
Depresiškumo skirtumai naudojant Beko depresijos klausimyną ir Geriatriinę depresijos skalę šeimos gydytojo praktikoje

A. Deksnytė*
R. Aranauskas*
V. Kurpatov**
K. Palinauskaitė***

**Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Psichiatrijos klinika; Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Psichiatrijos skyrius*

***Vilniaus rajono centrinė poliklinika*

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

Santrauka. *Tikslas.* Tyrimo tikslas – nustatyti depresiškumo paplitimą tarp šeimos gydytojo pacientų ir įvertinti biopsichosocialinių veiksnių įtaką depresiškumui.

Metodai. Buvo anonimiškai apklausti Vilniaus rajono centrinėje poliklinikoje 2009 m. rugsėjo–lapkričio mėnesiais apsilankę pacientai. Depresiškumui įvertinti naudoti Beko depresijos klausimynas (toliau – BDK) ir Geriatriinę depresijos skalę (toliau – GDS), somatinė būklė vertinta naudojant Charlson'o komorbidiškumo indeksą (toliau – ChCI). Taip pat fiksuoti lytis, amžius, išsilavinimas, užimtumas, šeimtinė padėtis. Statistinė analizė atlikta naudojant SPSS 17.0 programinės įrangos paketą.

Rezultatai. Tyrime dalyvavo 102 pacientai, iš kurių 31 (30,4 %) buvo vyrai. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 81 metų (vidurkis \pm SD – $38,9 \pm 14,45$), ChCI – nuo 0 iki 8 (vidurkis \pm SD – $0,8 \pm 1,45$), BDK balų suma svyravo nuo 0 iki 27 (vidurkis \pm SD – $9,3 \pm 6,04$), GDS – nuo 0 iki 28 (vidurkis \pm SD – $9,8 \pm 6,33$). BDK ir GDS patikimumas reikšmingai skyrėsi ($p < 0,001$): depresiškumas buvo nustatytas tik 21 pacientui (20,6 %) pagal BDK ir net 46 pacientams (45,1 %) pagal GDS. BDK ir GDS ryšys, nors ir reikšmingas, tačiau nepakankamai stiprus: $r = 0,542$, $p < 0,001$. GDS neturėjo ryšio nė su vienu biopsichosocialiniu rodikliu, tuo tarpu BDK turėjo ryšį su amžiumi: BDK įverčiai didėjo didėjant amžiui ($p = 0,031$).

Išvados. Depresiškumo paplitimas, taikant GDS, buvo didesnis, nei taikant BDK. GDS nebuvo susijusi nė su vienu biopsichosocialiniu rodikliu, tuo tarpu BDK buvo susijęs su amžiumi. Todėl GDS turėtų būti tinkama ne tik vyresnio amžiaus, bet ir jaunesnių ir fiziškai sveikesnių pacientų depresijai išsiaiškinti. BDK ryšys su amžiumi riboja jo taikymą vyresniems pacientams.

Raktažodžiai: depresija, depresiškumas, šeimos gydytojo praktika, Beko depresijos klausimynas, Geriatrijos depresijos skalė.

Neurologijos seminarai 2012; 16(53): 232–236

IVADAS

Psichologine prasme depresiškumas yra žmogaus charakterio savybė, pasireiškianti prislėgta nuotaika, liūdesiu, pasitenkinimo stoka plačiaja prasme, tačiau dažniausiai netrikdanti kasdienės asmens veiklos ir nereikalaujanti korekcijos įprastomis gyvenimo sąlygomis [1]. Mediciniškai depresiškumas apibrėžiamas kaip ikiklinikinių nuotaikos būsenų tam tikras intensyvumas, pasireiškiantis liūdesiu, pesimizmu, aktyvumo sumažėjimu, o nuotaika depresijos atžvilgiu traktuojama kaip kontinuumas, kai viename kontinuumo yra depresija, kitame – normali nuotaika, tarp jų – pereinami depresiškumo lygiai [2]. Šiuo atveju depresinis sutrikimas diagnozuojamas tik tada, kai simptomai pasiekia slenkstinę ribą ir trunka mažiausiai dvi savaites [3]. Depresiškumo atsiradimą paaiškina kelios veiksnių grupės: biologiniai veiksniai (genetinis po-

