεντεύξεων, των οποίων η χρήση είναι πιο περιορισμένη.

Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος δομημένος οδηγός συνέντευξης, ο SIGH-D (= Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale), δημοσιεύθηκε από τη Williams³⁰ το 1988 και έδινε scores και για τις δύο εκδοχές της κλίμακας (17 και 21 λημμάτων).

Άλλοι δομημένοι οδηγοί συνεντεύξεων αναπτύχθηκαν (όπως θα δούμε και πιο κάτω), για να διευκολύνουν τη χορήγηση της HDRS από εκτιμητές μη ψυχιάτρους (Whisman και συν.³¹ 1989, Potts και συν.³² 1990).

Όπως έδειξαν η Williams και άλλοι, η βαθμολόγηση της κλίμακας με τον SIGH-D βελτιώνει την (μικρή κατά μερικούς) αξιοπιστία της κλίμακας ανά λήμμα, χωρίς να αυξάνει το συνολικό χρόνο χορήγησης της κλίμακας. Οι Moberg και συν.³³ βρήκαν σε μελέτη τους το 2001 σταθερά υψηλότερη αξιοπιστία μεταξύ των εκτιμητών, τόσο συνολική όσο και ανά λήμμα, του SIGH-D σε σχέση με την απλή HDRS στο ίδιο δείγμα ασθενών. Αυτό θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό, αφού τα φάρμακα στοχεύουν αρκετές φορές και σε συγκεκριμένα συμπτώματα και οι κλινικές δοκιμές συχνά ελέγχουν την ειδική δράση των φαρμάκων σε ομάδες συμπτωμάτων.^{34,35} Τέλος, η χρήση δομημένων οδηγιών συνεντεύξεων διευκολύνει την εκπαίδευση νέων εκτιμητών της κλίμακας.

Τροποποιημένες εκδοχές της HDRS

Οι Miller και συν.³⁶ πρότειναν το 1985 μία τροποποιημένη HDRS (Modified HRSD) με 25 λήμματα για να διευκολύνουν τη χορήγηση της από παραϊατρικό προσωπικό μετά από ειδική εκπαίδευση.

Πίνακας 2. Παράγωγα της HDRS με μειωμένο αριθμό λημμάτων.

| Συγγραφείς | Τίτλος | Αριθμός λημμάτων |
|-------------------------|---|------------------|
| Bech & Rafaelsen (1980) | Κλίμακα μελαγχολίας (MES) | 11 |
| Thase και συν. (1983) | Υποκλίμακα ενδογενόμορφης κατάθλιψης της HDRS (HES) | 8 |
| Maier & Philipp (1985) | — | 5 |
| Gibbons και συν. (1993) | — | 8 |

Για τον ίδιο σκοπό πρότειναν, όπως είδαμε, τροποποιημένες εκδοχές της HDRS και οι Whisman και συν.³¹ (1989), Potts και συν.³² (1990) - και οι δύο για την εκδοχή των 17 λημμάτων - καθώς και οι Rehm και O'Hara¹⁵ (1985).

Οι μορφές αυτές, αν και επιδεικνύουν σημαντικό οικονομικό πλεονέκτημα, αφού σχεδιάσθηκαν για να χορηγούνται από μη εξειδικευμένο προσωπικό, ωστόσο δεν καταφέρνουν να αναπληρώσουν την γνώση και εμπειρία ενός κλινικού εκτιμητή, με συνέπειες, πιθανώς, επί της αξιοπιστίας τους.

Παράγωγα της HDRS με μειωμένο αριθμό λημμάτων (Πίνακας 2)

