

## ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΟΥ BECK-II ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

*Μαρία Γιαννακού<sup>1</sup>, Παγώνα Ρούσση<sup>1</sup>,  
Μαίρη-Ελένη Κοσμίδου<sup>1</sup>, Γρηγόρης Κιοσέογλου<sup>1</sup>,  
Αραβέλα Αδαμοπούλου<sup>2</sup>, & Γιώργος Γαρούφαλλος<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Βορειοδυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης

**Περίληψη:** Σκοπός μας στην παρούσα έρευνα ήταν να ελέγξουμε τις ψυχομετρικές ιδιότητες της Κλίμακας Κατάθλιψης του Beck-II (BDI-II) και την καταλληλότητά της για τον ελληνικό πληθυσμό. Στην έρευνα συμμετείχαν 267 άτομα που επισκέφθηκαν ένα δημόσιο κέντρο ψυχικής υγείας (ομάδα ασθενών) και 100 φοιτητές. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκαν το BDI-II, άλλες κλίμακες μέτρησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κλίμακες αξιολόγησης του άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το BDI-II έχει πολύ καλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, όπως επίσης και υψηλή εγκυρότητα. Η ανάλυση της παραγοντικής δομής της κλίμακας σε ασθενείς με καταθλιπτικό επεισόδιο ανέδειξε την ύπαρξη δύο παραγόντων, του γνωστικού και του σωματικού/συναισθηματικού, που εξηγούν το 42.54% της συνολικής διακύμανσης. Με βάση την ομάδα των ασθενών, προτάθηκε ως διαχωριστικό όριο η τιμή 17. Οι καλές ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας επιβεβαιώθηκαν και για τον ελληνικό πληθυσμό, καθιστώντας έγκυρη και αξιόπιστη τη χρήση της έτσι όπως έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα.

**Λέξεις κλειδιά:** Beck Depression Inventory-II, Κατάθλιψη, Μέτρηση κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί μία σοβαρή ψυχική νόσο που συχνά δε διαγιγνώσκεται. Πολλά άτομα με κατάθλιψη δε λαμβάνουν την απαραίτητη θεραπεία με συνέπεια να υποφέρουν αναίτια, τόσο τα ίδια όσο και οι οικογένειές τους (Epstein, Duberstein, Feldman, Rochlen, Bell, et al., 2010). Επομένως, είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να διαθέτουν ψυχομετρικά εργαλεία για μια πρώτη εκτίμη-

---

**Διεύθυνση:** Παγώνα Ρούσση, Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 541 24 Θεσσαλονίκη. Τηλ.: 2310-997360. Fax: 2310-997384. E-mail: roussi@psy.auth.gr

ση της εμφάνισης ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Μία από τις γνωστότερες διεθνώς κλίμακες που χρησιμοποιείται σήμερα για την αξιολόγηση της κατάθλιψης είναι η Κλίμακα της Κατάθλιψης του Beck-II (BDI-II, Beck, Steer, & Brown 1996). Η κλίμακα BDI-II αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς με 21 ερωτήσεις για τη μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης για ενήλικες και εφήβους άνω των 13 ετών. Ο εξεταζόμενος καλείται να αξιολογήσει πόσο ισχύει καθεμία από τις 21 ερωτήσεις (η καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί σε ένα σύμπτωμα) λαμβάνοντας υπόψη τη διάθεσή του κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Η συνολική βαθμολογία συνίσταται στο άθροισμα όλων των απαντήσεων, κυμαινόμενη από 0 έως 63 βαθμούς.

Οι ερωτήσεις της δεύτερης έκδοσης της κλίμακας αναπτύχθηκαν από τους κατασκευαστές της με σκοπικό να αξιολογούνται τα συμπτώματα της κατάθλιψης ακολουθώντας τα διαγνωστικά κριτήρια έτσι όπως προτείνονται από την τέταρτη έκδοση του Αμερικάνικου Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994). Σε σύγκριση με την πρώτη έκδοση της κλίμακας, το χρονικό διάστημα για το οποίο ερωτούνται οι συμμετέχοντες επεκτάθηκε στις δύο εβδομάδες, και τέσσερις δηλώσεις (απώλεια βάρους, εικόνα σώματος, ενασχόληση με σωματικά συμπτώματα, και δυσκολίες στην εργασία) αντικαταστάθηκαν από άλλες δηλώσεις (ανησυχία, αναξιότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, και μείωση ενεργητικότητας) στη δεύτερη έκδοση. Οι αλλαγές αυτές είναι συμβατές με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV και βελτιώνουν την εγκυρότητα περιεχομένου της κλίμακας.

Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, όπως στην Ισπανική (Wiebe & Penley, 2005), στην Πορτογαλική (Gorenstein, Andrade, Filho, Tung, & Artes, 1999), στην Ιταλική (Montano & Flebus, 2006), στη Γερμανική (Besier, Goldbeck, & Keller, 2008), στην Ισλανδική (Arnarson, Olason, Smari, & Sigurosson, 2008), στη Βουλγάρικη (Byrne, Baron, & Balev, 1998), στην Τούρκικη (Karci, Uslu, Turkcapar, & Karaoglan, 2008), στην Περσική (Ghassemzadeh, Mojtabai, Karamghadiri, & Ebrahimkhani, 2005), στην Αραβική (Alansari, 2006) και στην Ιαπωνική (Kojima, Furukawa, Takahashi, Kawai, Nagaya, & Tokudome, 2002). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας έχουν επίσης ελεγχθεί σε ειδικούς πληθυσμούς ασθενών που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα προβλήματα, όπως χρόνιο πόνο (Morley, Williams, & Black, 2002), επιληψία (Griffith, Szaflarski, Szaflarski, Kent, Schefft, et al., 2005), κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (Homaifar, Brenner, Gutierrez, Harwood, Thompson, et al., 2009), χρήση ουσιών (Buckley, Parker, & Hegie, 2001. Seignourel, Green, & Schmitz, 2008), εξάρτηση από αλκοόλ (Luty & O'Gara, 2006) και καρδιαγγειακές παθήσεις (Low & Hubley, 2007), καθώς και σε υγιείς πληθυσμούς με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (Carvalho Bos, Pereira, Marques, Maia, Soares, et al., 2009. Leigh & Anthony-

Tolbert, 2001. Rodriguez-Gomez, Davila-Martinez, & Collazo-Rodriguez, 2006. Whisman, Perez, & Ramel, 2000). Στην πλειοψηφία των παραπάνω μελετών η κλίμακα BDI-II βρέθηκε να έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, αναφορικά με τις μετρήσεις αξιολογίας (εσωτερική και επαναληπτικών μετρήσεων) και εγκυρότητας (συγκλίνουσα και αποκλίνουσα). Η βασική διαφοροποίηση των ερευνών αφορά δύο επιμέρους θέματα: τις διαστάσεις της κατάθλιψης, έτσι όπως προκύπτουν από την παραγοντική ανάλυση, και την επιλογή ενός διαχωριστικού ορίου, της κατώτερης δηλαδή τιμής πάνω από την οποία το άτομο θεωρείται ότι έχει κατάθλιψη.

Αναφορικά με την παραγοντική δομή της κλίμακας με εξωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς, οι κατασκευαστές πρότειναν ένα μοντέλο δύο παραγόντων, οι οποίοι φαίνεται να αντιστοιχούν σε διαφορετικές εκφάνσεις της κατάθλιψης (Beck et al., 1996). Συγκεκριμένα, ο πρώτος παράγοντας θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει τη σωματική και συναισθηματική διάσταση της αυτο-αναφερόμενης κατάθλιψης (Σ-Σ). Σε αυτή συμπεριλαμβάνονται, για παράδειγμα, ερωτήσεις για συναισθήματα λύπης και ανηδονία ή για αυξομειώσεις στην όρεξη και στον ύπνο. Ο δεύτερος παράγοντας θεωρείται ότι αντανακλά τη γνωστική διάσταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Γ), εφόσον απαρτίζεται από εκείνες τις ερωτήσεις που αφορούν σκέψεις και πεποιθήσεις, όπως είναι οι ενοχές ή η πεποίθηση ότι το άτομο δεν αξίζει και ότι είναι αποτυχημένο. Σε ομάδα των φοιτητών σχηματίστηκαν πάλι δύο παράγοντες αλλά αυτή τη φορά η συναισθηματική διάσταση της κατάθλιψης αποτέλεσε μέρος ενός παράγοντα με τα γνωστικά συμπτώματα, ενώ η σωματική διάσταση αποτέλεσε έναν ανεξάρτητο παράγοντα (Beck et al., 1996). Έρευνες που ακολούθησαν «επιβεβαίωσαν» την ύπαρξη των τριών αυτών διαστάσεων σε μοντέλα δύο παραγόντων ή και τριών παραγόντων σε ειδικούς πληθυσμούς και χώρες (Arnau, Meagher, Norris, & Bramson, 2001. Carvalho Bos et al., 2009. Vanheule, Desmet, Groenvynck, & Fontaine, 2008). Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις φαίνεται να σχετίζονται κατά ένα μέρος με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υπό μελέτη πληθυσμών (Beck et al., 1996). Οι τρεις ομάδες των συμπτωμάτων της κατάθλιψης φαίνεται να διαφοροποιούνται ως προς τις μεταβλητές με τις οποίες συσχετίζονται (Shafer, 2006. Vanheule et al., 2008). Για παράδειγμα, η γνωστική διάσταση της κατάθλιψης σχετίζεται με αλλαγές στην αυτοβιογραφική μνήμη αλλά όχι η σωματική-συναισθηματική διάσταση (Vanheule et al., 2008). Αντιθέτως, άτομα με κατάθλιψη που χαρακτηρίζονται από αλεξιθυμία έχουν περισσότερα σωματικά-συναισθηματικά συμπτώματα από ότι άτομα χωρίς αλεξιθυμία (Vanheule et al., 2008). Επιπλέον, μερικές έρευνες έχουν δείξει ότι εργαλεία που μετρούν τις διαφορετικές εκφάνσεις της κατάθλιψης δείχνουν μεγαλύτερη ευαισθησία σε αλλαγές που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα θεραπευτικών παρεμβάσεων (Vanheule et al., 2008). Ταυτοχρόνως, η χρήση της συνολικής βαθμολογίας του BDI-II υποστηρίζεται από παραγοντικές αναλύσεις δεύτερου βαθ-