linkis, neurotransmiterių disbalansas), psichologiniai veiksniai (tokie kaip negatyvus mąstymas, menka savivertė) ir socialiniai veiksniai (stresiniai įvykiai, išmoktas bėgėgiškumas ir individualistinė kultūra, skatinanti kaltę priiimti asmeniškai). Šie veiksniai turi įtakos tiek moterų, tiek vyrų depresijai [1]. Tiek psichologine, tiek medicinine prasme depresiškumas gali būti vertinamas kaip sveikatos sutrikimo simptomas, nurodantis, kad asmuo gali sirgti rimta psichikos liga. Depresiškumas būdingas afektiniams sutrikimams, tokiems kaip didžioji depresija, dvi-polis afektinis sutrikimas, organiniai nuotaikos sutrikimai, taip pat depresinė simptomatika pasireiškia sergant kitomis psichikos ligomis – psichoziniais, priklausomybės, raidos sutrikimais, taip pat sergant įvairiomis somatinėmis ligomis [4].

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) nurodo, kad 2020 m. pasaulyje depresija tarp neįgalumo priežasčių bus antra po išeminių širdies ligų. Depresijos paplitimas tarp šalių yra labai skirtingas. Keturiolikoje valstybių atliktas PSO tyrimas rodo, kad beveik ketvirtadaliui (24 %) pirminės sveikatos priežiūros pacientų nustatyta psichikos sutrikimo diagnozė, o dažniausia jų – depresijos epizodas

Adresas:

Dr. Aušra Deksnytė
Tel. (8 5) 265 8517, el. paštas ausra.deksnyte@gmail.com

(10,4 %) [5]. Tuo tarpu Lietuvoje depresijos ir afektinių sutrikimų diagnozuojama mažiau nei Europos valstybėse [6]. Manoma, kad tai įvyksta dėl to, kad dalis (net iki 50 %) sergančiųjų depresija visai nesikreipia į gydytojus dėl blogo informuotumo, visuomeninių ir kultūrinių nuostatų, stigmatizacijos baimės. Antra vertus, Lietuvoje šeimos gydytojai dažnai nėra patyrę, kaip kalbėtis su pacientais apie depresijos simptomus [7]. Taupant žmonių darbą ir laiką, somatiniams pacientams gali būti pateikiamos skalės, kurie jas užpildo savarankiškai [8].

TYRIMO TIKSLAS

Naudojant dvi populiariausias depresiškumo skales – Beko depresijos klausimyną (toliau – BDK) ir Geriatriinę depresijos skalę (toliau – GDS) – nustatyti depresiškumo paplitimą tarp šeimos gydytojo pacientų, įvertinti biopsichosocialinių veiksnių įtaką depresiškumui, patikrinti BDK ir GDS tinkamumą šeimos gydytojo praktikoje.

METODAI

Buvo anonimiškai apklausti Vilniaus rajono centrinėje poliklinikoje 2009 m. rugsėjo–lapkričio mėnesiais apsilankę pacientai. Depresiškumui įvertinti naudoti Beko depresijos klausimynas (toliau – BDK) ir Geriatriinė depresijos skalė (toliau – GDS), somatinė būklė vertinta naudojant Charlson'o komorbidiškumo indeksą (toliau – ChCI). Taip pat fiksuoti biosocialiniai parametrai (lytis ir amžius). Tiriant BDK ir GDS įverčius pagal amžių ir somatinę būklę, amžius ir ChCI buvo suskirstyti į keturias grupes; atitinkamai (18–33 metai, 34–49 metai, 50–65 metai, 66–81 metai) ir (0 balų, 1 balas, 2 balai, 3–8 balai).