Όπως είδαμε σε άλλο σημείο, οι Bech και συν.,^{16,17} (1981) και αργότερα και άλλοι³⁴ απέδειξαν την ανομοιογένεια (ή πολυδιαστατικότητα) της HDRS (με μελέτες ανάλυσης κατά πρότυπα Rasch) και υποστήριξαν ότι αυτή περιορίζει τη χρήση της ως ακριβούς μέτρου της βαρύτητας της κατάθλιψης. Βρήκαν επίσης ότι μια υποκλίμακα 6 λημμάτων της HDRS (καταθλιπτική διάθεση, ενοχή, εργασία και ενδιαφέροντα, επιβράδυνση, ψυχική τάση, γενικά σωματικά συμπτώματα) είχε υψηλότερη εγκυρότητα συμπτώσεως και εσωτερική συνοχή από την HDRS και μπορούσε να διακρίνει καλύτερα μέτρια από βαριά κατάθλιψη. Στηριζόμενοι στο παραπάνω εύρημα καθώς και σε μία παλαιότερη (σύγχρονη της HDRS) κλίμακα κατάθλιψης, αυτήν των Cronholm-Ottosson, οι Bech και Rafaelsen³⁷ δημοσίευσαν το 1980 την Κλίμακα Μελαγχολίας (MES), μια κλίμακα δεύτερης γενιάς, σε μορφή ημιδομημένης συνέντευξης, με 11 λήμματα, όλα βαθμολογούμενα από 0 έως 4. Η κλίμακα βρέθηκε να έχει υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας, εσωτερικής και εξωτερικής εγκυρότητας και υπερτερούσε έναντι της HDRS στην ανίχνευση μεταβολών στην κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της θεραπείας.³⁸ Η MES χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα, ιδίως σε δευτεροπαθείς καταθλίψεις, συνοδούς άλλων παθολογικών καταστάσεων.

Το 1983, οι Thase και συν.^{39,40} πρότειναν μια υποκλίμακα της HDRS με 8 λήμματα, που μπορούσε να προβλέψει καλύτερα από την HDRS περιπτώσεις ασθενών με χαρακτηριστικά ενδογενούς κατάθλιψης (κατά DSM-111).

Στα επόμενα χρόνια, οι Maier και Philip⁴¹ (1985) πρότειναν τη δική τους εκδοχή μειωμένου αριθμού λημμάτων της HDRS, αφού επιβεβαίωσαν την εγκυρότητα των 5 από τα 6 λήμματα που απετέλεσαν τον πυρήνα της MES.

Το 1993 οι Gibbons και συν.³⁴ πρότειναν, εμπειρικά, μια εκδοχή 8 λημμάτων ως ένα βελτιωμένο μονοδιάστατο δείκτη της συνολικής βαρύτητας της κατάθλιψης.

Πίνακας 3. Παράγωγα της HDRS με επέκταση του αριθμού λημμάτων.

| Συγγραφείς | Τίτλος | Χρήση | Αριθμός λημμάτων |
|---------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Paykel (1985) | Κλινική συνέντευξη για την κατάθλιψη | Κοινωνική φοβία, νευρογενής βουλιμία, αποτελέσματα γνωσιακής θεραπείας | 36 |
| Williams και συν. (1988) | SIGH-SAD | – Άτυπη κατάθλιψη – Εποχική συναισθηματική διαταραχή | 29 |
| Gelenberg και συν. (1990) | Τροποποιημένη HDRS | Άτυπη κατάθλιψη | 27 (6 άτυπα λήμματα) |
| Thase και συν. (1992) | — | Άτυπη κατάθλιψη | Επιπλέον λήμματα για: –υπερυπνία –αυξημένη όρεξη –αύξηση βάρους |

Σε μία πρόσφατη μετανάλυση μελετών (συνολικά 2800 ασθενών) οι Faries και συν.³⁵ βρήκαν ότι από τις παραπάνω κλίμακες η MES είχε τις καλύτερες επιδόσεις στην ανίχνευση διαφορών φαρμάκου/πλεονότιο στην πλειονότητα των μελετών.

Παράγωγα της HDRS με επέκταση του αριθμού λημμάτων (Πίνακας 3)

Πολλοί ερευνητές επέκτειναν τον κατάλογο των λημμάτων της HDRS, προκειμένου να συμπεριλάβουν συμπτώματα άτυπης κατάθλιψης.

