

---

# Somatinių pacientų depresiškumo nustatymas, naudojant Beko depresijos klausimyną ir geriatrinę depresijos skalę

---

**A. Deksnytė\***  
**V. Danilevičiūtė\*\***  
**R. Aranauskas\***  
**K. Gudynaitė\*\*\***  
**K. Palinauskaitė\*\*\*\***

\*Vilniaus universiteto  
Psichiatrijos klinika;  
Vilniaus universiteto ligoninės  
Santariškių klinikų  
Psichiatrijos skyrius

\*\*Vilniaus universiteto  
Psichiatrijos klinika

\*\*\*Vilniaus universiteto  
Medicinos fakultetas

\*\*\*\*Vilniaus universiteto  
ligoninės Santariškių klinikų  
Psichiatrijos skyrius

**Santrauka.** Tikslas. Šio tyrimo tikslas buvo mokomasis: išsiaiškinti, kuri iš skalų – Beko depresijos klausimynas (toliau – BDK) ar geriatrinė depresijos skalė (toliau – GDS) – labiau tinkama naudoti somatinių ligonių depresiškumui nustatyti.

**Metodai.** Buvo anonimiškai apklausti 2011 m. lapkričio–2012 m. sausio mėnesiais Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Gastroenterologijos, Reumatologijos ir Onkologijos-chemoterapijos skyriuose besigydantys pacientai. Depresiškumui įvertinti naudoti BDK ir GDS, somatinė būklė vertinta taikant Charlson'o komorbidiškumo indeksą (toliau – ChCI). Taip pat fiksuoti lytis ir amžius. Statistinė analizė atlikta naudojant SPSS 17.0 programinės įrangos paketą.

**Rezultatai.** Tyrimo dalyvavo 162 pacientai, iš kurių 50 % buvo moterys, amžius svyravo nuo 18 iki 84 metų. Abiejų depresijos skalų vidinis suderinamumas buvo aukštas: GDS Cronbach'o alfa buvo 0,89, o BDK – 0,87, tačiau abiejų skalų patikimumas reikšmingai skyrėsi ( $p < 0,001$ ): naudojant geriatrinę depresijos skalę, įtarti depresiją buvo galima 69 (51,2 %) tiriamiesiems, kai tuo tarpu naudojant Beko depresijos klausimyną – net 110 (67,9 %). GDS įverčiai nepriklausė nuo lyties ir amžiaus ( $p$  – atitinkamai 0,351 ir 0,755), tuo tarpu, naudojant BDK, moterys ir vyresnio amžiaus pacientai buvo depresiškesni ( $p$  – atitinkamai 0,010 ir 0,002). Somatinė būklė turėjo įtakos tiek GDS, tiek BDK įverčiams ( $p$  – atitinkamai 0,042 ir 0,004). Tačiau, jeigu GDS įverčiai, didėjant ChCI, nuosaikiai tolygiai didėjo (nuo  $7,6 \pm 5,75$  (ChCI 0–1) iki  $12,3 \pm 7,44$  (ChCI 8–9)), tai BDK įverčiai svyravo ( $9,5 \pm 7,07$  (ChCI 0–1),  $14,5 \pm 9,05$  (ChCI 2–3),  $15,1 \pm 9,34$ , (ChCI 4–5),  $14,8 \pm 8,32$  (ChCI 6–7),  $18,5 \pm 4,03$  (ChCI 8–9)). Atskirų depresijos skalų punktų ryšiai su amžiumi ir ChCI skyrėsi: jei GDS tik 6 punktai iš 30 reikšmingai siejosi su amžiumi ir 8 – su ChCI, tai BDK net 11 punktų iš 21 reikšmingai siejosi tiek su amžiumi, tiek su ChCI (visais atvejais  $p < 0,05$ ).

**Išvados.** Taikant BDK, depresijos atvejų buvo nustatyta daugiau, nei taikant GDS. Skirtingai nuo BDK, GDS nebuvo susijusi su lytimi, amžiumi ir mažiau susijusi su ChCI. Todėl GDS yra labiau tinkama taikyti somatinių ir vyresnio amžiaus pacientų depresijai išsiaiškinti, tuo tarpu BDK galėtų būti tinkamesnė somatizuotai, tačiau santykinai fiziškai sveikų žmonių depresijai nustatyti.

**Raktažodžiai:** depresija, depresiškumas, somatiniai pacientai, Beko depresijos klausimynas, geriatrinė depresijos skalė.

Neurologijos seminarai 2012; 16(52): 147–151

---

## ĮVADAS

Depresija daug dažniau ištinka sergančiuosius somatinėmis ligomis, taip pat vyresnio amžiaus pacientus [1, 2]. Depresija yra somatinių ligų pasikartojimo padažnėjimo rizikos veiksnys, be to, blogina galimybes pasveikti ir somatinių pacientų gyvenimo kokybę [3, 4]. Tačiau neretai depresija somatinėmis ligomis sergantiesiems neatpažįsta-

ma [5]. Tai įvyksta dėl to, kad somatiniai pacientai dažniau skundžiasi fiziniais negalavimais, nutylėdami apie dvasinius išgyvenimus ir laikydami, kad šie išgyvenimai yra normalūs, sergant somatinėmis ligomis [6]. Tokiu atveju tam, kad depresija būtų nustatyta, gydantiems gydytojams reikia specialiai apie ją išsiklausinėti, kas dažnai nėra daroma dėl laiko ir (ar) patyrimo stokos [7]. Taupant gydytojų laiką, somatiniams pacientams gali būti pateikiamos skalės, kurie jas užpildo savarankiškai [8]. Populiariausios savarankiškai pildomos skalės yra Beko depresijos klausimynas (toliau – BDK) ir geriatrinė depresijos skalė (toliau – GDS).

Šio tyrimo tikslas buvo mokomasis: išsiaiškinti, kuri iš skalų (BDK ar GDS) labiau tinkama naudoti somatinių ligonių depresiškumui nustatyti.

---

## Adresas:

Aušra Deksnytė  
Tel. (8 5) 265 8517, el. paštas [ausra.deksnyte@gmail.com](mailto:ausra.deksnyte@gmail.com)

## METODAI

Buvo anonimiškai apklausti 2011 m. lapkričio–2012 m. sausio mėnesiais Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Gastroenterologijos, Reumatologijos ir Onkologijos-chemoterapijos skyriuose besigydantys pacientai. Depresiskumui įvertinti naudoti Beko depresijos klausimynas (toliau – BDK) [9] ir geriatrinę depresijos skalę (toliau – GDS) [10], somatinę būklę vertinta taikant Charlson'o komorbidiškumo indeksą (toliau – ChCI) [11]. Taip pat fiksuoti biosocialiniai parametrai (lytis ir amžius). Tiriamieji BDK ir GDS įverčius pagal amžių ir somatinę būklę, amžius buvo suskirstytas į šešias (18–28 metai, 29–39 metai, 40–50 metų, 51–61 metai, 62–72 metai, 73–84 metai), o ChCI – į penkias (0–1 balas, 2–3 balai, 4–5 balai, 6–7 balai, 8–9 balai) grupes.

Statistinė analizė atlikta naudojant SPSS 17.0 programinės įrangos paketą. Nustatyti nominalinių kintamųjų dažnumas ir pagrindinės statistinės intervalinių rodiklių charakteristikos: mažiausia ir didžiausia reikšmės, vidurkiai, standartiniai nuokrypiai (toliau – SD). BDK ir GDS vidinis suderinamumas įvertintas apskaičiuojant Cronbach'o alfa koeficientą. Intervalinių rodiklių koreliacinė analizė su nominaliniais rodikliais atlikta Spirmeno metodu, ranginių rodiklių – Kendalo-Tau metodu. Dviejų aritmetinių vidurkių patikimumas tikrintas taikant Stjudento t kriterijų arba neparametrinį Mann-Whitney kriterijų. Depresiskumui pagal BDK ir GDS amžiaus ir ChCI grupėse buvo taikyta „one-way (ANOVA)“ daugiavariantiškumo analizė ir (ar) neparametrinis Kruskal Wallis testas.

## TYRIMO INSTRUMENTAI

**Geriatrinė depresijos skalė (GDS)** – tai klausimynas, skirtas vyresnio amžiaus žmonių depresiskumui nustatyti, kurį sudaro 30 savarankiškai pildomų klausimų. Šią skalę klinikiniam naudojimui 1982 m. pritaikė J. A. Yesavage ir kolegos. Iš šios skalės yra pašalinti klausimai apie fizinę sveikatą, be to, čia galimi tik du („taip“ ir „ne“) atsakymų variantai. Atsižvelgiant į bendrą balų sumą, depresiskumas skirstomas į vidutinišką (10–19 balų) ir sunkų (20–30 balų).

**Beko depresijos klausimyną (BDK)** 1961 m. sukūrė gydytojas Aaron T. Beck'as. BDK sudaro 21 klausimas, iš kurių kiekvienas vertinamas balais nuo 0 iki 3. Balų suma (0–13) rodo lengvą, (14–19) – vidutinę, (20–28) – pažengusią ir (29–63) – sunkią depresiją. BDK, atsižvelgiant į depresiją sudarančius komponentus, gali būti padalintas į du pogrupius: afektinį (pesimizmas, praeities nesėkmės, kaltės ir baismės jausmas, nepasitenkinimas savimi, perdėtas kritiškumas sau, suicidinės mintys ir bevertiškumo jausmas) ir fizinį arba „somaticinį“ (liūdesys, anhedonija, verksmas, susierzinimas, interesų praradimas, neryžtingumas, energijos stoka, miego pokyčiai, dirglumas, apetito pokyčiai, sunkumai

1 lentelė. Lyties įtaka amžiui ir skalių įverčiams

Amž. ir skalės	Lytis		p
	Vyrai n = 78	Moterys n = 80	
Amžius (vidurkis ± SD)	51,8 ± 15,41	52,0 ± 13,32	0,942
ChCI (vidurkis ± SD)	3,3 ± 2,35	3,2 ± 2,59	0,962
GDS (vidurkis ± SD)	9,3 ± 6,36	10,2 ± 6,55	0,351
BDK (vidurkis ± SD)	11,6 ± 7,33	15,2 ± 10,27	<b>0,010</b>

susikaupti, nuovargis ir (ar) silpnumas ir sumažėjęs domėjimasis seksu).

**Charlson'o komorbidiškumo indeksas (ChCI)**, sudarytas naudojantis TLK–9 klasifikacija, nurodo komorbidiškumą būklių skaičių ir sunkumą. Ši skalė apima 19 komorbidiškumo kategorijų, kurių kiekviena turi savo asocijuotą svorį ir kurių suma nurodo koreguotą riziką mirti per vienerius metus.

## REZULTATAI

Tyrime dalyvavo 162 pacientai (79 (48,8 %) vyrai ir 81 (50 %) moteris), iš jų – 58 (35,8 %) hospitalizuoti Gastroenterologijos, 51 (31,5 %) – Reumatologijos ir 53 (32,7%) – Onkologijos-chemoterapijos skyriuose. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 84 metų (vidurkis ± SD – 51,8 ± 14,29), ChCI – nuo 0 iki 9 (vidurkis ± SD – 3,2 ± 2,45), GDS balų suma svyravo nuo 0 iki 27 (vidurkis ± SD – 9,8 ± 6,43), BDK – nuo 0 iki 51 (vidurkis ± SD – 13,4 ± 9,05).

Abiejų depresijos skalių (GDS ir BDK) vidinis suderinamumas buvo didesnis, nei tokio tipo skalėms reikalaujamas 0,7. GDS Cronbach'o alfa buvo 0,89, kiekvienos iš subskalių pašalinimo iš analizės efektas svyravo nuo 0,88 iki 0,89. Beko depresijos klausimyno Cronbach'o alfa buvo tik nedaug mažesnis – 0,87, o kiekvienos iš subskalių pašalinimo iš analizės efektas svyravo nuo 0,84 iki 0,87. Tačiau abiejų skalių patikimumas reikšmingai skyrėsi ( $p < 0,001$ ): naudojant geriatrinę depresijos skalę įtarti depresiją galima 69 (51,2 %) tiriamiesiems, kai tuo tarpu naudojant Beko depresijos klausimyną – net 110 (67,9 %).

Tiriamieji vyrai ir moterys nesiskyrė nei pagal amžių, nei pagal ChCI ar GDS įverčius, tačiau BDK įverčiai tarp lyčių reikšmingai skyrėsi (1 lentelė).

Amžius GDS balų sumai įtakos neturėjo, tuo tarpu vyresnių žmonių BDK įverčiai buvo didesni (2 lentelė).

Somatinė būklė turėjo įtakos tiek GDS, tiek BDK įverčiams, tačiau, jeigu GDS įverčiai, didėjant ChCI, nuosaikiai tolygiai didėjo, tai BDK įverčiai svyravo (3 lentelė).

Atskirų GDS ir BDK punktų ryšys su amžiumi ir ChCI skyrėsi: jei GDS tik 6 punktai iš 30 reikšmingai siejosi su amžiumi ir 8 – su ChCI, tai BDK net 11 punktų iš 21 reikšmingai siejosi tiek su amžiumi, tiek su ChCI (4 ir 5 lentelės). Tuo tarpu bendras GDS ir BDK ryšys buvo tik vidutinis –  $r = 0,562$ ,  $p < 0,001$ .

2 lentelė. BDK ir GDS įverčių priklausomybė nuo amžiaus

Amž. grupės Skalės	18–28 m.	29–39 m.	40–50 m.	51–61 m.	62–72 m.	73–84 m.	p
	n = 11	n = 22	n = 41	n = 44	n = 30	n = 12	
GDS balų suma (vidurkis ± SD)	7,8 ± 5,55	8,6 ± 5,28	9,6 ± 5,57	10,2 ± 6,93	10,5 ± 7,11	10,6 ± 8,84	0,775
BDK balų suma (vidurkis ± SD)	8,5 ± 9,16	10,2 ± 6,22	11,1 ± 6,25	14,0 ± 7,99	16,8 ± 10,25	19,4 ± 15,22	<b>0,002</b>

3 lentelė. GDS ir BDK įverčių priklausomybė nuo ChCI

ChCI įverčiai Skalės	0–1	2–3	4–5	6–7	8–9	p
	n = 51	n = 51	n = 17	n = 31	n = 10	
GDS balų suma (vidurkis ± SD)	7,6 ± 5,75	10,0 ± 6,60	11,1 ± 6,64	11,3 ± 6,28	12,3 ± 7,44	<b>0,042</b>
BDK balų suma (vidurkis ± SD)	9,5 ± 7,07	14,5 ± 9,05	15,1 ± 9,34	14,8 ± 8,32	18,5 ± 14,03	<b>0,004</b>