μού, που υποδεικνύουν την ύπαρξη ενός γενικού παράγοντα αξιολόγησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Harris & D'Eon, 2008. Sica & Ghisi, 2007). Επομένως, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε την παραγοντική δομή της κλίμακας στον πληθυσμό στον οποίο χορηγείται η κλίμακα. Στην παρούσα έρευνα διερευνήσαμε την παραγοντική δομή της κλίμακας σε Έλληνες εξωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς και σε Έλληνες φοιτητές.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα για την προσαρμογή μίας κλινικής κλίμακας σε διαφορετικό πληθυσμό από αυτόν για τον οποίο σχεδιάστηκε είναι ο καθορισμός του διαχωριστικού ορίου για διαγνωστική ακρίβεια. Οι Beck et al. (1996) πρότειναν για κατώτερο όριο τη βαθμολογία 14 ως ενδεικτική της καταθλιπτικής διάθεσης. Το παραπάνω όριο στηρίχτηκε σε έρευνα που περιλάμβανε ψυχιατρικούς ασθενείς, με ή χωρίς διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου. Διαφορετικά ωστόσο αποτελέσματα προκύπτουν από έρευνες σε διάφορες χώρες όπου οι τιμές κυμαίνονται από 13 στον Τουρκικό πληθυσμό (Karci et al., 2008) έως 21 στους Ισλανδούς (Arnarson et al., 2008), και σε διαφορετικούς πληθυσμούς στις Η.Π.Α. (Arnau et al., 2001. Carney, Ulmer, Edinger, Krystal, & Knauss, 2009). Στην παρούσα έρευνα στόχος ήταν να οριστεί το διαχωριστικό όριο πάνω από το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ότι ένα άτομο στην Ελλάδα έχει καταθλιπτική διάθεση.

Τέλος, στην παρούσα έρευνα εξετάσαμε τη σχέση δημογραφικών παραγόντων με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, έτσι όπως αυτά αξιολογούνται από το BDI-II. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίζονται θετικά με την ηλικία, την έλλειψη συντρόφου, το γυναικείο φύλο και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Arnau et al., 2001. Karci et al., 2008. Kojima et al., 2002. Kumar, Steer, Teitelman, & Villacis, 2002. Leigh & Anthony-Tolbert, 2001. Vanheule et al., 2008), αν και τα ευρήματα δεν είναι πάντοτε συνεπή (Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998. Harris & D'Eon, 2008. Hunt, Auriemma, & Cashaw, 2003. Lasa, Ayuso-Mateos, Vazquez-Barquero, Diez-Mannique, & Dowrick, 2000. O'Hara, Sprinkle, & Ricci, 1998. Penley, Wiebe, & Nwosu, 2003. Segal, Coolidge, Cahill, & O'Riley, 2008. Steer, Rissmiller, & Beckl, 2000). Και πάλι, τα διαφορετικά αποτελέσματα που προέκυψαν από τις προαναφερθείσες έρευνες για την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών θα μπορούσαν να αποδοθούν στη διαφορετικότητα των πληθυσμών που μελετήθηκαν, αναφορικά κυρίως με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο.

Δεδομένων των παραπάνω διαφορετικών ευρημάτων καθώς και των αναφερόμενων πολιτισμικών διαφορών στην έκφραση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Bernal, Haro, Bernert, Brugha, de Graaf, et al., 2007. Cheung, Lau, & Waldmann, 1980), η αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της ελληνικής μορφής του BDI-II κρίνεται αναγκαία πριν τη χορήγησή της. Όσο γνωρίζουμε, υπάρχει έρευνα για την προσαρμογή της πρώτης έκδοσης του BDI στα Ελληνικά (Τζέμος, 1984), αλλά

δεν υπάρχει έρευνα στην Ελλάδα που να εξετάζει τις ψυχομετρικές ιδιότητες του BDI-II για τους Έλληνες. Αν και στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι η κλίμακα είχε καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, θεωρήσαμε σημαντικό να γίνει η προσαρμογή της δεύτερης έκδοσης, η οποία είναι συνεπής με τον πιο πρόσφατο τρόπο κατανόησης της κατάθλιψης (Beck et al., 1996). Ο πρώτος, λοιπόν, στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση της εσωτερικής συνέπειας και της εννοιολογικής εγκυρότητας της κλίμακας (παραγοντική δομή, συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα). Επίσης, διερευνήσαμε την κατώτατη κρίσιμη τιμή της κλίμακας που θα αποτελεί ένδειξη καταθλιπτικής διάθεσης, συνεκτιμώντας τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια και ευαισθησία της συγκεκριμένης τιμής. Τέλος, ελέγξαμε τη σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως μετριοούνται από την κλίμακα BDI-II, και των δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, και το μορφωτικό επίπεδο. Προηγούμενες έρευνες στην Ελλάδα έχουν δείξει ότι συγκεκριμένες υποομάδες γυναικών, όπως είναι οι γυναίκες που ζουν σε αγροτικές περιοχές ή οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, βιώνουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Πατεράκη & Ρούση, 2011). Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκαν οι παραπάνω σχέσεις χωριστά για την ομάδα των ασθενών (αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και την εκπαίδευση) και την ομάδα των φοιτητών (αναφορικά με το φύλο μόνο, καθώς δεν υπάρχει ανομοιογένεια στην ηλικία και στο μορφωτικό επίπεδο). Η έρευνα βασίστηκε σε δύο δείγματα, κλινικό και φοιτητικό, σύμφωνα με τις ομάδες στις οποίες βασίστηκε η κατασκευή της κλίμακας (Beck et al., 1996).

## ΜΕΘΟΔΟΣ

### *Συμμετέχοντες και Διαδικασία*

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν δύο ομάδες συμμετεχόντων: Μία ομάδα 267 ασθενών που επισκέφθηκαν ένα κέντρο ψυχικής υγείας (ομάδα ασθενών) και μία ομάδα 100 πρωτοετών προπτυχιακών φοιτητών (ομάδα φοιτητών). Συγκατάθεση μετά από περιγραφή της έρευνας ζητήθηκε και από τις δύο ομάδες. Τριάντα επτά φοιτητές συμπλήρωσαν την κλίμακα BDI-II για δεύτερη φορά με χρονική απόσταση μιας εβδομάδας. Οι φοιτητές δε γνώριζαν ότι θα τους χορηγηθεί και πάλι η κλίμακα ώστε να αποκλειστεί το ενδεχόμενο να απομνημονεύσουν τις απαντήσεις τους. Στους φοιτητές χορηγήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: Η κλίμακα BDI-II, η Κλίμακα Άγχους του Beck [Beck's Anxiety Inventory (BAI), Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988], η υποκλίμακα κατάθλιψης της Λίστας Συμπτωμάτων-90 [Symptom-Checklist 90-Revised (SCL-90), Derogatis, 1992], η υποκλίμακα κατάθλιψης της Κλίμακας Εκτί-

μησης της Ψυχολογικής Διάθεσης [Profile of Mood States-Depression (POMS-D), McNair, Lorr, & Droppleman, 1992] και το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger [State-Trait Anxiety Scale (STAI-Gr), Spielberger, 1983]. Στον Πίνακα 1 παρατίθενται περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, χωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των δύο ομάδων**

Ομάδα	Ηλικία	Μορφωτικό επίπεδο (έτη)	Αναλογία φύλου
	<i>M.O. (T.A.)</i> Ελάχιστο/Μέγιστο	<i>M.O. (T.A.)</i> Ελάχιστο/Μέγιστο	Γυναίκες/άνδρες
Ασθενείς ( <i>N</i> = 267)	38.99 (11.48) 18-74	11.61 (3.12) 0-16	75%/ 25%
Φοιτητές ( <i>N</i> = 100)	20.34 (3.70) 18-35	13.75 (1.33) 13-18	91%/ 9%

Από τα 267 άτομα της ομάδας των ασθενών, τα 162 άτομα είχαν διαγνωσθεί με καταθλιπτικό επεισόδιο, ανεξαρτήτως της κύριας διάγνωσης τους, μέσω ψυχιατρικής διαγνωστικής συνέντευξης. Με βάση τη διάγνωση του καταθλιπτικού επεισοδίου, η ομάδα των ασθενών χωρίστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας σε δύο υποομάδες: Σε ασθενείς με καταθλιπτικό επεισόδιο (*N* = 162) και σε ασθενείς χωρίς καταθλιπτικό επεισόδιο (*N* = 105). Βρέθηκε ότι η ομάδα των ασθενών με καταθλιπτικό επεισόδιο είχε μεγαλύτερη ηλικία,  $t(265) = 3.82, p < .01$ , και χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο,  $t(260) = 3.48, p < .01$ , από την υποομάδα των ασθενών χωρίς καταθλιπτικό επεισόδιο. Επίσης, διέφεραν ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση,  $\chi^2(3) = 12.405, p < .01$ , με τους άγαμους να είναι λιγότερο πιθανόν να έχουν καταθλιπτικό επεισόδιο από ότι οι έγγαμοι και οι διαζευγμένοι. Τέλος, η διαφορά ως προς το φύλο ήταν οριακή,  $\chi^2(1) = 2.67, p = .07$ , με τις γυναίκες να υπερεκπροσωπούνται στην ομάδα των ασθενών με καταθλιπτικό επεισόδιο. Στον Πίνακα 2 παρατίθενται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση και το φύλο των ασθενών, χωριστά για την υποομάδα των ασθενών με καταθλιπτικό επεισόδιο και της ομάδας των υπόλοιπων ασθενών.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι διαγνώσεις των ασθενών στον Άξονα I του DSM-IV. Από το σύνολο των 267 ατόμων της ομάδας των ασθενών, 25 άτομα δεν είχαν διάγνωση στον Άξονα I του DSM-IV, δηλαδή είχαν προσέλθει στο Κέντρο είτε λόγω κάποιας διαταραχής προσωπικότητας είτε λόγω ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

**Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με και χωρίς καταθλιπτικό επεισόδιο**

	Ασθενείς με ΚΕ	Ασθενείς χωρίς ΚΕ
<b>Ηλικία</b>		
Μ.Ο. (Τ.Α.)	41.09 (11.36)	35.73 (10.94)
<b>Μορφωτικό επίπεδο (έτη)</b>		
Μ.Ο. (Τ.Α.)	11.12 (3.38)	12.37 (2.50)
<b>Αναλογία φύλου</b>		
Γυναίκες	78.4%	69.5%
Άνδρες	21.6%	30.5%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Άγαμοι	25.3%	45.7%
Έγγαμοι	56.2%	42.9%
Άλλο (διαζευγμένοι & χήροι)	18.5%	11.4%

**Σημείωση:** ΚΕ = Καταθλιπτικό επεισόδιο

Σε όλα τα άτομα που προσέρχονται στο συγκεκριμένο κέντρο ψυχικής υγείας χορηγείται μια συστοιχία ψυχομετρικών εργαλείων για την αξιολόγηση ψυχολογικών προβλημάτων. Σε αυτά προστέθηκε το BDI-II. Για την παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck-II, το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger, η υποκλίμακα νευρωτισμού του Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας Ενηλίκων του Eysenck [Eysenck Personality Questionnaire-Neuroticism, (E.P.Q.-N), H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck, 1975] και η υποκλίμακα κατάθλιψης από τη Λίστα Συμπτωμάτων-90.

**Πίνακας 3. Συχνότητα διαγνώσεων των ασθενών στον Άξονα I**

Διαγνωστική κατηγορία	N
Σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις	8
Αγχώδεις διαταραχές	82
Διαταραχές διάθεσης	165
Σωματόμορφες διαταραχές	13
Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής	8
Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά στη βρεφονηπιακή, παιδική ή εφηβική ηλικία	8
Διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες	16
Σεξουαλικές διαταραχές και διαταραχές της ταυτότητας φύλου	10
Διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων μη ταξινομούμενες αλλού	3
Διαταραχές προσαρμογής	8

**Σημείωση:** Το κάθε άτομο μπορεί να είχε περισσότερες από μια διάγνωση

## **Εργαλεία**

### *Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck-II*

Η *Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck-II* (Beck Depression Inventory-II, Beck et al., 1996) χρησιμοποιήθηκε με άδεια του κατασκευαστή της κλίμακας, Aaron Beck, σε δύο από τους συγγραφείς (Κοσμίδου και Ρούσση), οι οποίες μετέφρασαν την κλίμακα στα Ελληνικά. Το BDI-II αποτελεί μια αυτο-χορηγούμενη κλίμακα για τη μέτρηση της βαρύτητας της καταθλιπτικής διάθεσης σε ενήλικες και εφήβους. Αποτελείται από 21 θέματα-ερωτήσεις που αφορούν συμπτώματα. Τη βαρύτητα ή συχνότητα των συμπτωμάτων αυτών καλείται να αξιολογήσει ο εξεταζόμενος με βάση μια τετράβαθμη κλίμακα (όπου το «0» αντιστοιχεί στην έλλειψη του συμπτώματος και το «3» στην ύπαρξη του συμπτώματος με μεγάλη ένταση). Ο εξεταζόμενος καλείται να σημειώσει σε κάθε ερώτηση, εκείνη τη βαθμίδα της κλίμακας απάντησης που τον αντιπροσωπεύει καλύτερα. Η συνολική βαθμολογία κάθε ατόμου προέρχεται από το άθροισμα όλων των απαντήσεων.

### *Υποκλίμακα Κατάθλιψης της Κλίμακας Εκτίμησης της Ψυχολογικής Διάθεσης*

Χορηγήθηκε η *Υποκλίμακα Κατάθλιψης της Κλίμακας Εκτίμησης της Ψυχολογικής Διάθεσης* (Profile of Mood States-Depression, McNair et al., 1992), όπως προσαρμόστηκε στα Ελληνικά από τη Ρούσση (2012). Η υποκλίμακα της κατάθλιψης αποτελείται από 15 ερωτήσεις που απαντώνται σε μία πεντάβαθμη κλίμακα, από το 0 έως το 4, όπου το «0» αντιστοιχεί στην πλήρη απουσία του συμπτώματος ή της περιγραφόμενης κατάστασης και το «4» στην καθολική συμφωνία του εξεταζόμενου ότι τον/τη χαρακτηρίζει η εκάστοτε δήλωση πλήρως. Οι ερωτήσεις αξιολογούν την καταθλιπτική διάθεση για την τελευταία εβδομάδα και την αίσθηση της προσωπικής ανεπάρκειας όπως ορίζεται μέσα από αισθήματα ενοχής, αναξιοσύνης, λύπης, συναισθηματικής απομόνωσης και ματαιότητας. Όσον αφορά την αξιοπιστία της POMS-D, τα δεδομένα αυτής της έρευνας έδειξαν υψηλή εσωτερική συνέπεια της υποκλίμακας ( $\alpha = .91$ ).

### *Υποκλίμακα Κατάθλιψης της Λίστας Συμπτωμάτων-90*

Χρησιμοποιήθηκε η *Υποκλίμακα Κατάθλιψης της Λίστας Συμπτωμάτων-90* (Symptom-Checklist 90-Revised, Derogatis, 1992, προσαρμογή στα Ελληνικά: Ντώνιας, Καραστεργίου, & Μάνος, 1991). Η υποκλίμακα αποτελείται από 13 ερωτήσεις στις οποίες ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει σε μία πεντάβαθμη κλίμακα το



βαθμό στον οποίο τον ενόχλησε το κάθε σύμπτωμα στη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Οι απαντήσεις κυμαίνονται από το «καθόλου» έως το «πάρα πολύ». Τα άτομα που συγκεντρώνουν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης φαίνεται να νιώθουν έντονη στενοχώρια και θλίψη, μοναξιά και αναξιότητα, απαισιοδοξία για το μέλλον και αδιαφορία για δραστηριότητες που προηγουμένως τους ευχαριστούσαν. Με βάση τα δεδομένα αυτής της έρευνας η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας ήταν υψηλή ( $\alpha = .88$ ).

#### *Το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger*

Το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Scale, Spielberger, 1983, προσαρμογή στα Ελληνικά: Λιάκος & Γιαννίτης, 1984) βασίζεται στο διαχωρισμό του άγχους ως κατάστασης (STAI-State) από το άγχος ως γενικότερο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (STAI-Trait). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό («καθόλου», «κάπως», «μέτρια» και «πάρα πολύ») στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πώς αισθάνεται το άτομο στο παρόν (άγχος ως κατάσταση) και τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντιούνται με βάση πώς αισθάνεται γενικά το άτομο (άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας). Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας έδειξαν χαμηλή εσωτερική συνέπεια και για τις δύο μορφές της κλίμακας (State:  $\alpha = .49$ , Trait:  $\alpha = .59$ ).

#### *Κλίμακα Άγχους του Beck*

Η Κλίμακα Άγχους του Beck (Beck's Anxiety Inventory, Beck et al., 1988) χρησιμοποιήθηκε με την άδεια του κατασκευαστή της κλίμακας, Aaron Beck, που δόθηκε σε δύο από τους συγγραφείς (Ρούσση και Κοσμίδου). Οι συγγραφείς αυτές μετέφρασαν την κλίμακα στα Ελληνικά. Η κλίμακα ΒΑΙ αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς με 21 ερωτήσεις για την αξιολόγηση της βαρύτητας του άγχους. Από τις 21 ερωτήσεις, οι 14 αφορούν σωματικά συμπτώματα και οι υπόλοιπες επτά αφορούν πεποιθήσεις ή απόψεις που συνδέονται με την υποκειμενική αντίληψη του άγχους και του πανικού. Ο εξεταζόμενος καλείται να αξιολογήσει σε μια τετράβαθμη κλίμακα (από «καθόλου» μέχρι «πολύ») το βαθμό στον οποίο τον ενόχλησαν τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Η βαθμολογία προέρχεται από το άθροισμα των απαντήσεων στις 21 ερωτήσεις. Η μέγιστη βαθμολογία είναι το 63, που αντιπροσωπεύει το υψηλότερο επίπεδο άγχους. Η κλίμακα ΒΑΙ μεταφράστηκε για την παρούσα μελέτη, καθώς δεν υπάρχει προηγούμενη προσαρμογή και στάθμιση της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό. Για λόγους περαι-

τέρω διερεύνησης της κλίμακας, η κλίμακα BAI χορηγήθηκε επαναληπτικά στην ομάδα των φοιτητών (σε σύνολο 35 φοιτητών), μία εβδομάδα μετά την πρώτη χορήγηση. Με βάση τα δεδομένα της ομάδας των φοιτητών, η εσωτερική συνέπεια ήταν υψηλή και στην πρώτη,  $\alpha = .92$ , και στη δεύτερη χορήγηση,  $\alpha = .94$ . Επίσης, ο συντελεστής συσχέτισης των δύο επαναληπτικών μετρήσεων ήταν υψηλός,  $r = .82$ ,  $p < .001$ .

### *Κλίμακα Νευρωτισμού*

Η Κλίμακα Νευρωτισμού του Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας Ενηλίκων του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire-Neuroticism, H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck, 1975. Προσαρμογή στα Ελληνικά: Δημητρίου, 1986) αποτελείται από 22 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αξιολογούν τη συναισθηματική αστάθεια του ατόμου και την τάση του να αναπτύσσει νευρωτική συμπτωματολογία κάτω από συνθήκες στρες, στοιχεία που ενδεχομένως παρακωλύουν την καθημερινή λειτουργικότητά του. Κάθε ερώτηση απαντάται με «ναι» ή «όχι». Οι υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα νευρωτισμού χαρακτηρίζουν άτομα αγχώδη, που στενοχωριούνται εύκολα, είναι συχνά θλιμμένα και παραπονιούνται συνεχώς για διάφορες ψυχοσωματικές διαταραχές (H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck, 1975). Στον ελληνικό πληθυσμό, η κλίμακα έχει βρεθεί ότι έχει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια,  $\alpha = .77$  έως  $.83$  (Αλεξόπουλος, 2012).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### *Εσωτερική αξιοπιστία*

Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας στο BDI-II για την ομάδα των ασθενών ήταν 21.03 ( $T.A. = 12.57$ , Εύρος = 0-56) και για την ομάδα των φοιτητών 10.94 ( $T.A. = 7.68$ , Εύρος = 0-55). Στον Πίνακα 4 παρατίθενται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις, το ποσοστό των ατόμων που βαθμολόγησαν την κάθε ερώτηση του BDI-II με τους αριθμούς 1, 2, ή 3 καθώς και οι συσχετίσεις κάθε ερώτησης του BDI-II με τη συνολική βαθμολογία για την ομάδα των ασθενών. Ο Πίνακας 5 παραθέτει τις αντίστοιχες τιμές για την ομάδα των φοιτητών. Η τιμή εσωτερικής συνέπειας  $\alpha$  του Cronbach ήταν υψηλή τόσο για την ομάδα των ασθενών,  $\alpha = .85$ , όσο και για την ομάδα των φοιτητών,  $\alpha = .92$ .

Σε σχέση με τις ερωτήσεις για τις αλλαγές στον ύπνο ή στην όρεξη, από την ομάδα των ασθενών, το 26.2% των ατόμων ανέφερε ότι κοιμάται περισσότερο από ότι

συνήθως, ενώ το 50.2% ότι κοιμάται λιγότερο. Επίσης, το 28.5% ανέφερε ότι έχει λιγότερη όρεξη και το 34.1% περισσότερη όρεξη από ότι συνήθως. Αντιστοίχως, στην ομάδα των φοιτητών, το 41% των ατόμων ανέφερε ότι κοιμάται περισσότερο από ότι συνήθως, ενώ το 35% ανέφερε ότι κοιμάται λιγότερο· το 23% ανέφερε ότι έχει λιγότερη όρεξη και το 28% περισσότερη όρεξη από ότι συνήθως.

**Πίνακας 4. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία και οι συσχετίσεις κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία στο BDI-II για την ομάδα των ασθενών**

Σύμπτωμα	Μ.Ο.	Τ.Α.	%	$r_{\text{tot}}$
1. Λύπη	1.11	0.86	77	.64
2. Απαισιοδοξία	1.21	1.02	69	.55
3. Αποτυχία	1.04	0.99	61	.66
4. Μείωση απόλαυσης	1.17	0.95	74	.62
5. Ενοχή	0.85	0.87	60	.49
6. Τιμωρία	0.87	1.06	53	.54
7. Αυτο-αντιπάθεια	0.97	0.87	67	.61
8. Αυτοκριτική	0.91	0.99	56	.56
9. Σκέψεις αυτοκτονίας	0.36	0.66	28	.51
10. Κλάμα	1.01	1.05	58	.53
11. Ανησυχία	1.00	0.98	65	.53
12. Απώλεια ενδιαφέροντος	0.95	0.94	62	.68
13. Αναποφασιστικότητα	1.13	1.04	66	.64
14. Αναξιότητα	0.69	0.87	45	.66
15. Μείωση ενεργητικότητας	0.96	0.87	65	.65
16. Αλλαγές στον ύπνο	1.31	1.02	76	.52
17. Εκνευρισμός	0.90	0.92	60	.55
18. Αλλαγές στην όρεξη	1.13	1.11	62	.47
19. Δυσκολία συγκέντρωσης	1.13	0.87	74	.65
20. Κούραση ή κόπωση	1.12	0.85	74	.63
21. Μείωση ενδιαφέροντος για σεξ	1.26	1.17	64	.49

*Σημείωση:*  $N = 267$ . % = το συνολικό ποσοστό για απαντήσεις 1, 2 και 3.

#### **Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων**

Η κλίμακα BDI-II χορηγήθηκε επαναληπτικά μετά από μία εβδομάδα σε 35 φοιτητές. Σε αυτό το δείγμα των 35 φοιτητών η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας ήταν επίσης υψηλή,  $\alpha = .94$ . Ο συντελεστής συσχέτισης των δύο επαναληπτικών μετρήσεων ήταν πολύ υψηλός,  $r = .89, p < .001$ .

**Πίνακας 5. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία και οι συσχετίσεις κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία στο BDI-II για την ομάδα των φοιτητών**

Σύμπτωμα	M.O.	T.A.	%	$r_{\text{tot}}$
1. Λύπη	0.50	0.64	44	.58
2. Απαισιοδοξία	1.06	0.98	57	.25
3. Αποτυχία	0.27	0.58	21	.43
4. Μείωση απόλαυσης	0.45	0.66	37	.35
5. Ενοχή	0.51	0.67	42	.42
6. Τιμωρία	0.31	0.63	24	.40
7. Αυτο-αντιπάθεια	0.35	0.61	29	.61
8. Αυτοκριτική	0.53	0.78	36	.46
9. Σκέψεις αυτοκτονίας	0.21	0.48	19	.55
10. Κλάμα	0.81	1.11	43	.38
11. Ανησυχία	0.57	0.81	43	.34
12. Απώλεια ενδιαφέροντος	0.36	0.67	27	.55
13. Αναποφασιστικότητα	0.68	1.02	39	.38
14. Αναξιότητα	0.23	0.51	19	.43
15. Μείωση ενεργητικότητας	0.44	0.62	37	.41
16. Αλλαγές στον ύπνο	1.06	0.84	76	.45
17. Εκνευρισμός	0.47	0.61	42	.43
18. Αλλαγές στην όρεξη	0.68	0.80	51	.44
19. Δυσκολία συγκέντρωσης	0.74	0.84	51	.48
20. Κούραση ή κόπωση	0.48	0.67	39	.34
21. Μείωση ενδιαφέροντος για σεξ	0.22	0.56	16	.43

*Σημείωση:*  $N = 100$ . % = το συνολικό ποσοστό για απαντήσεις 1, 2 και 3.

### Συγκλίνουσα εγκυρότητα

Όσον αφορά την ομάδα των ασθενών, η συνολική βαθμολογία στο BDI-II βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την υποκλίμακα της κατάθλιψης του SCL-90,  $r = .78$ , με τις δύο υποκλίμακες του STAI-Gr, STATE:  $r = .69$  και TRAIT:  $r = .66$ , και με την υποκλίμακα νευρωτισμού του EPQ,  $r = .58$ . Όσον αφορά την ομάδα των φοιτητών, η συνολική βαθμολογία στο BDI-II βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την υποκλίμακα κατάθλιψης του SCL-90,  $r = .80$ , την υποκλίμακα κατάθλιψης του POMS,  $r = .73$ , το BAI,  $r = .65$ , και με τις δύο υποκλίμακες του STAI-Gr, STATE:  $r = .71$  και TRAIT:  $r = .75$ . Στον Πίνακα 6 φαίνονται οι συσχετίσεις του BDI-II με τις παραπάνω κλίμακες ή υποκλίμακες, χωριστά για τις δύο ομάδες.

Χρησιμοποιώντας το δείκτη σύγκρισης συντελεστών συνάφειας (Steiger's  $z$ ) βρή-

καμε ότι ο δείκτης συνάφειας του BDI-II με το SCL-90 στους ασθενείς ήταν στατιστικώς οριακά μεγαλύτερος από ότι ο δείκτης συνάφειας του BDI-II με τις κλίμακες άγχους (STAI & BAI). Οι διαφορές ήταν προς την αναμενόμενη κατεύθυνση, STATE:  $z = 1.68, p < .05$ , TRAIT:  $z = 1.61, p = .05$ . Για τους φοιτητές χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συνάφειας του BDI με το SCL-90 ως μέτρο σύγκρισης. Ο συντελεστής συνάφειας με την Κλίμακα Άγχους του Beck ήταν οριακά μικρότερος,  $z = 1.61, p = .05$ , καθώς και αυτός με την υποκλίμακα STAI-STATE,  $z = 1.61, p = .05$ . Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές από το συντελεστή συνάφειας με την υποκλίμακα STAI-TRAIT.

*Πίνακας 6. Συσχετίσεις μεταξύ του BDI-II και άλλων ερωτηματολογίων*

	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Ομάδα ασθενών</b>			
Υποκλίμακα Κατάθλιψης του SCL-90	47	.78	< .001
Υποκλίμακα STATE του STAI-GR	261	.69	< .001
Υποκλίμακα TRAIT του STAI-GR	261	.66	< .001
Υποκλίμακα «Νευρωτισμός» EPO	24	.58	< .01
<b>Ομάδα φοιτητών</b>			
Υποκλίμακα Κατάθλιψης του SCL-90	96	.80	< .001
Υποκλίμακα POMS	96	.73	< .001
BAI	100	.65	< .001
Υποκλίμακα STATE του STAI-GR	94	.71	< .001
Υποκλίμακα TRAIT του STAI-GR	95	.75	< .001

### *Παραγοντική ανάλυση*

Προκειμένου να διερευνηθεί η παραγοντική δομή του BDI-II, διενεργήθηκε ανάλυση κυρίων συνιστωσών στην ομάδα των ασθενών με διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου ( $N = 162$ ).

*Ομάδα ασθενών με κατάθλιψη.* Τα δειγματικά δεδομένα ήταν κατάλληλα για να εφαρμοστεί ανάλυση κυρίων συνιστωσών σύμφωνα με τον έλεγχο Kaiser-Meyer-Olkin (.89). Επίσης, οι συσχετίσεις μεταξύ των 21 μεταβλητών ήταν σημαντικές σε μέγεθος και ενδεικνύονται για περαιτέρω παραγοντική διερεύνηση σύμφωνα με τον έλεγχο σφαιρικότητας του Bartlett,  $\chi^2(210) = 1194.28, p < .001$ . Σύμφωνα με το κριτήριο των ιδιοτιμών ( $\lambda > 1$  κατά τον έλεγχο του Cattel), προέκυψαν τέσσερις παράγοντες με τις εξής κατά σειρά ιδιοτιμές: 7.25, 1.68, 1.24 και 1.04. Ωστόσο, η εξέταση του διαγράμματος των ιδιοτιμών (screeplot), έδειξε ότι θα πρέπει να ερμηνευτούν οι δύο πρώτοι παράγοντες που ερμηνεύουν συνολικά το 42.54% της συνολικής διακύμανσης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε και με τη χρήση της μεθόδου

της παράλληλης ανάλυσης (Horn, 1965). Για τις αρχικές εταιρικότητες κάθε ερώτησης εφαρμόστηκε περιστροφή Promax, η οποία ενδείκνυται για περιπτώσεις στις οποίες αναμένεται συσχέτιση ανάμεσα στους παράγοντες που προκύπτουν. Επίσης, επιλέχθηκε ως όριο να είναι οι φορτίσεις στον κάθε παράγοντα ίσες ή μεγαλύτερες του .30 (Tabachnick & Fidell, 2007), προκειμένου να αποφασιστεί εάν μια ερώτηση ανήκει ή όχι σε έναν παράγοντα. Στον Πίνακα 7 φαίνονται οι αλληλοσυσχετίσεις όλων των ερωτήσεων του BDI-II και στον Πίνακα 8 οι φορτίσεις για κάθε παράγοντα και οι εταιρικότητες κάθε ερώτησης. Με βάση τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης από την ομάδα των ασθενών με κατάθλιπτικό επεισόδιο, δημιουργήσαμε δύο νέες μεταβλητές-δείκτες που αντιστοιχούν στο μέσο όρο των ερωτήσεων που φορτίζουν στο γνωστικό,  $\alpha = .82$ , ή στο σωματικό/συναισθηματικό,  $\alpha = .87$ , παράγοντα.

Η παραγοντική δομή που προέκυψε από την ανάλυση κύριων συνιστωσών ελέγχθηκε με εφαρμογή επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων χρησιμοποιώντας το στατιστικό λογισμικό Mplus 5 (L. K. Muthén & B. O. Muthén, 1998-2007) με μέθοδο εκτίμησης αυτήν της ανθεκτικής μέγιστης πιθανοφάνειας MLR. Ο λόγος που προτιμήθηκε η MLR αντί της συνηθισμένης μεθόδου μέγιστης πιθανοφάνειας ML είναι ότι, επειδή τα ερωτήματα απαντώνται σε κλίμακα τεσσάρων σημείων, κάποια από αυτά δεν πληρούσαν τα κριτήρια κύρωσης και λοξότητας της κανονικής κατανομής. Τα αποτελέσματα ήταν  $\chi^2 = 225.970$ ,  $df = 184$ ,  $p = .019$ , CFI = .956, TLI = .950, SRMR = .054, RMSEA = .038 (90% C.I.: .016, .053), αφού προηγουμένως αφέθηκαν να συσχετιστούν ελεύθερα τα σφάλματα των ερωτήσεων 20 με 15, 2 με 3, 8 με 6 και 8 με 7 (βλ. Πίνακα 4) επειδή εμφάνιζαν σημαντικό βαθμό αλληλοεπικάλυψης του περιεχομένου τους (Byrne, 2012, σ. 106). Σύμφωνα με τους Hu και Bentler (1999), τιμές για τους δείκτες CFI και TLI κοντά στο .95 υποδηλώνουν καλή προσαρμογή του μοντέλου στα εμπειρικά δεδομένα. Οι ίδιοι θεωρούν ότι τιμές του δείκτη RMSEA μικρότερες του .06 και τιμές του δείκτη SRMR μικρότερες του .08 υποδηλώνουν επίσης καλή προσαρμογή. Οι τυποποιημένες φορτίσεις στον πρώτο παράγοντα εκτείνονται από .485 έως .684 ενώ στο δεύτερο παράγοντα από .469 έως .755 και είναι όλες στατιστικώς σημαντικές,  $p < .001$ . Από τα παραπάνω αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι το μοντέλο προσαρμόζεται καλώς στα ερευνητικά δεδομένα και συνεπώς επιβεβαιώνεται η παραγοντική δομή του με τους δύο συσχετιζόμενους παράγοντες.

Εφαρμόζοντας τον έλεγχο *t*-test για συζευγμένα δείγματα για την ομάδα των ασθενών με κατάθλιψη, προέκυψε ότι οι ασθενείς με καταθλιπτικό επεισόδιο συγκέντρωναν μεγαλύτερη βαθμολογία στο σωματικό/συναισθηματικό δείκτη ( $M.O. = 1.31$ ,  $T.A. = .60$ ) από ότι στο γνωστικό ( $M.O. = 1.03$ ,  $T.A. = .61$ ),  $t(161) = -6.78$ ,  $p < .001$ .

Πίνακας 7. Αλληλουσχετίσεις των ερωτήσεων της κλίμακας BDI-II για τους ασθενείς με διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου

Ερώτηση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1. Λύπη	1.0																					
2. Απαισιοδοξία	.29**	1.0																				
3. Περιαρμένη αποτυχία	.28**	.54**	1.0																			
4. Μείωση απόλασης	.34**	.48**	.37**	1.0																		
5. Ενοχή	.20**	.28**	.41**	.15	1.0																	
6. Αίσθημα τιμωρίας	.29**	.30**	.29**	.24**	.38**	1.0																
7. Αυτο-αντιπάθεια	.21**	.33**	.48**	.33**	.41**	.21**	1.0															
8. Αυτοκριτική	.24**	.31**	.36**	.24**	.24**	.43**	.45**	1.0														
9. Σκέψεις ή επιθυμία αυτοκτονίας	.37**	.21**	.34**	.17*	.30**	.18*	.22**	.30**	1.0													
10. Κλάμα	.30**	.16*	.23**	.35**	.13	.24**	.19*	.33**	.13	1.0												
11. Ανησυχία	.39**	.20**	.27**	.28**	.23**	.34**	.25**	.19*	.32**	.25**	1.0											
12. Απόλυτα ενδιαφέροντος	.51**	.39**	.40**	.43**	.25**	.34**	.34**	.29**	.34**	.26**	.31**	.26**	1.0									
13. Αποφασιστικότητα	.30**	.32**	.43**	.32**	.29**	.20**	.32**	.22**	.21**	.26**	.26**	.35**	1.0									
14. Αναξιοσύνη	.38**	.44**	.49**	.34**	.46**	.38**	.46**	.40**	.32**	.25**	.31**	.47**	.39**	1.0								
15. Μείωση ενεργητικότητας	.42**	.30**	.39**	.40**	.28**	.24**	.26**	.27**	.34**	.35**	.29**	.49**	.35**	.45**	1.0							
16. Αλλαγές στον ύπνο	.27**	.27**	.28**	.37**	.20**	.08	.15	.15	.21**	.35**	.26**	.37**	.28**	.23**	.29**	1.0						
17. Ενεργησιμός	.37**	.20**	.25**	.23**	.24**	.39**	.26**	.25**	.17*	.34**	.37**	.27**	.26**	.27**	.24**	1.0						
18. Αλλαγές στην όρεξη	.29**	.14	.19*	.27**	.08	.22**	.18*	.13	.10	.23**	.21**	.26**	.38**	.20**	.29**	.35**	1.0					
19. Δυσκολία συγκέντρωσης	.37**	.24**	.42**	.42**	.28**	.23**	.27**	.27**	.29**	.32**	.32**	.36**	.44**	.44**	.50**	.31**	.30**	.35**	1.0			
20. Κούραση ή κόπωση	.39**	.34**	.39**	.45**	.11	.21**	.29**	.20**	.30**	.35**	.26**	.48**	.42**	.36**	.59**	.44**	.31**	.34**	.41**	1.0		
21. Μείωση ενδιαφέροντος σεξ	.38**	.26**	.38**	.24**	.16*	.23**	.16*	.12	.22**	.25**	.23**	.42**	.34**	.30**	.38**	.29**	.27**	.38**	.39**	.41**	1.0	

Σημείωση:  $N = 162$ . \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

**Πίνακας 8. Ανάλυση κύριων συνιστωσών με περιστροφή τύπου Promax και εταιρικότητες ( $h^2$ ) κάθε ερώτησης για την ομάδα των ασθενών με καταθλιπτικό επεισόδιο**

Ερώτηση	Παράγοντας I	Παράγοντας II	$h^2$
1. Λύπη	.58		.42
2. Απαισιοδοξία		.51	.37
3. Περσασμένη αποτυχία		.60	.52
4. Μείωση απόλαυσης	.55		.40
5. Ενοχή		.83	.53
6. Αίσθημα τιμωρίας		.59	.36
7. Αυτο-αντιπάθεια		.73	.47
8. Αυτοκριτική		.78	.49
9. Σκέψεις ή επιθυμία αυτοκτονίας		.40	.26
10. Κλάμα	.55		.31
11. Ανησυχία	.33		.27
12. Απώλεια ενδιαφέροντος	.55		.49
13. Αναποφασιστικότητα	.49		.38
14. Αναξιότητα		.67	.57
15. Μείωση ενεργητικότητας	.63		.50
16. Αλλαγές στον ύπνο	.70		.39
17. Εκνευρισμός	.40		.28
18. Αλλαγές στην όρεξη	.74		.39
19. Δυσκολία συγκέντρωσης	.58		.46
20. Κούραση ή κόπωση	.81		.58
21. Μείωση ενδιαφέροντος για σεξ	.70		.42
Ιδιοτιμές	7.25	1.68	8.93
<b>Συσχέτιση μεταξύ των Παραγόντων</b>			
Παράγοντας I	1.00		
Παράγοντας II	.59	1.00	

**Σημείωση:** Εμφανίζονται μόνο οι φορτίσεις  $\geq .30$

### **Εγκυρότητα με βάση το εξωτερικό κριτήριο**

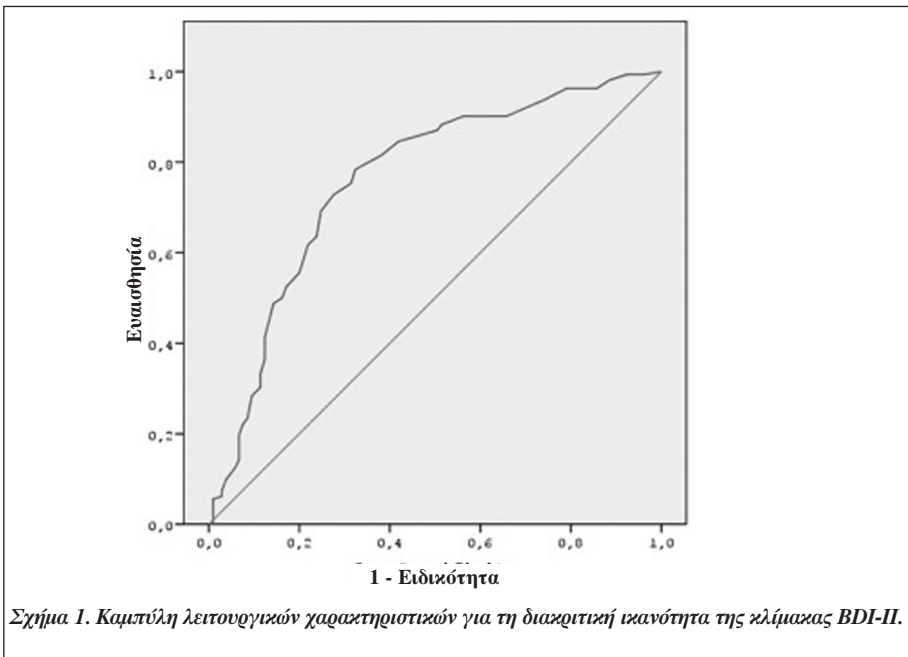
Όπως προαναφέρθηκε, η ομάδα των ασθενών χωρίστηκε σε αυτούς που είχαν τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (ανεξαρτήτως βασικής διάγνωσης και βαρύτητας του επεισοδίου) και σε εκείνους που δεν είχαν αξιολογήσιμη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς με διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο BDI-II,  $t(265) = 7.26, p < .001$ .

### **Εκτίμηση της διακριτικής ικανότητας και επιλογή του βέλτιστου διαχωριστικού ορίου**

Η εκτίμηση της διακριτικής ικανότητας της κλίμακας BDI-II προήλθε από την καμπύλη λειτουργικών χαρακτηριστικών σε ένα δείγμα απόμων που χωριζόταν σε δύο



ομάδες: μία ομάδα αποτελούσαν οι ασθενείς με διαγνωσμένο καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ τη δεύτερη ομάδα αποτέλεσαν οι υπόλοιποι ασθενείς χωρίς διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου. Στο Σχήμα 1, ο άξονας y δείχνει την ευαισθησία της κλίμακας (την πιθανότητα ένα άτομο να διαγνωσθεί με κατάθλιψη όταν έχει κατάθλιψη) και ο άξονας x (1 μείον) την ειδικότητα (την πιθανότητα το άτομο να μην έχει κατάθλιψη και να διαγνωσθεί λανθασμένα με κατάθλιψη). Η επιφάνεια κάτω από την καμπύλη είναι ένας δείκτης της διαγνωστικής ακρίβειας της κλίμακας. Στην προκειμένη περίπτωση η ακρίβεια της κλίμακας ήταν ικανοποιητική,  $AUC = 0.76$ . Η διαγώνιος στο Σχήμα 1 δείχνει την καμπύλη που θα είχαμε εάν η κλίμακα δεν είχε καμία διαγνωστική χρησιμότητα (δηλ., η διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου ήταν τυχαία). Επίσης, ο διαχωρισμός με βάση τη βαθμολογία στην κλίμακα είναι καλύτερος από τον τυχαίο διαχωρισμό των ασθενών σε αυτούς με κατάθλιψη και σε αυτούς χωρίς κατάθλιψη,  $p < .001$ , Standard Error = .031. Ως βέλτιστο διαχωριστικό όριο επιλέχθηκε η τιμή 17, η ευαισθησία της οποίας είναι στο επίπεδο .74 και η ακρίβειά της στο επίπεδο .70. Με άλλα λόγια, εάν ένα άτομο έχει βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 17, υπάρχει πιθανότητα 74% το άτομο να έχει καταθλιπτική διάθεση και επομένως να γίνει σωστά η διάγνωση, ενώ υπάρχει πιθανότητα 29% να μην έχει κατάθλιψη και να διαγνωσθεί λανθασμένα με καταθλιπτικό επεισόδιο.



**Σχέση του BDI-II με δημογραφικά χαρακτηριστικά της ομάδας των ασθενών**

Εφαρμόζοντας το *t*-test για ανεξάρτητα δείγματα, στο συνολικό δείγμα και στην υποομάδα των ασθενών με κατάθλιψη, δε βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στις γυναίκες και στους άνδρες, ως προς τη συνολική βαθμολογία. Στον Πίνακα 9 φαίνονται οι βαθμολογίες χωριστά για γυναίκες και άνδρες. Η συνολική βαθμολογία στο BDI-II βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την ηλικία,  $r = .18, p < .01$ , και αρνητικά με τα έτη εκπαίδευσης,  $r = -.21, p < .01$ . Ειδικά για τις γυναίκες, η συνολική βαθμολογία βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την ηλικία,  $r = .16, p < .05$ , και αρνητικά με τα έτη εκπαίδευσης,  $r = -.21, p < .01$ . Για τους άνδρες δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις.