Έτσι, ο Paykel⁴² δημοσίευσε το 1985 την "Κλινική Συνέντευξη για την Κατάθλιψη", που ήταν μία επέκταση (με 36 λήμματα) και τροποποίηση (βαθμολόγηση όλων πλην ενός των λημμάτων σε κλίμακα 1-7) της HDRS. Η κλίμακα αυτή έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη ποικιλία μελετών, όπως μελέτες κοινωνικής φοβίας, νευρογενούς βουλιμίας και αποτελεσματικότητας της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας.

Το 1988 οι Williams και συν.⁴³ ανέπτυξαν τον SIGH-SAD (Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Scale - Seasonal Affective Disorders Version), έναν δομημένο οδηγό συνέντευξης για μια HDRS 29 λημμάτων, με επιπλέον λήμματα που καλύπτουν άτυπη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ο SIGH-SAD έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε μελέτες άτυπης κατάθλιψης και συναισθηματικής διαταραχής με εποχική εμφάνιση.⁴⁴

Οι Gelenberg και συν.⁴⁵ πρότειναν το 1990 μια "Τροποποιημένη HDRS 27 λημμάτων" με έξι επιπλέον λήμματα άτυπης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Οι Thase και συν.⁴⁶ δημοσίευσαν το 1992 μια εκδοχή της HDRS, στην οποία ξαναέγραψαν και αναβαθμολόγησαν μερικά από τα αρχικά λήμματα και προσέθεσαν λήμματα για ασθενείς με αντίστροφα νευροφυτικά χαρακτηριστικά (όπως: υπερυπνία, αυξημένη όρεξη, αύξηση βάρους).

Προοπτικές

Το 1999 συστάθηκε στις Η.Π.Α. ένα φόρουμ (DRSST, Depression Rating Scale Standardization Team), στο οποίο μετείχαν μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας, εκπρόσωποι των φαρμακευτικών βιομηχανιών, κλινικοί ψυχίατροι, καθώς και κυβερνητικοί παράγοντες, προκειμένου να συνεργασθούν για να αναπτύξουν μία κοινή πρότυπη προσέγγιση της χορήγησης και βαθμολόγησης της HDRS, που θα γίνει κοινά αποδεκτή και θα εφαρμοσθεί τόσο από τις φαρμακευτικές βιομηχανίες όσο και από τους κλινικούς και ακαδημαϊκούς ερευνητές.

Στο κείμενο εργασίας που έχει διαμορφωθεί προτείνεται ένα σύστημα βαθμολόγησης, κατά το οποίο βαθμολογούνται πρώτα χωριστά η ένταση και η συχνότητα ενός συμπτώματος και μετά δίδεται ένα score συνολικής βαρύτητας του συμπτώματος. Προτείνεται βαθμολογική κλίμακα 5 σημείων (0-4) με σκοπό τη χρησιμότητα της HDRS και σε εξωτερικούς ασθενείς.

Μετά την επίτευξη γενικής συμφωνίας στην νέα σταθμισμένη κλίμακα, αναμένονται: η επεξεργασία ενός οδηγού κανόνων βαθμολόγησης και ενός δομημένου οδηγού συνέντευξης για να συμπληρώσουν το όργανο, η σύγκριση με το προφίλ της πρωτότυπης HDRS και η περαιτέρω διενέργεια καλά μεθοδευμένων μελετών αξιοπιστίας και εγκυρότητας της νέας κλίμακας.

Συμπεράσματα

Η HDRS είναι η πλέον διαδεδομένη κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης. Υπάρχουν πάρα πολλές εκδοχές και τρόποι χορήγησης της κλίμακας που έχουν αναπτυχθεί κατά τα τελευταία 40 χρόνια, με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση στους ερευνητές γύρω από τις διάφορες εκδοχές και μείωση της αξιοπιστίας των μελετών. Τα προβλήματα προτύπωσης στη χορήγηση και τη βαθμολόγησή της και οι συχνές περιπτώσεις κακής χρήσης της από τους ερευνητές επιβάλλουν τη βελτίωση και προτύπωση της κλίμακας. Η προσπάθεια του ακαδημαϊκού φόρουμ που πρόσφατα συστάθηκε στις Η.Π.Α. ίσως αποτελέσει ένα πρώτο βήμα προς τη δημιουργία ενός οργάνου μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης με μεγαλύτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα.