

KONRAD OPALIŃSKI  
Uniwersytet Zielonogórski

## **JAKOŚCIOWA PERSPEKTYWA NA BADANIA ILOŚCIOWE**

### **Problematyczność konstrukcji narzędzi kwestionariuszowych na przykładzie kwestionariusza KADS**

Metody kwestionariuszowe są powszechnie stosowanymi metodami w praktyce psychologicznej oraz psychiatrycznej. Szczególną przychylność zyskały sobie skrócone wersje kwestionariuszy, głównie ze względu na krótszy czas, jaki jest potrzebny do ich wypełnienia, jak również łatwość podliczenia wyników oraz dokonania wstępnej interpretacji. W praktyce klinicznej narzędzia diagnostyczne łączące dobre parametry psychometryczne oraz konstrukcję umożliwiającą szybką interpretację są niezwykle cenne. Jednakże niektóre narzędzia diagnostyczne, nawet pomimo charakteryzowania się wysokimi właściwościami psychometrycznymi, pod względem konstrukcji oraz kompozycji pozycji testowych mnożą trudności interpretacyjne, zamiast je rozwiązywać.

Krytyka wysuwana pod adresem metod kwestionariuszowych w znakomitej większości dotyczy problematyki obiektywizacji rzeczywistości badań, w tym w szczególności zjawisk psychicznych (Smith, Harre i van Langenhove, 1995), a także akontekstualności konstrukcji narzędzi diagnostycznych (por. Galasiński, 2008a). Dążenie badaczy do obiektywizacji rzeczywistości, w tym także neutralności dokonywanych sądów, znajduje swoje źródło w ogólnej pozytywistycznej metodologii prowadzenia badań, która ma na celu możliwie najpełniejsze odzwierciedlenie rzeczywistości, w której żyjemy, a także zgłębienie „prawdziwych” mechanizmów występujących w przyrodzie. Akontekstualność jest pojęciem dużo bardziej złożonym, polegającym na pomijaniu innych możliwych do wystąpienia kontekstów, poza kontekstem związanym z badaniem. Kontekst ten traktowany jest jako nadrzędny, a w wielu

przypadkach jako jedyny możliwy do zaistnienia. Należy przy tym zaznaczyć, że ilościowy paradygmat badań naukowych jest dominującym modelem uprawiania nauki, także w psychologii (Breen, Darlston-Jones, 2010).

Niniejsza praca stanowi analizę wybranego przeze mnie kwestionariuszowego narzędzia diagnostycznego, celem zobrazowania problematyczności interpretacji pozycji testowych mogących mieć wpływ na ogólną ocenę diagnostyczną oraz kliniczną osoby badanej.

## MATERIAŁ I METODA

Jako przedmiot analizy posłużyła sześciopunktowa, skrócona wersja Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale – KADS) (Kutcher, 2003), w tłumaczeniu, jakie znalazło się w pracy Ewy Mojs oraz współpracowników (Mojs, Bartkowska, Kaczmarek, Ziarko, Bujacz i Warchoł-Biedermann, 2015).

Skala została zaprojektowana przez Stana Kutchera jako narzędzie przesiewowe mające na celu ocenę ryzyka wystąpienia depresji wśród młodych osób (Kutcher, 2003). Narzędzie to jest również stosowane jako metoda wspomagająca ocenę skuteczności leczenia (Brooks i Kutcher, 2003). Zwolennicy tej metody podkreślają wysoką czułość diagnostyczną narzędzia. Zdolność rozpoznania objawów depresyjnych szacowana jest na poziomie 90%, co czyni tę metodę jedną z najpopularniejszych w praktyce klinicznej (Domagała, Orzeł, Wielgolaski i Pitura, 2015).

Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży występuje również w dwóch wersjach: jedenasto- i szesnastopunktowej, jednakże to właśnie najkrótsza wersja jest polecana jako narzędzie przydatne w praktyce klinicznej (Brooks, 2004).

Jako metodę analizy kwestionariusza wybrałem analizę językową realizowaną w duchu psychologii dyskursywnej (*discursive psychology* – DP) (Edwards i Potter, 1992), metody z powodzeniem stosowanej w naukach społecznych, szczególnie do analizy reprezentacji poznawczych, jak również badania praktyk dyskursywnych (Czyżewski, 2013).