Statistinė analizė atlikta naudojant SPSS 17.0 programinės įrangos paketą. Nustatyta nominalinių kintamųjų dažnumas ir pagrindinės statistinės intervalinių rodiklių charakteristikos: mažiausia ir didžiausia reikšmės, vidurkiai, standartiniai nuokrypiai (toliau – SD). 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. Depresiškumui pagal BDK ir GDS amžiaus ir ChCI grupėse buvo naudota „one-way (ANOVA)“ daugiavariantiškumo analizė ir (ar) neparametrinis Kruskal Wallis testas.

TYRIMO INSTRUMENTAI

Beko depresijos klausimyną (BDK) 1961 metais 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 baudimo jausmas, nepasitenkinimas savimi, perdėtas kritiškumas sau, suicidinės mintys ir bevertiškumo jausmas) ir fizinį arba „somatinių“ (liūdesys, anhedonija, verksmas, susierzinimas, interesų praradimas, neryžtingumas, energijos stoka, miego pokyčiai, dirglumas, apetito pokyčiai, sunkumai susikaupti, nuovargis ir (ar) silpnumas ir sumažėjęs domėjimasis seksu). Šių pogrupių tikslas – nustatyti pirminę paciento depresijos priežastį [9]. Individams, sergantiems lydinčia somatine liga, BDK sąsaja su fiziniiais simptomais (pavyzdžiui, nuovargiu) gali lemti klaidingai aukštesnę bendrą balų sumą, kuri šiuo atveju bus susijusi su ligos simptomais, o ne su depresija. Tai apunkina šio klausimyno taikymą tarp lydinčiomis ligomis sergančių pacientų [10].

Geriatriinė depresijos skalė (GDS) – klausimynas, skirtas vyresnio amžiaus žmonių depresiškumui 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, depresiškumas skirstomas į vidutinišką (10–19 balų) ir sunkų (20–30 balų) [11].

Charlson'o komorbidiškumo indeksas (ChCI), sudarytas naudojantis TLK-9 klasifikacija, nurodo komorbidiinių būklių skaičių ir sunkumą. Ši skalė apima 19 komorbidiškumo kategorijų, kurių kiekviena turi savo asocijuotą svorį ir kurių suma nurodo koreguotą riziką mirti per viešerius metus [12].

REZULTATAI

Tyrimo dalyvavo 102 pacientai, tarp kurių 31 vyras (30,4 %). 65 (60,8 %) pacientai buvo dirbantys, 24 (23,5 %) – studentai, 16 (23,5 %) – nedirbantys (bedarbiai, namų šeimininkės, pensininkai, neįgalūs asmenys). Vidurinių ir specialų vidurinių išsilavinimą turėjo 40 (39,2 %), aukštąjį neuniversitetinį ir nebaigtą aukštąjį – 28 (27,5 %) ir aukštąjį išsilavinimą – 34 (33,3 %) pacientai. 61 (59,8 %) tiriamasis buvo vedęs ar gyvenantis poroje, 41 (40,2 %) – vienišas (nevedęs, išsiskyręs arba našlys). Tiriamųjų amžius svyravo nuo 18 iki 81 metų (vidurkis ± SD – 38,9 ± 14,45), ChCI – nuo 0 iki 8 (vidurkis ± SD – 0,8 ± 1,45), BDK balų suma svyravo nuo 0 iki 27 (vidurkis ± SD – 9,3 ± 6,04), GDS – nuo 0 iki 28 (vidurkis ± SD – 9,8 ± 6,33).

BDK ir GDS patikimumas reikšmingai skyrėsi ($p < 0,001$): depresiškumas buvo nustatytas tik 21 (20,6 %) pacientui pagal BDK ir net 46 (45,1 %) pagal GDS. BDK ir GDS ryšys, nors ir reikšmingas, tačiau nepakankamai stiprus: $r = 0,542$, $p < 0,001$.