4 lentelė. GDS punktų ryšiai su amžiumi ir ChCI

GDS punktai (pabraukti trumpojo GDS varianto punktai, kurių yra 15)	Amžius		ChCI	
	r	p	r	p
1 Ar esate patenkintas (-a) savo gyvenimu?	-0,074	0,350	<b>0,180</b>	<b>0,022</b>
2 Ar apleidote daugelį savo pomėgių ir darbų?	-0,054	0,497	0,075	0,347
3 Ar jaučiate, kad jūsų gyvenimas tuščias?	<b>0,205</b>	<b>0,009</b>	0,132	0,097
4 Ar dažnai nuobodžiaujate?	0,074	0,355	0,073	0,364
5 Ar su viltimi žiūrite į ateitį?	<b>0,182</b>	<b>0,021</b>	0,087	0,274
6 Ar jus trikdo įkyrios mintys, kurių negalite atsikratyti?	-0,014	0,863	<b>0,255</b>	<b>0,001</b>
7 Ar dažnai esate geros nuotaikos?	-0,029	0,713	<b>0,171</b>	<b>0,031</b>
8 Ar bijote, kad jums gali atsitikti kas nors bloga?	-0,129	0,105	0,064	0,421
9 Ar jaučiatės laimingas (-a)?	0,076	0,341	<b>0,191</b>	<b>0,016</b>
10 Ar dažnai jaučiatės bejėgis (-ė)?	<b>0,185</b>	<b>0,022</b>	0,147	0,069
11 Ar dažnai nenurimstate, nenustygsate vienoje vietoje?	0,062	0,441	0,123	0,122
12 Jums labiau patinka būti namuose nei kur nors eiti ir imtis naujų darbų?	0,166	0,037	0,110	0,170
13 Ar dažnai nerimaujate dėl ateities?	0,068	0,397	0,151	0,058
14 Ar jums atrodo, kad jūsų atmintis prastesnė nei kitų žmonių?	0,095	0,231	0,085	0,285
15 Ar jums atrodo, kad gyventi dabar puiku?	0,012	0,884	0,002	0,982
16 Ar dažnai jaučiatės liūdnas (-a) ir nusiminęs (-usi)?	0,072	0,368	<b>0,160</b>	<b>0,045</b>
17 Ar šiuo metu jūs jaučiatės bevertis (-ė)?	<b>0,170</b>	<b>0,033</b>	<b>0,276</b>	<b>&lt;0,001</b>
18 Ar labai kremtatės dėl praeities?	0,071	0,373	0,098	0,219
19 Ar gyvenimas jums atrodo labai įdomus?	0,065	0,420	0,132	0,098
20 Ar sunku pradėti naujus darbus?	0,080	0,316	0,100	0,211
21 Ar jaučiatės kupinas (-a) energijos?	0,010	0,903	<b>0,260</b>	<b>0,001</b>
22 Ar jaučiate, kad jūsų padėtis beviltiška?	0,132	0,097	<b>0,185</b>	<b>0,020</b>
23 Ar manote, kad daugeliui žmonių sekasi geriau nei jums?	0,069	0,389	0,040	0,617
24 Ar dažnai nuliūstate dėl menkniekių?	-0,027	0,735	0,055	0,488
25 Ar lengvai susigraudinate?	0,110	0,167	0,047	0,558
26 Ar jums sunku susikaupti?	0,033	0,677	0,007	0,931
27 Ar jums malonu keltis rytais?	<b>-0,158</b>	<b>0,047</b>	-0,047	0,556
28 Ar vengiate draugijos?	0,139	0,080	0,129	0,104
29 Ar lengvai apsisprendžiate?	-0,093	0,245	-0,086	0,282
30 Ar jūsų protas kaip visada aiškus?	<b>0,252</b>	<b>0,001</b>	0,120	0,132

## REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų studija parodė, kad tiek GDS, tiek BDK vidinis suderinamumas buvo palyginti aukštas (atitinkamai 0,89 ir 0,87) ir beveik nesiskyrė nuo šių skalių kūrėjų nurodytu (atitinkamai 0,95 ir 0,85) [12]. Tačiau skalių vidinis sude-

rinamumas parodo tik, ar klausimai yra logiški ir nuoseklūs, bet neparodo, ar jos yra validžios, t. y. ar tikrai skalės matuoja tai, ką yra skirtos matuoti [13]. Mūsų studijos rezultatai parodė, kad, taikant GDS, depresijos nustatyta mažiau, nei taikant BDK, ir šių abiejų skalių ryšys yra nelabai stiprus – tik  $r = 0,562$ , kai turėtų būti  $\sim 0,9$ . Iš šių rezultatų

5 lentelė. BDK punktų ryšiai su amžiumi ir ChCI

BDK punktai	Amžius		ChCI	
	r	p	r	p
1 Liūdesys (0-3)	0,060	0,350	0,120	0,075
2 Ateities baimė (0-3)	<b>0,146</b>	<b>0,020</b>	<b>0,137</b>	<b>0,039</b>
3 Jautimasis nevykėliu (0-3)	-0,005	0,933	0,088	0,910
4 Pasitenkinimas (0-3)	<b>0,130</b>	<b>0,042</b>	<b>0,149</b>	<b>0,027</b>
5 Jautimasis kaltu (0-3)	0,116	0,073	0,067	0,325
6 Jautimasis baudžiamu (0-3)	0,047	0,463	<b>0,167</b>	<b>0,014</b>
7 Nusivylimas savimi (0-3)	0,057	0,383	-0,037	0,589
8 Kritiškumas sau (0-3)	<b>0,146</b>	<b>0,021</b>	0,051	0,441
9 Savižudiškos tendencijos (0-3)	0,055	0,399	<b>0,153</b>	<b>0,027</b>
10 Verksmas (0-3)	-0,021	0,748	<b>0,176</b>	<b>0,010</b>
11 Susierzinimas (0-3)	<b>0,133</b>	<b>0,034</b>	0,092	0,166
12 Domėjimasis aplinkiniais (0-3)	0,035	0,574	0,110	0,097
13 Sugebėjimas apsispręsti (0-3)	<b>0,228</b>	< <b>0,001</b>	0,000	0,993
14 Susirūpinimas išvaizda (0-3)	<b>0,219</b>	< <b>0,001</b>	0,072	0,276
15 Darbingumo lygis (0-3)	<b>0,140</b>	<b>0,025</b>	<b>0,207</b>	<b>0,002</b>
16 Miegas (0-3)	<b>0,187</b>	<b>0,003</b>	<b>0,144</b>	<b>0,029</b>
17 Nuovargis (0-3)	<b>0,255</b>	< <b>0,001</b>	<b>0,205</b>	<b>0,002</b>
18 Apetitas (0-3)	0,119	0,057	<b>0,181</b>	<b>0,006</b>
19 Svorio netekimas (0-3)	<b>0,153</b>	<b>0,013</b>	<b>0,256</b>	< <b>0,001</b>
20 Susirūpinimas sveikata (0-3)	0,046	0,457	0,083	0,205
21 Domėjimasis seksu (0-3)	<b>0,351</b>	< <b>0,001</b>	<b>0,227</b>	< <b>0,001</b>

galima būtų spręsti, kad kažkuri iš skalių arba abi netinkamai matuoja depresiškumą, t. y. nustato jo arba per daug, arba per mažai.

Tyrėjų studijos buvo atliktos fiziškai sveikiems asmenims, todėl jos pasirodė besą validžios. Tačiau reikia atkreipti dėmesį, kad maždaug pusė BDK punktų prašo įvertinti fizinius simptomus (pvz., nuovargį, irzlumą, svorio kritimą, apetito stoką, energijos stoką ir t. t.). Tai ir galėjo nulemti klaidingai aukštesnę bendrą BDK balų sumą, kuri šiuo atveju buvo susijusi su fizinės ligos (-ų) simptomais, o ne depresija. Tai patvirtina ir tie rezultatai, kad daugiau nei pusė BDK punktų buvo susiję su amžiumi ir somatine būkle (ChCI įverčiais). Taigi, fizinių simptomų buvimas apunkina šio klausimyno pritaikymą tarp lydinčiomis ligomis sergančių pacientų [14, 15].