Analizę przeprowadziłem w dwóch obszarach: 1) ogólnej konstrukcji pozycji testowych kwestionariusza oraz 2) treści zawartych w pozycjach testowych.

## ANALIZA KOMPOZYCJI KWESTIONARIUSZA

Analizę pozycji testowych rozpocznę od przedstawienia kompozycji pojedynczej pozycji testowej. Do tego celu posłużę się jednym z itemów:

**Przykład 1.** Jakie miałeś/miałaś najczęściej odczucia w zeszłym tygodniu?

5. Uczucie zmartwienia, zdenerwowania, paniki, napięcia, poirytowania, niepokoju:
- a) prawie nigdy,
  - b) dość często,
  - c) przeważnie,
  - d) zawsze.

Zaczynając od pytania, które jest identyczne w przypadku pozycji testowych znajdujących się w głównej części kwestionariusza, zastosowany w pytaniu przysłówki stopnia najwyższego *najczęściej* nakłada ilościową ramę interpretacyjną opisywanego zjawiska, czyli *odczucia*, które ze swej natury jest zjawiskiem subiektywnym oraz niepoliczalnym.

Analizując dalej pozycję testową, widoczny jest brak spójności pomiędzy sformułowanym pytaniem, wymienionymi odczuciami oraz proponowanymi odpowiedziami. Otóż rozpoczęcie pytania od określenia *jakie* stwarza sytuację, w której badany powinien mieć możliwość wymienienia przeżywanego przez siebie odczuć. Jednakże w przypadku wszystkich pozycji kwestionariusza KADS, każdy item zawiera już gotowe propozycje odczuć, do których pacjent może się jedynie ustosunkować. Budowa kwestionariusza ma charakter zamknięty, co oznacza, że ilość proponowanych odczuć oraz stanów w pozycji testowej jest stała oraz niezmienna.

Kwestionariusze zawierające proponowane odpowiedzi są często stosowane w badaniach i nie budzą większych zastrzeżeń. Jednakże dotyczy to najczęściej sytuacji, w której poszczególne itemy odnoszą się do opisu pojedynczego zachowania lub przejawianego stanu. Pozycje w kwestionariuszu KADS zawierają liczne wyliczenia wchodzące w zakres jednego pytania. Tym samym trudno jednoznacznie stwierdzić, do którego, bądź których, z listy odczuć odnosi się osoba wypełniająca kwestionariusz. Tym bardziej że prezentowane odczucia nie muszą być tożsame, przykładowo *uczucie zmartwienia* oraz *panika*.

Przyczyną kolejnych dylematów jest proponowany zestaw odpowiedzi, który jest identyczny dla każdej pozycji testowej kwestionariusza KADS. Osoba udzielająca odpowiedzi ma do wyboru cztery odpowiedzi: *prawie nigdy*, *dość często*, *przeważnie* lub *zawsze*. Zastosowane określenia nie tylko nie tworzą kontinuum, ale także mogą przysparzać trudności przy próbie ustosunkowania się do propozycji w związku z ich niejasnymi granicami.

Zaczynając od pozycji brzegowych *prawie nigdy* i *zawsze*, określenia te nie stanowią dla siebie przeciwieństwa, gdyż przeciwieństwem *zawsze* jest *nigdy*, a nie *prawie nigdy*. W tej sytuacji zaznaczenie odpowiedzi o najniższej częstotliwości pojawiania się objawów, czyli *prawie nigdy*, mimowolnie zakłada występowanie objawów lub niepokojących zachowań.

Kolejnymi niejasnymi określeniami są pozycje środkowe, czyli: *dość często* oraz *przeważnie*. Podobnie jak przy stwierdzeniu *prawie nigdy*, tak również w tych przypadkach trudno jest rozsądzić, co oznacza, że jakiś stan występuje *dość często* lub *przeważnie*, podobnie jak zestawienie tych dwóch opcji nie pozwala na jasne postawienie granicy, gdzie kończy się *dość często*, a zaczyna się *przeważnie*. Obie odpowiedzi są nieprecyzyjne oraz mogą nastęrczać trudności podczas wypełniania kwestionariusza.

Jednakże nie tylko treść zawarta w kwestionariuszu ma znaczenie dla jego konstrukcji oraz odbioru przez osoby poddawane badaniu. Problematyczność może wynikać także z pozbawienia pozycji tekstowych kontekstu, do którego osoba wypełniająca kwestionariusz mogłaby się odnieść. W celu zobrazowania problemu przytoczę kolejną pozycję testową kwestionariusza KADS:

**Przykład 2.** Jakie miałeś/miałaś najczęściej odczucia w zeszłym tygodniu?

3. Wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, brak energii, brak motywacji, poczucie, że nie radzisz sobie ze sprawami, które dotąd nie sprawiały Tobie kłopotów, chęć odpoczynku lub pozostania w domu:

- a) prawie nigdy,
- b) dość często,
- c) przeważnie,
- d) zawsze.

Odczucia, wymienione w powyższej pozycji testowej, mogą towarzyszyć wielu stanom, począwszy od depresji, kończąc na przeziębieniu, które również może objawiać się: wyczerpaniem fizycznym, zmęczeniem, brakiem energii, chęcią odpoczynku lub chęcią pozostania w łóżku.

Kontekst związany z konstruowaniem pozycji testowych w celu stworzenia narzędzia badającego ryzyko występowania zaburzeń depresyjnych prawdopodobnie różni się od tego, co może się pojawić w umyśle osoby próbującej ustosunkować się do pozycji kwestionariusza. Prezentowane odczucia będą charakteryzowały się innym obrazem oraz dynamiką w przypadku zaburzeń, a innymi w przypadku stanów, które nie mają charakteru klinicznego.

Istotny jest również kontekst dotyczący znaczeń prezentowanych odczuć oraz stanów. Różne osoby mogą w odmienny sposób postrzegać oraz interpretować określenia takie jak *zmęczenie* lub *brak motywacji*. Zmęczenie może być postrzegane jako stan wyczerpania fizycznego i/lub psychicznego, a w słowniku niektórych osób może w ogóle nie istnieć.

Podobnie kwestia może się dotyczyć braku motywacji, które jest określeniem specjalistycznym, szczególnie chętnie stosowanym przez psychologów.

Przykładem najlepiej ilustrującym problematyczność interpretacji znaczeń odczuć oraz stanów prezentowanych w kwestionariuszu jest pierwsza pozycja kwestionariusza:

**Przykład 3.** Jakie miałeś/miałaś najczęściej odczucia w zeszłym tygodniu?

1. Smutek, ponury nastrój, przygnębienie, depresję, ogólne zniechęcenie:
  - a) prawie nigdy,
  - b) dość często,
  - c) przeważnie,
  - d) zawsze.

W powyższym zestawieniu największe trudności interpretacyjne może nastroczać *depresja*, która może pełnić zarówno funkcję pozycji nozologicznej, jak również być synonimem gorszego samopoczucia. Jest to określenie, którego użycie nie ogranicza się wyłącznie do dyskursu psychopatologicznego, ale z powodzeniem znajduje zastosowanie w odniesieniu do opisu codziennych sytuacji lub zmagania. Brak kontekstu towarzyszącego użyciu jakiegoś pojęcia może wpływać na jego interpretację, a to w konsekwencji może prowadzić do błędnych wniosków. Podobnie jest w przypadku pozostałych określeń, każde z nich może być interpretowane w odmienny sposób, w zależności od kontekstu.

Na zakończenie przedstawię jeszcze jedną pozycję testową. Dotyczy ona szeroko pojmowanej kwestii samobójstwa oraz samookaleczeń. Jest to jedyna pozycja testowa, która różni się konstrukcją. Pytanie zostało zawarte w pozycji testowej i wygląda ono następująco:

**Przykład 4.**

6. Czy myślałeś, planowałeś lub robiłeś coś związanego z samobójstwem lub samookaleczeniem:

- a) prawie nigdy,
- b) dość często,
- c) przeważnie,
- d) zawsze.

Pomijam tutaj kwestię, którą poruszałem powyżej, mianowicie trudności z odniesieniem się do pojedynczego wyboru (samobójstwo czy samookaleczenie), które zostały zaprezentowane w jednej pozycji tego samego itemu, co jest charakterystyczne dla konstrukcji tego narzędzia badawczego. Pozycja testowa wymienia zarówno procesy mentalne (myślenie), jak również działania (robienie czegoś), a także procesy pośrednie takie jak *planowanie*, które może się wiązać zarówno z myśleniem o samobójstwie, jak również działaniem na rzecz jego urzeczywistnienia. Postawione pytanie może się

odnosić do różnych zachowań, przykładowo począwszy od myślenia o osobie, która odebrała sobie życie (proces mentalny), jak również pisanie artykułu na temat zjawiska samobójstwa (czynność). Natomiast samo użycie w pozycji testowej sformułowania: (czy) *robiłeś coś* otwiera przestrzeń do nieskończonej liczby interpretacji.

#### PODSUMOWANIE

Ilościowa metodologia prowadzenia badań opiera się przede wszystkim na próbie obiektywnego przedstawienia rzeczywistości, jak również zbadania zjawiska niezależnie od towarzyszących im kontekstów, które często postrzegane są jako zaciemniające obraz, a nie stanowiące jego uzupełnienie. Sześciopunktowa Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży jest tego dobrym przykładem. Odczucia wymieniane w pozycjach testowych są odzwierciedleniem kryteriów diagnostycznych zaburzeń depresyjnych, które konstruowane są w sposób pomijający konteksty inne niż kontekst kliniczny.

Badacze konstruujący kwestionariusze często pomijają kwestie związane z samą treścią pozycji testowych. W prezentowanej skali KADS brakuje spójności pomiędzy pytaniem, treścią itemu a propozycjami odpowiedzi. Brak jest również możliwości rozeznania, które z odczuć osoba badana miała na myśli, wypełniając kwestionariusz.

Ważne jest to, że można stworzyć narzędzie mające dobre parametry psychometryczne, ale pozbawione jakiegokolwiek przydatności w poznaniu stanu psychicznego osoby badanej. Parametrami uważanymi za istotne przy konstruowaniu narzędzi diagnostycznych są trafność oraz rzetelność. Pierwszy parametr dotyczy badanego zagadnienia i ma na celu stwierdzenie, czy kwestionariusz mierzy to, do czego został stworzony, drugi jest oceną stopnia tego, jak dobrze kwestionariusz w tej roli się sprawdza (Ferguson i Takane, 2004; Siek 1993). Problematyczność oceny trafności oraz rzetelności, w głównej mierze, polega na tym, że większość narzędzi badawczych, służących do oceny klinicznej, konstruowanych jest na podstawie tych samych kryteriów diagnostycznych (spełniając wymóg trafności), a następnie korelowane są pomiędzy podobnymi narzędziami (spełniając tym samym warunek rzetelności testu). Przykładami mogą być kwestionariusze mające na celu rozpoznanie zaburzeń depresyjnych takie jak choćby: Skala Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock i Erbaugh, 1961) czy Szpitalna Skala Lęku i Depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS) (Mihalca i Pilecka, 2015), które

konstruowane są w ramach tego samego sposobu postrzegania zaburzenia związanego z przyjętymi kryteriami diagnostycznymi. Zwolennicy tych metod diagnostycznych z reguły zwracają uwagę na wysoką korelację pomiędzy różnymi kwestionariuszami badającymi konkretne zaburzenie. W przypadku kwestionariusza KADS ma on wysoką korelację z kwestionariuszem BDI, co zgodnie z przyjętymi standardami badań ilościowych jest dowodem na użyteczność owego narzędzia diagnostycznego (Martin, 2005).

O ile badacze tworzący kwestionariusze stosunkowo dobrze radzą sobie z parametryzacją testów, o tyle kwestia samej kompozycji oraz sformułowania pytań, w wielu przypadkach, stanowi w dalszym ciągu pole do pracy. Istnieją, nieliczne, badania poświęcone temu, w jaki sposób osoby wypełniające kwestionariusze odbierają pytania w nich zawarte. Jedno z takich badań przeprowadził Dariusz Galasiński (2008 b), który prosił badanych o wypełnienia Skali Depresji Becka, myśląc przy tym na głos. Badania te ukazały, jak różny może być sposób interpretowania poszczególnych pozycji testowych przez poszczególne osoby wypełniające ten sam test, a także, jakimi strategiami kierują się, kiedy nie wiedzą, którą z odpowiedzi zaznaczyć.