Tiriamieji vyrai ir moterys nesiskyrė nei pagal amžių, nei pagal ChCI, GDS ar BDK įverčius (1 lentelė).

1 lentelė. Lyties įtaka amžiui ir skalių įverčiams

Amž. ir skalės	Lyties	Vyrai	Moterys	p
		n = 78	n = 80	
Amžius (vidurkis ± SD)		40,9 ± 15,071	38,1 ± 14,19	0,368
ChCI (vidurkis ± SD)		0,8 ± 1,27	0,8 ± 1,53	0,804
GDS (vidurkis ± SD)		10,2 ± 6,91	9,6 ± 5,96	0,693
BDK (vidurkis ± SD)		8,8 ± 6,27	9,6 ± 10,27	0,525

2 lentelė. BDk, GDS ir ChCI įverčių priklausomybė nuo amžiaus

Skalės	Amž. grupės	18–33 m.	24–49 m.	50–65 m.	66–81 m.	p
		n = 38	n = 37	n = 241	n = 4	
GDS balų suma (vidurkis ± SD)		9,5 ± 5,56	8,6 ± 6,34	11,3 ± 6,86	16,5 ± 6,45	0,102
BDK balų suma (vidurkis ± SD)		8,0 ± 5,87	9,5 ± 5,49	9,7 ± 6,27	18,0 ± 5,35	0,031
ChCI (vidurkis ± SD)		0,05 ± 0,23	0,35 ± 0,59	2,0 ± 1,85	4,5 ± 1,29	< 0,001

3 lentelė. GDS, BDk įverčių ir amžiaus priklausomybė nuo ChCI

Skalės ir amžius	ChCI įverčiai	0	1	2	3–8	p
		n = 63	n = 23	n = 7	n = 9	
GDS balų suma (vidurkis ± SD)		9,4 ± 6,09	8,6 ± 5,91	9,4 ± 5,38	15,8 ± 7,36	0,073
BDK balų suma (vidurkis ± SD)		9,5 ± 7,07	14,5 ± 9,05	15,1 ± 9,34	14,8 ± 8,32	0,104
Amžius (vidurkis ± SD)		31,2 ± 9,58	45,8 ± 9,34	52,0 ± 11,47	64,7 ± 9,46	< 0,001

4 lentelė. Užimtumo įtaka BDk, GDS, ChCI įverčiams ir amžiui

Skalės ir amžius	Užimtumas	Dirbantys	Studijuojantys	Nedirbantys	p
		n = 62	n = 24	n = 16	
GDS balų suma (vidurkis ± SD)		9,4 ± 5,62	7,6 ± 5,97	11,7 ± 7,15	0,071
BDK balų suma (vidurkis ± SD)		9,3 ± 6,30	8,9 ± 4,95	13,2 ± 7,46	0,142
ChCI balų suma (vidurkis ± SD)		0,7 ± 1,34	0,04 ± 0,20	2,1 ± 2,00	< 0,001
Amžius (vidurkis ± SD)		41,1 ± 10,32	22,7 ± 1,86	54,7 ± 16,07	< 0,001

5 lentelė. Išsilavinimo įtaka BDk, GDS, ChCI įverčiams ir amžiui

Skalės ir amžius	Išsilavinimas	Vidur. ir spec. vidur.	Nebaigtas aukšt.	Aukštasis	p
		n = 40	n = 28	n = 34	
GDS balų suma (vidurkis ± SD)		9,8 ± 6,56	9,2 ± 6,12	8,8 ± 5,42	0,914
BDK balų suma (vidurkis ± SD)		10,3 ± 6,94	9,3 ± 6,02	9,6 ± 5,94	0,911
ChCI balų suma (vidurkis ± SD)		1,3 ± 1,91	0,2 ± 0,48	0,7 ± 1,017	0,006
Amžius (vidurkis ± SD)		42,9 ± 15,50	30,1 ± 8,77	41,5 ± 14,12	< 0,001

6 lentelė. Šeiminės padėties įtaka BDk, GDS, ChCI įverčiams ir amžiui

Skalės ir amžius	Šeiminė padėtis	Vedę	Vieniši	p
		n = 61	n = 41	
GDS balų suma (vidurkis ± SD)		8,6 ± 5,23	10,4 ± 6,99	0,234
BDK balų suma (vidurkis ± SD)		9,6 ± 6,36	10,1 ± 6,33	0,534
ChCI balų suma (vidurkis ± SD)		0,8 ± 1,21	0,8 ± 1,76	0,229
Amžius (vidurkis ± SD)		42,7 ± 12,50	33,2 ± 15,41	< 0,001

Nors pagal amžių didėjo visų skalių įverčiai, tačiau reikšmingą įtaką amžius turėjo tik BDk ir ChCI įverčiams (2 lentelė).

Didesni ChCI įverčiai buvo susiję tik su didėjančiu amžiumi, tuo tarpu GDS ir BDk įverčiai nuo ChCI įverčių nepriklausė (3 lentelė).

Užimtumo įtaka skalių įverčiams ir amžiui buvo iš esmės vienareikšmė: jauniausi, fiziškai sveikiausi ir mažiausiai depresiški buvo studentai, po jų dirbantieji ir paskiausiai – nedirbantieji, tačiau ši įtaka reikšminga buvo tik amžiui ir somatinei būklei, tuo tarpu GDS ir BDk įverčiai parodė ribines reikšmes (4 lentelė).

Išsilavinimo įtaka BDK ir GDS įverčiams buvo nevienareikšmė ir nereikšminga, tuo tarpu fiziškai sveikiausi ir jauniausi pasirodė turintieji nebaigtą aukštąjį išsilavinimą, po to turintieji aukštąjį išsilavinimą, paskiausiai – vidurinį – ir specialųjį vidurinį (5 lentelė).

Šeiminės padėties įtaka skalių įverčiams nebuvo reikšminga (6 lentelė).

REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų studijos rezultatai parodė, kad pacientai, užpildę anketas, dažniau buvo jauni, nebloggerai išsilavinę (nebuvo nė vieno žmogaus su nebaigtu viduriniu išsilavinimu) ir pakankamai fiziškai sveiki (daugumos ChCI įverčiai buvo 0–1). Greičiausiai tai ir lėmė, kad, taikant BDK, depresiškumo dažnumas (tik 20,6 %) ir lygis (27 iš max galimų 63) buvo nedideli. Be to, tik BDK turėjo ryšį su amžiumi. BDK ryšys su GDS, nors ir buvo reikšmingas, tačiau labai stiprus – tik $r = 0,542$, kai turėtų būti $\sim 0,9$. Tuo tarpu taikant GDS depresiškumo dažnumas (45,1 %) ir lygis (28 iš max galimų 30) buvo maždaug dvigubai didesni. Peršasi išvada, kad kažkuri iš skalių arba abi netinkamai matuoja depresiškumą, t. y. nustato jo arba per daug, arba per mažai. Turint omeny, kad GDS nesusijusi nė su vienu biopsichosocialiniu rodikliu ir nematuoja somatinių depresijos simptomų, galima galvoti, kad ji teisingiau matuoja depresiškumą ir nenustato depresijos per daug. Juolab kad naudojant kartu BDK ir GDS depresijos simptomai nustatyti tik dviem žmonėm daugiau, nei naudojant tik GDS. Taigi, šios studijos depresiškumo paplitimo bendras skaičius yra 47 (46,1 %).

Dauguma tyrėjų pripažįsta, kad šeimos gydytojai dažnai neatpažįsta depresijos simptomų [13]. Jei depresijos simptomatika šeimos gydytojo praktikoje nustatoma iki 20 %, tai realūs jos skaičiai turėtų būti nuo 2 iki 3 kartų didesni [14]. Daugiau ar mažiau realius depresijos skaičius lengviau nustatyti studijų metu naudojant ne vieną, o kelias atrankos skales [15]. Tačiau afektyvių sutrikimų, tarp jų ir depresijos, epidemiologiniai duomenys labai skiriasi. Tam turi įtakos daug priežasčių: tyrimo metodikų skirtumai, diagnostikos patikimumo problemos, požiūrio į sutrikimo ribas įvairovė, taip pat epizodinis sutrikimų pobūdis ir kt. [16]. JAV epidemiologų duomenimis, didžioji depresija gyvenimo eigoje gali ištikti 20 % moterų ir 12 % vyrų populiacijos. Pastebėta, kad šis skaičius per pastaruosius 70 metų didėja, depresija pasireiškia santykinai jaunesniau amžiuje [17]. Vis dėlto jauniems žmonėms depresija pasireiškia rečiau – 2011 metais publikuotoje studijoje, atliktoje Universiteto sveikatos centre, nustatytas depresijos dažnumas buvo tik 6 % [18]. Didėjant tiriamųjų amžiui, didėja ir depresijos dažnumas [19]. Pastaraisiais metais atliktų studijų duomenimis, depresija šeimos gydytojo praktikoje pasireiškia nuo 20 iki 51 % [20, 21].

Atsižvelgę į mūsų studijos rezultatus, rekomenduojame šeimos gydytojams depresijos atrankos tyrimams naudoti GDS arba GDS trumpąjį variantą. Nors kūrėjai GDS

specialiai pritaikė vyresnio amžiaus žmonėms, ir GDS dabar taikoma tik vyresnio amžiaus žmonių depresijai nustatyti [22, 23], tačiau ji yra paprasta, aiški, greitai pildoma, todėl tinka ir jauniems bei fiziškai sveikiems žmonėms. BDK pacientams užpildyti yra sunkiau, be to, klausimų apie fizinę sveikatą buvimas gali sutrukdyti atskirti depresiją nuo fizinės ligos ar lėtinio nuovargio sutrikimo [24, 25]. Antra vertus, BDK labiau už GDS turėtų būti tinkamas somatizuotai depresijai nustatyti, nesant fizinės ligos [26, 27].

IŠVADOS

Depresiškumo paplitimas, taikant BDK ir GDS, yra skirtingas: atitinkamai 20,6 % ir 45,1 %. GDS nebuvo susijusi nė su vienu biopsichosocialiniu rodikliu, tuo tarpu BDK buvo susijęs su amžiumi. Todėl GDS turėtų būti tinkama ne tik vyresnio amžiaus, bet ir jaunesnių bei fiziškai sveikesnių pacientų depresijai išsiaiškinti. BDK ryšys su amžiumi riboja jo taikymą vyresniems pacientams.

Gauta:
2012 05 07

Priimta spaudai:
2012 07 14

Literatūra

1. Straub RO. Health psychology: a biopsychosocial approach. New York: Worth Publishers, 2007; 558.
2. Šinkariova L. Vyresnių Kauno miesto gyventojų depresiškumo ir išeminės ligos bei jos veiksnių sąsajos. Daktaro disertacija. KMU, 2000.
3. The ICD – 10 Classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research. WHO Geneva, 1993.
4. Kuodytė-Kazieliene R, Užaitė L, Palinauskienė R, ir kt. Streso, depresiškumo, nerimo paplitimas tarp sveikatos priežiūros ir švietimo darbuotojų Panevėžio mieste. Medicinos teorija ir praktika 2007; 4(13): 479–84.
5. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. The European Survey on Working Conditions. 2005.
6. Danilevičiūtė V, Adomaitienė V, Valius L, ir kt. Depresijų paplitimas Lietuvoje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2008; 12: 836–41.
7. Bunevičius 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. Lecrubier Y. Physical components of depression and psychomotor retardation. J Clin Psychiatry 2006; 67(Suppl 6): 23–6.
11. 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.

12. 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.
13. Witchen MU, Höfler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndroms in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Inte Clin Psychopharmacol* 2001; 16(3): 121–35.
14. Katon N, Schulberg W. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14(4): 237–47.
15. Strömberg R, Backlund LG, Löffvander M. Psychosocial stressors and depression at a Swedish primary health care centre. A gender perspective study. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 120.
16. Salokangas RK, Poutanen O. Risk factors for depression in primary care. Findings of the TADEP project. *J Affect Disord* 1998; 48(2–3): 171–80.
17. Halverson JL, Andrew LB, Bjalla RN, et al. Depression. *Emedicine.Medscape.com*. 2011 04 11. <http://emedicine.medscape.com/article/286759-overview> (peržiūrėta 2012 05 03).
18. Klein MC, Ciotoli C, Chung H. Primary care screening of depression and treatment in a university health center: a retrospective analysis. *J Am Coll Health* 2011; 59(4): 289–95.
19. Filipavičiūtė R, Jurgelėnas A, Juozulynas A, ir kt. Depresijos sindromas – pagyvenusių žmonių socialinės rizikos veiksnys. *Gerontologija* 2008; 9(2): 93–8.
20. Terluin B, Brouwers EP, van Marwijk HW, et al. Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-dimensional symptom questionnaire (4QSQ) and the Hospital anxiety and depression scale (HADS). *BMC Fam Pract* 2009; 10: 58.
21. Norton J, de Roquefenil G, David M, et al. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP care-recognition and psychotropic medication prescription. Article in French. *Encephale* 2009; 35(6): 560–9. Abstract.
22. Obsom DP, Fletcher AE, Smeeth L, et al. Geriatric depression scale scores in representative sample of 14545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(4): 375–82.
23. Cullum S, Tucker S, Todd C, et al. Screening for depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(5): 469–76.
24. Brown M, Kaplan C, Jason L. Factor analysis of the Beck depression inventory-II with the patients with chronic fatigue syndrome. *J Health Psychol* 2011; [Epub ahead of print].
25. Smarr KL. Measures of depression and depressive symptoms. *Arthritis Care Res* 2003; 49(5): 134–46.
26. 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.
27. 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.

A. Deksnytė, R. Aranauskas, V. Kurpatov, K. Palinauskaitė

DIFFERENCES OF DEPRESSIVENESS USING BECK DEPRESSION INVENTORY AND GERIATRIC DEPRESSION SCALE IN PRIMARY CARE

Summary

Aims. The aim of the study is to establish the spread of depressiveness among the GP patients and to assess the influence of biopsychosocial factors to depressiveness.

Methods. In September – November 2009 patients of Vilnius Region primary health care centre 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). Gender, age, education, occupation and family status were recorded. Statistical analysis was carried out using SPSS 17.0 software package.

Results. All in all 102 patients took part in the study, 31 (30.4%) among them were men. The age of the participants was from 18 to 81 (mean±SD – 38.9±14.45), ChCI – from 0 to 8 (mean±SD – 0.8±1.45), BDI score ranged from 0 to 27 (mean±SD – 9.3±6.04), GDS – from 0 to 28 (mean±SD – 9.8±6.33). BDI and GDS reliability differed significantly ($p<0.001$): depressiveness was established only in 21 (20.6%) patients according to BDI and even in 46 (45.1%) according to GDS. The correlation of BDI and GDS even though was significant but not strong enough: $r=0.542$, $p<0.001$. GDS had no link to any of the bio-psychosocial indicators, whereas BDI had a link to the age: BDI values were increasing with age ($p=0.031$).

Conclusions. The spread of depressiveness when applying GDS was bigger than that applying BDI. GDS was not related to any of the bio-psychosocial indicators, whereas BDI was related to the age. Therefore, GDS should be suitable for establishing depressiveness not only in elderly patients but also in younger and physically healthier. The link of BDI to the age limits its application for elderly patients.

Keywords: depression, depressiveness, General Practitioner’s practice, Beck depression inventory, geriatric depression scale.