Kūrėjai GDS specialiai pritaikė vyresnio amžiaus žmonių depresijai nustatyti. Jie rėmėsi tuo, kad vyresniame amžiuje žmonės dažnai serga somatinėmis ligomis ir (ar) net būdami pakankamai sveiki turi tokių specifinių amžiui skundų, kaip nuovargis, energijos stoka ar svorio bei apetito svyravimai [16]. Todėl klausimai apie fizinę sveikatą į GDS nebuvo įtraukti. GDS užduoda klausimus tik apie dvasinius išgyvenimus. Atsižvelgiant į tai, galima galvoti, kad ir mūsų tyrime GDS parodė labiau realų depresiškumo dažnumą. Juolab kad kur kas mažiau GDS punktų buvo susiję su amžiumi ir ChCI.

Antra vertus, sergant depresija, ypač vyresnio amžiaus žmonėms, dažnai stebimas reiškinys yra somatizacija, t. y. sergantieji depresija neretai skundžiasi ne dvasiniais išgyvenimais arba net juos neigia, o kokiais nors fiziniiais simp-

tomais, tokiais kaip skausmai, nemalonūs pojūčiai kūne (arba senestopatijos), nuovargis ir energijos stoka [17]. Didelės tarptautinės studijos, kurios rezultatai skelbti 1999 m., nustatė, kad somatiniai depresijos simptomai yra dažni daugelyje valstybių, bet jų paplitimas priklauso nuo termino „somatizacija“ apibūdinimo kiekvienoje konkrečioje valstybėje. Remiantis apibrėžimu, kad somatizacija yra psichologinių simptomų neigimas, depresijos somatizacija buvo reta visuose centruose, tačiau, atsižvelgus į kitą apibrėžimą, kad somatizacija reiškia daugybinių nepaaiškinamų somatinių nusiskundimų buvimą, depresijos somatizacijos dažnis siekė 50 % [18]. Somatiniais pacientams taikant tik GDS ir neatsižvelgiant į fizinius simptomus, iškyla rizika, kad gali būti neatpažinta dalis depresijos atvejų [19, 20].

## IŠVADOS

Taikant BDK, depresijos atvejų buvo nustatyta daugiau, nei taikant GDS. Skirtingai nuo BDK, GDS nebuvo susijusi lytimi, amžiumi ir mažiau susijusi su ChCI. Todėl GDS yra labiau tinkama taikyti somatinių ir vyresnio amžiaus pacientų depresijai išsiaiškinti, tuo tarpu BDK galėtų būti tinkamesnė somatizuotai, tačiau santykinai fiziškai sveikų žmonių depresijai nustatyti.

Gauta:  
2012 05 02

Primta spaudai:  
2012 05 18

## Literatūra

1. Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005; 58(3): 175-89.
2. Filipavičiūtė R, Jurgelėnas A, Juozulynas A, ir kt. Depresijos sindromas – pagyvenusių žmonių socialinės rizikos veiksnys. *Gerontologija* 2008; 9(2): 93-8.
3. Fenton WS, Stover ES. Mood disorders: cardiovascular and diabetes comorbidity. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19(4): 421-7.
4. Robinson RG, Krishnan KR. Depression and the medically ill. In: Davis KL, et al, eds. *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress*. American College of Neuropsychopharmacology, 2002; 1179-85.
5. Feinstein RE, Blumenthal M, Orlowski B, et al. A national survey of cardiovascular physicians' beliefs and clinical care practices when diagnosing and treating depression in patients with cardiovascular disease. *Cardiology in Review* 2006; 14: 164-9.
6. Lecrubier Y. Physical components of depression and psychomotor retardation. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(Suppl 6): 23-6.
7. Bunevicius A, Staniute M, Brozaitiene J, et al. Diagnostic accuracy of self-rating scales for screening of depression in coronary artery disease patients. *J Psychosom Res* 2012; 72(1): 22-5.
8. Gelenberg AJ. Using assessment tools to screen for, diagnose, and treat major depressive disorder in clinical practice. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2010; 71 (Suppl. E1): e01.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4(6): 561-71.
10. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83; 17(1): 37-49.
11. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40(5): 373-83.
12. Smarr KL. Measures of depression and depressive symptoms. *Arthritis Care Res* 2003; 49(5): 134-46.
13. Piedmont RL, McCrae RR, Riemann R, et al. On the invalidity of validity scales: evidence from self-reports and observer ratings in volunteer samples. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78(3): 582-93.
14. Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health (Oxf)* 2005; 27(3): 281-91.
15. Moore MJ, Moore PB, Shaw PJ. Mood disturbances in motor neurone disease. *J Neurol Sci* 1998; 160(Suppl 1): S53-6.
16. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989; 96(2): 234-54.
17. Voigt K, Nagel A, Meyer B, et al. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010; 68(5): 403-14.
18. Simon GE, von Korff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341(18): 1329-35.
19. Martens MP, Vandyke M, Parker JC, et al. Analyzing reliability of change in depression among persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2005; 43(6): 973-8.
20. Bunevicius A, Brozaitiene J, Stankus A, et al. Specific fatigue-related items in self-rating depression scales do not bias an association between depression and fatigue in patients with coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33(5): 527-9.