Badania ilustrują trudności nie tylko związane z samym procesem decyzyjnym osób badanych, ale przede wszystkim pokazują, w jaki sposób konstrukcja kwestionariusza wpływa na jego odbiór. Ponadto należy wziąć również pod uwagę, że kontekst badania często wyklucza możliwość, aby osoba wypełniająca kwestionariusz odmówiła wykonania zadania z powodu absurdalnych pytań lub braku odzwierciedlenia własnych przeżyć w pozycjach testowych kwestionariusza. Kontekst sytuacyjny badania najczęściej nie zakłada możliwości odmowy. Szczególnym przykładem jest kontekst hospitalizacji psychiatrycznej, gdzie takie zachowanie może zostać odczytane nawet jako przejaw braku współpracy ze strony osoby badanej (Galasiński i Opaliński, 2012).

Trudność w odbiorze pozycji testowych może również wynikać ze stosowania określeń, które mogą zostać odebrane jako specjalistyczne, niezrozumiałe lub takie, które dla osoby udzielającej odpowiedzi oznaczają coś zgoła innego niż dla osoby konstruującej test. Częściowym rozwiązaniem tego problemu może być rozmowa z osobą badaną po zakończeniu badania, prowadzona w sposób umożliwiający otwartą wymianę zdań, również na temat kwestionariusza. Może przyczynić się to nie tylko do uniknięcia ryzyka związanego z błędną interpretacją uzyskanych wyników, ale także dopracowania konstrukcji kwestionariusza, co jest rozwiązaniem korzystnym zarówno dla osób badanych, jak również klinicystów posługujących się kwestionariuszem, a także dla osób tworzących narzędzia diagnostyczne.

**ZAŁĄCZNIK****Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży (KADS)**

Jakie miałeś/miałaś najczęściej odczucia w zeszłym tygodniu?

1. Smutek, ponury nastrój, przygnębienie, depresję, ogólne zniechęcenie:
  - a) prawie nigdy,
  - b) dość często,
  - c) przeważnie,
  - d) zawsze.
2. Brak wiary w siebie, złe samopoczucie, poczucie bezużyteczności i beznadziejności; wrażenie, że rozczarowujesz innych lub nie jesteś dobrym człowiekiem:
  - a) prawie nigdy,
  - b) dość często,
  - c) przeważnie,
  - d) zawsze.
3. Wyczerpanie fizyczne, zmęczenie, brak energii, brak motywacji, poczucie, że nie radzisz sobie ze sprawami, które dotąd nie sprawiały Tobie kłopotów, chęć odpoczynku lub pozostania w domu:
  - a) prawie nigdy,
  - b) dość często,
  - c) przeważnie,
  - d) zawsze.
4. Poczucie, że życie jest ciężkie, brak dobrego samopoczucia w sytuacjach, w których wcześniej czuleś/czulaś się dobrze, brak przyjemności w sytuacjach, w których dotąd odczuwałeś/odczuwałaś szczęście:
  - a) prawie nigdy,
  - b) dość często,
  - c) przeważnie,
  - d) zawsze.
5. Uczucie zmartwienia, zdenerwowania, paniki, napięcia, poirytowania, niepokoju:
  - a) prawie nigdy,
  - b) dość często,
  - c) przeważnie,
  - d) zawsze.
6. Czy myślałeś, planowałeś lub robiłeś coś związanego z samobójstwem lub samookaleczeniem:
  - a) prawie nigdy,
  - b) dość często,
  - c) przeważnie,
  - d) zawsze.

## LITERATURA

- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Breen, L.J., Darlston-Jones, D. (2010). Moving beyond the enduring dominance of positivism in psychological research: Implications for psychology in Australia. *Australian Psychologist*, 45, 67-76.
- Brooks, S. (2004). The Kutcher Adolescent Depression Scale (11-item). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology News*, 9.
- Brooks, S., Kutcher, S. (2003). Diagnosis and measurement of adolescent depression: a review of commonly utilized instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 4-7.
- Czyżewski, M. (2013). Teorie dyskursu i dyskursy teorii. *Kultura i Społeczeństwo*, 2, 3-25.
- Domagała, L., Orzeł, Z., Wielgolaski, M., Pitura, D. (2015). Dobre praktyki w zakresie organizacji opieki psychiatrycznej, cz. 3. W: I. Mazur, P. Karnieja, J. Jończyk (red.), *Zdrowie psychiczne. Organizacja – zarządzanie – standardy* (4-14). Wrocław: Wydawnictwo CEdu.
- Edwards, D., Potter, J. (1992). *Discursive psychology*. London: Sage.
- Ferguson, G., Takane, Y. (2004). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Galasiński, D. (2008a). Constructions of the self in interaction with the Beck Depression Inventory, *Health*, 12, 515-533.
- Galasiński, D. (2008b). Dyskurs a nieznośna lekkość psychopatologii. W: A. Duszak, N. Fairclough (red.), *Krytyczna Analiza Dyskursu. Interdyscyplinarne podejście do komunikacji społecznej* (149-184). Kraków: Universitas.
- Galasiński, D., Opaliński, K. (2012). Psychiatrists' accounts of insight. *Qualitative Health Research*, 22, 1460-1467.
- Kutcher, S. (2003). The Kutcher Adolescent Depression Scale: assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Child Adolescent Psychopharmacology*, 13, 337-349.
- Martin, C. (2005). What does the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) really measure in liaison psychiatry setting? *Current Psychiatry Reviews*, 1, 69-73.
- Mihalca, A.M., Pilecka, W. (2015). Struktura czynnikowa oraz walidacyjna polskiej wersji Szpitalnej Skali Łęku i Depresji (HADS) dla młodzieży. *Psychiatria Polska*, 49, 1071-1088.
- Mojs, E., Bartkowska, W., Kaczmarek, Ł., Ziarko, M., Bujacz, A., Warchoł-Biedermann, K. (2015). Własności psychometryczne polskiej wersji skróconej Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale) – pomiar depresji w grupie studentów. *Psychiatria Polska*, 49, 135-144.
- Siek, S. (1993). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: ATK.
- Smith, J.A., Harre, R., van Langenhove, L. (1995). *Rethinking methods in psychology*. London: Sage.

**JAKOŚCIOWA PERSPEKTYWA NA BADANIA ILOŚCIOWE.  
PROBLEMATYCZNOŚĆ KONSTRUKCJI NARZĘDZI KWESTIONARIUSZOWYCH  
NA PRZYKŁADZIE KWESTIONARIUSZA KADS**

**STRESZCZENIE:** Dominującym paradygmatem badań w psychologii jest ilościowa metodologia prowadzenia badań, gdzie szczególną rolę ogrywają kwestionariuszowe metody badawcze. Pomimo powszechnego ich stosowania w psychologii, krytycy tych metod zwracają uwagę na problematyczność obiektywizacji badanych zjawisk, szczególnie zjawisk psychicznych, jak również pomijanie kontekstów różnych od przedmiotu badawczych dociekań. W niniejszej pracy przedstawię analizę wybranego narzędzia diagnostycznego, jakim jest Skala Depresji Kutchera dla Młodzieży (KADS), w celu zobrazowania problematyczności interpretacji pozycji testowych mogących mieć wpływ na ocenę kliniczną osób badanych. Analiza kwestionariusza została przeprowadzona w duchu metodologii psychologii dyskursywnej i zastosowana do dwóch obszarów: 1) ogólnej konstrukcji pozycji testowych kwestionariusza oraz 2) treści zawartych w pozycjach testowych. Uzyskane wyniki obrazują problematyczność relacji pomiędzy konstrukcją pozycji testowych a założeniami interpretacyjnymi leżącymi u podstaw kwestionariuszowych metod badawczych, w tym także ich potencjalne kliniczne implikacje.

**SŁOWA KLUCZOWE:** badania jakościowe, kwestionariusz KADS, psychologia dyskursywna.

**QUALITATIVE PERSPECTIVE ON QUANTITATIVE RESEARCH.  
A CRITICAL ANALYSIS OF KUTCHER ADOLESCENT DEPRESSION SCALE**

**SUMMARY:** Psychological questionnaires are most common scientific tools in the field of psychology, in accordance to quantitative methodology of social sciences. Main critique of this science paradigm base on difficulty in objectification of subjective mental states and the discount of contexts not related to the scientific study. The aim of this paper is to present a critique of Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS) to disclose problems with clinical interpretation of questionnaire structure and construction of items. Analysis have been conducted in accordance with methodology of discursive psychology (DP) and based on two parts: 1) general analysis of questionnaire structure, 2) content of items. Results of analysis confirm that structure of questionnaire, in this case Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS), has an impact on clinical interpretations of questionnaire results.

**KEYWORDS:** qualitative method, KADS Scale, discursive psychology.