**A. Deksnytė, V. Danilevičiūtė, R. Aranauskas,  
K. Gudynaitė, K. Palinauskaitė**

### DETECTING DEPRESSIVENESS USING BECK DEPRESSION INVENTORY AND GERIATRIC DEPRESSION SCALE IN SOMATIC PATIENTS

#### Summary

*Aim.* The aim of this study was educational: to find out which of the scales: Beck Depression Inventory (hereinafter referred to as BDI) or Geriatric Depression Scale (hereinafter – GDS) is more suitable in establishing the depressivity in somatic patients.

*Methods.* In November 2011 – January 2012 the patients of Gastroenterology, Rheumatology and Oncology-Chemotherapy Units of Vilnius University Santariskes Hospital were assessed anonymously. BDI and GDS were used to establish their depressiveness, the somatic condition was assessed with the help of Charlson's comorbidity index (ChCI). The gender and age were recorded. Statistical analysis was carried out using SPSS 17.0 software package.

*Results.* 162 patients aging from 18 to 84 took part in the study, 50% were women. The internal consistency of both scales was high: GDS Cronbach alpha was 0.89, whereas that of BDI – 0.87. However, the reliability of the scales differed significantly ( $p < 0.001$ ): using the Geriatric Depression Scale one could suspect depression in 69 (51.2%) of the patients, whereas with the Beck Depression Scale – 110 (67.9%). GDS values did not depend on age or gender ( $p$  respectively 0.351 and 0.755), whereas according to the BDI women and elderly patients were more depressed ( $p$  respectively 0.010 and 0.002). The somatic condition influenced GDS, and BDI values ( $p$  respectively 0.042 and 0.004), however if the GDS values were increasing steadily when ChCI was increasing (from  $7.6 \pm 5.75$  (ChCI 0-1) to  $12.3 \pm 7.44$  (ChCI 8-9)), then BDI values were fluctuating ( $9.5 \pm 7.07$  (ChCI 0-1),  $14.5 \pm 9.05$  (ChCI 2-3),  $15.1 \pm 9.34$  (ChCI 4-5),  $14.8 \pm 8.32$  (ChCI 6-7),  $18.5 \pm 4.03$  (ChCI 8-9)). The links of different depression scale points with the age and ChCI were different: only 6 points out of 30 in GDS were significantly related to age and 8 – to ChCI, whereas 11 points out of 21 were significantly related to age and ChCI (in all cases  $p < 0.05$ ) in BDI.

*Conclusions.* More cases of depression were established when applying BDI than the GDS. Differently from the BDI, GDS was not related to age, gender and less related to ChCI. Therefore, GDS is more suitable for establishing depression in somatic and elderly patients, and BDI could be more suitable for establishing depression with somatization in relatively physically healthy patients.

**Keywords:** depression, depressiveness, somatic patients, Beck Depression Inventory, Geriatric Depression Scale.