**Πίνακας 9. Βαθμολογίες γυναικών και ανδρών στο BDI-II για όλη την ομάδα των ασθενών και για την υποομάδα με καταθλιπτικό επεισόδιο**

Ομάδα	Γυναίκες		Άνδρες	
	N	M.O. (T.A.)	N	M.O. (T.A.)
Όλοι οι ασθενείς	200	21.72 (12.65)	67	18.96 (12.17)
Ασθενείς με ΚΕ	127	25.60 (11.55)	35	23.49 (11.74)

**Σημείωση:** ΚΕ = Καταθλιπτικό επεισόδιο

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η ελληνική μορφή της κλίμακας BDI-II έχει αρκετά καλές ψυχομετρικές ιδιότητες όσον αφορά τις μετρήσεις της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας, και επομένως φαίνεται να είναι κατάλληλη για τον ελληνικό πληθυσμό. Σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, η τιμή της εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας ήταν σε υψηλό επίπεδο, τόσο για την ομάδα των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα όσο και για την ομάδα των φοιτητών, όπως επίσης ήταν υψηλή και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων όπως διενεργήθηκε σε μικρή ομάδα φοιτητών (Arnarson et al., 2008. Karci et al., 2008. Penley et al., 2003). Το εύρημα για την αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων θα πρέπει να επαναληφθεί με μεγαλύτερο δείγμα, ιδιαίτερος διότι το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε ανάμεσα στις δύο μετρήσεις ήταν μικρό (μία εβδομάδα) και επομένως οι απαντήσεις στις ερωτήσεις (που ήταν για τις τελευταίες δύο εβδομάδες) κατά ένα μέρος αναφέρονταν στην ίδια χρονική περίοδο και στις δύο μετρήσεις.

Όσον αφορά τη μελέτη της εγκυρότητας, η κλίμακα BDI-II βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με κλίμακες που μετρούν καταθλιπτικά συμπτώματα και με κλίμακες εκτίμησης του άγχους. Όπως αναμενόταν, οι δείκτες συνάφειας με τις κλίμακες των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι υψηλότεροι από ότι αυτοί με τις κλί-

μακες του άγχους, αν και η στατιστική σημαντικότητα αυτής της διαφοράς είναι οριακή. Η υψηλή συσχέτιση με τις κλίμακες άγχους πιθανόν να αντανακλά την υψηλή συννοσηρότητα ανάμεσα στις δύο ψυχιατρικές κατηγορίες καθώς και τη μερικώς κοινή συμπτωματολογία τους (Hirschfeld, 2001. Lamers, van Oppen, Comijs, Smit, Spinhoven, et al., 2011). Σε μικρότερο βαθμό το BDI-II βρέθηκε να συσχετίζεται με την υποκλίμακα νευρωτισμού του EPQ. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με έρευνες που βρίσκουν το BDI-II να συσχετίζεται με παρόμοιες κλίμακες (Griffith et al., 2005. Huppert, Smith, & Apfeldorf, 2002. Lipps, Lowe, & Young, 2007. Osman, Barrios, Gutierrez, Williams, & Bailey, 2008), επιβεβαιώνοντας έτσι τη χρησιμότητα της κλίμακας για την έγκυρη αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ελληνικό πληθυσμό. Επιπλέον, βρέθηκε ότι τα άτομα με καταθλιπτικό επεισόδιο (όπως διαγνώστηκε μέσω ψυχιατρικής διαγνωστικής συνέντευξης) είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο BDI-II από τα άτομα με άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις αλλά χωρίς καταθλιπτικό επεισόδιο. Η δυνατότητα χρήσης της κλίμακας για μια πρώτη διαγνωστική διαφοροποίηση έχει αναφερθεί τόσο από τους κατασκευαστές της κλίμακας (Beck et al., 1996), όσο και από άλλους ερευνητές που βρήκαν τα άτομα με κατάθλιψη να έχουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από τα άτομα με άλλες διαγνώσεις (Dutton, Grothe, Jones, Whitehead, Kendra, et al., 2004. Kumar et al., 2002. Osman, Kopper, Barrios, Gutierrez, & Bagge, 2004). Το εύρημα αυτό αποτελεί μία επιπλέον ένδειξη για την εγκυρότητα της κλίμακας.

Αναφορικά με τη διερεύνηση της παραγοντικής δομής της κλίμακας που διενεργήθηκε στην ομάδα των ατόμων με καταθλιπτικό επεισόδιο, προέκυψαν δύο παράγοντες που εξηγούν το 42.54% της συνολικής διακύμανσης. Ο ένας παράγοντας φαίνεται να περιλαμβάνει τα σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα της κατάθλιψης (λύπη, μείωση απόλαυσης, κλάμα, ανησυχία, απώλεια ενδιαφέροντος, αναποφασιστικότητα, μείωση ενεργητικότητας, αλλαγές στον ύπνο, εκνευρισμός, αλλαγές στην όρεξη, δυσκολία συγκέντρωσης, κούραση και μείωση ενδιαφέροντος για το σεξ) και ο άλλος τα γνωστικά (απαισιοδοξία, περασμένη αποτυχία, ενοχή, αίσθημα τιμωρίας, αυτο-αντιπάθεια, αυτοκριτική, σκέψεις ή επιθυμία αυτοκτονίας και αναξιότητα). Όπως και οι κατασκευαστές της κλίμακας (Beck et al., 1996), και άλλοι ερευνητές έχουν καταλήξει στο μοντέλο αυτών των δύο παραγόντων, εφόσον αυτό ταιριάζει καλύτερα στον πληθυσμό που μελετούν (Arnau et al., 2001. Dozois et al., 1998. Poole, Bramwell, & Murphy, 2006. Steer et al., 2000). Για την παρούσα έρευνα, το μοντέλο των δύο παραγόντων (γνωστικός και σωματικός/ συναισθηματικός) φάνηκε να βασίστηκε στην ομάδα των ατόμων με καταθλιπτικό επεισόδιο, και επομένως η γενίκευση των αποτελεσμάτων αφορά μόνο σε Έλληνες με κατάθλιψη και όχι σε όλους τους Έλληνες ή σε κάθε ομάδα ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα. Με βάση λοιπόν τους δύο παράγοντες που προέκυψαν, συγκρίθηκαν οι

βαθμολογίες των ατόμων με καταθλιπτικό επεισόδιο στους δύο παράγοντες και βρέθηκε ότι συγκέντρωναν υψηλότερη αναλογικά βαθμολογία στο σωματικό /συναισθηματικό παράγοντα από ότι στο γνωστικό. Η διαίρεση της κλίμακας σε δύο υποκλίμακες διευκολύνει την ερμηνεία της βαθμολογίας σε κλινικούς πληθυσμούς. Για παράδειγμα, η χρήση των δύο δεικτών στην παρούσα μελέτη, δίνει έμφαση στο γεγονός ότι οι Έλληνες με κατάθλιψη εκφράζουν περισσότερο σωματικά ή και συναισθηματικά συμπτώματα και σε αυτά επομένως θα μπορούσαν οι ειδικοί να επικεντρωθούν σε πρώτη φάση για την ανακούφισή τους. Με άλλα λόγια, η ερμηνεία των επιμέρους δεικτών μπορεί να είναι πιο χρήσιμη και από τη γενική βαθμολογία, αφού μπορεί να κατευθύνει την επιλογή των θεραπευτικών παρεμβάσεων ανάλογα με τα συμπτώματα που εμφανίζει πιο έντονα το άτομο (Shafer, 2006).

Όσον αφορά το διαχωριστικό όριο, η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι η τιμή 17 είναι η καταλληλότερη τιμή πάνω από την οποία είναι αρκετά πιθανό ένα άτομο να έχει καταθλιπτική διάθεση. Η τιμή αυτή είναι υψηλότερη από την τιμή 14 που προτείνεται από τους κατασκευαστές της κλίμακας (Beck et al., 1996) σε συμφωνία με άλλες έρευνες που δείχνουν ότι οι Έλληνες έφηβοι αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους (Τριλιβία, Βασιλάκη, & Chimienti, 2001), και με άλλους πληθυσμούς στις ΗΠΑ, όπου το διαχωριστικό όριο είναι 17 και υψηλότερο (Arnau, 2001. Carney et al., 2009). Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ενώ η ευαισθησία του συγκεκριμένου διαχωριστικού ορίου είναι σε πολύ καλό επίπεδο (υπάρχει πιθανότητα 74.5% κάποιος να έχει καταθλιπτική διάθεση και επομένως να γίνει σωστά η διάγνωση), η ακρίβειά του δεν είναι ικανοποιητική (καθώς υπάρχει πιθανότητα 29.5% κάποιος να μην έχει κατάθλιψη αλλά να διαγνωσθεί λανθασμένα με κατάθλιψη). Πιο συγκεκριμένα, η τιμή 17 επιλέχθηκε ως η καλύτερη κρίσιμη τιμή για μία πρώτη εκτίμηση επειδή αυξάνει την ευαισθησία της κλίμακας, δηλαδή είναι υψηλότερη η πιθανότητα για πραγματική θετική ένδειξη. Αυτό είναι απαραίτητο στοιχείο για μία κλίμακα που χρησιμοποιείται για έναν πρώτο διαχωρισμό ατόμων που πιθανόν να έχουν κατάθλιψη (Arnau et al., 2001). Σε κλινικό επίπεδο ίσως είναι πιο ωφέλιμο να επαγρυπνήσει καταρχήν ο κλινικός για την ύπαρξη συμπτωμάτων. Η ακριβής διάγνωση δε θα προκύψει εξάλλου μόνο μέσα από μια κλίμακα, αλλά μέσω περαιτέρω διερεύνησης.

Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι οι βαθμολογίες γυναικών και ανδρών στην κλίμακα δε διαφέρουν, συμφωνώντας με τις έρευνες που δεν εντοπίζουν διαφορές φύλου, τόσο με το BDI-II (Dozois et al., 1998. Harris & D'Eon, 2008. Hunt et al., 2003. Lasa et al., 2000. O'Hara et al., 1998. Penley et al., 2003. Steer et al., 2000), όσο και με το BDI σε ελληνικό δείγμα (Τζέμος, 1984). Ωστόσο, φαίνεται ότι υπάρχουν υποομάδες γυναικών οι οποίες πιθανόν να είναι ευάλωτες στην εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου, και συγκεκριμένα οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες και

οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και από άλλες έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Πατεράκη & Ρούσση, 2011).

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη μελέτη στην Ελλάδα για τη διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων, της παραγοντικής δομής και τον ορισμό του διαχωριστικού ορίου για την κλίμακα BDI-II. Ωστόσο, υπάρχουν και ορισμένοι περιορισμοί ως προς τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, η παραγοντική δομή της κλίμακας διεξήχθη μόνο με την ομάδα των ατόμων με κατάθλιψη και επομένως τα ευρήματα δε θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν έγκυρα και σε άλλους κλινικούς πληθυσμούς. Αναφορικά με τους συμμετέχοντες στις δύο ομάδες, δεν υπήρχε ίδια αναλογία γυναικών και ανδρών, όπως επίσης στην ομάδα των φοιτητών δεν υπήρχε διακύμανση στην ηλικία και στην εκπαίδευση. Για το λόγο αυτό δε διερευνήθηκαν οι δημογραφικοί παράγοντες στην ομάδα των φοιτητών. Επίσης, η αξιοπιστία του Ερωτηματολογίου Άγχους ως Κατάσταση είναι χαμηλή και επομένως τα ευρήματα για τις συσχετίσεις με τη συγκεκριμένη κλίμακα θα πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή. Επιπλέον, το εύρημα για την αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων θα πρέπει να θεωρηθεί προκαταρκτικό και να επαναληφθεί με μεγαλύτερο δείγμα και με μεγαλύτερο μεσοδιάστημα. Τέλος, η έρευνα ήταν συγχρονική και επομένως δεν μπορούμε να αξιολογήσουμε την ευαισθησία του BDI-II σε αλλαγές στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ελληνική μορφή του BDI-II έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο διαχωρισμό των ατόμων που είναι πιθανό να έχουν κατάθλιψη. Η χρήση των δύο επιμέρους βαθμολογιών της κλίμακας (δηλαδή του γνωστικού και του σωματικού/ συναισθηματικού παράγοντα), μπορεί να προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για τη μορφή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και να καθοδηγήσει την πορεία της θεραπείας.

**Ευχαριστίες.** Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις ψυχολόγους Γραμματική Βοϊκλή και Χριστίνα Ζαγόρα, καθώς και άλλα μέλη του προσωπικού του Κέντρου Ψυχικής Υγείας του Βορειοδυτικού Τομέα Θεσσαλονίκης για τη συλλογή των ερωτηματολογίων και των στοιχείων των ασθενών. Επίσης, είμαστε ευγνώμονες προς τον Δρ. Aaron T. Beck του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια των Η.Π.Α. για την άδεια που μας παραχώρησε ώστε να μεταφράσουμε και να ελέγξουμε τις ψυχομετρικές ιδιότητες του BDI-II στα ελληνικά.

## REFERENCES

- Alansari, B. M. (2006). Internal consistency of Arabic adaptation of the Beck Depression Inventory-II with college students in eighteen Arab countries. *Social and Behavioral Personality, 34*, 425-430.
- Αλεξόπουλος, Δ. (2012). Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας για ενήλικους των Eysenck. Στο Α. Σταλίκια, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση (Επιμ. Έκδ.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (σ. 550). Αθήνα: Πεδίο.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Arnanson, B. O., Olason, D., Smari, J., & Sigurosson, J. F. (2008). The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): Psychometric properties in Icelandic student and patient populations. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*, 360-365.
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology, 20*, 112-119.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lepine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., & Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders, 101*, 27-34.
- Besier, T., Goldbeck, L., & Keller, F. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) among adolescent psychiatric patients. *Psychotherapy and Psychosomatic Medical Psychology, 58*, 63-68.
- Buckley, T. C., Parker, J. D., & Heggie, B. S. (2001). A psychometric evaluation of the BDI-II in treatment-seeking substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*, 197-204.
- Byrne, B. M. (2012). *Structural Equation Modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming* (Multivariate Applications Series). New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Byrne, B. M., Baron, P., & Balev, L. (1998). The Beck Depression Inventory: A cross-validated test of second-order factorial structure for Bulgarian adolescents. *Educational and Psychological Measurement, 58*, 241-251.
- Carney, C. E., Ulmer, C., Edinger, J. D., Krystal, A. D., & Knauss, F. (2009). Assessing depression symptoms in those with insomnia: An examination of the Beck Depression Inventory second edition (BDI-II). *Journal of Psychiatric Research, 43*, 576-582.
- Carvalho Bos., S., Pereira, A. T., Marques, M., Maia, B., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A., Macedo, A., & Azevedo, M. H. (2009). The BDI-II factor structure in pregnancy and postpartum: Two or three factors? *European Psychiatry, 24*, 334-340.

- Cheung, F. M., Lau, B. W. K., & Waldmann, E. (1980). Somatization among Chinese depressives in general practice. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *10*, 361-374.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures Manual-II for the revised version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale series*. Townson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Δημητρίου, Ε. (1986). Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας (EPQ) (Eysenck Personality Questionnaire): Στάθμιση στον ελληνικό πληθυσμό, ενήλικο και παιδικό. *Εγκέφαλος*, *23*, 41-54.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, *10*, 83-89.
- Dutton, G. R., Grothe, K. B., Jones, G. N., Whitehead, D., Kendra, K., & Brantley, F. J. (2004). Use of the Beck Depression Inventory-II with African American primary-care patients. *General Hospital Psychiatry*, *26*, 437- 442.
- Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Feldman, M. D., Rochlen, A. B., Bell, R. A., Kravitz, R. L., Cipri, C., Becker J. D., Bamonti, P. M., & Paterniti, D. A. (2010). "I didn't know what was wrong:" How people with undiagnosed depression recognize, name and explain their distress. *Journal of General Internal Medicine*, *25*, 954-961.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the E.P.Q.* (Personality Questionnaire). London: Hodder and Stoughton Educational.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory, Second Edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety*, *21*, 185-92.
- Gorenstein, C., Andrade, I., Filho, A. H., Tung, T. C., & Artes, R. (1999). Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. *Journal of Clinical Psychology*, *55*, 553-562.
- Griffith, N. M., Szaflarski, J. P., Szaflarski, M., Kent, G. P., Schefft, B. K., Howe, S. R., & Privitera, M. D. (2005). Measuring depressive symptoms among treatment-resistant seizure disorder patients: POMS Depression scale as an alternative to the BDI-II. *Epilepsy and Behavior*, *7*, 266-272.
- Harris, C. A., & D'Eon, J. L. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in individuals with chronic pain. *Pain*, *137*, 609-622.
- Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, *3*, 244-254.
- Homaifar, B. Y., Brenner, L. A., Gutierrez, P. M., Harwood, J. F., Thompson, C., Filley, C. M., Kelly, J. P., & Adler, L. E. (2009). Sensitivity and specificity of the Beck Depression Inventory-II in persons with traumatic brain injury. *Archives Physical and Medical Rehabilitation*, *90*, 652-656.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, *30*, 179-185.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*, 1-55.

- Hunt, M., Auriemma, J., & Cashaw, A. C. (2003). Self-report bias and underreporting of depression on the BDI-II. *Journal of Personality Assessment, 80*, 26-30.
- Huppert, J. D., Smith, T. E., & Apfeldorf, W. J. (2002). Use of self-report measures of anxiety and depression in outpatients with schizophrenia: Reliability and validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24*, 275-283.
- Καπί, E. G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression Inventory II: Evaluation of the psychometric properties and cut-off points in a Turkish adult population. *Depression and Anxiety, 25*, 104-110.
- Kojima, M., Furukawa, T. A., Takahashi, H., Kawai, M., Nagaya, T., & Tokudome, S. (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Research, 110*, 291-299.
- Kumar, G., Steer, R. A., Teitelman, K. B., & Villacis, L. (2002). Effectiveness of the Beck Depression Inventory-II subscales in screening for major depressive disorders in adolescent psychiatric inpatients. *Assessment, 9*, 164-170.
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J. L. M., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*, 341-348.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, F. J., & Dowrick, C. F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: A preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders, 57*, 261-265.
- Leigh, I. W., & Anthony-Tolbert, S. (2001). Reliability of the BDI-II with deaf persons. *Rehabilitation Psychology, 46*, 195-202.
- Lipps, G. E., Lowe, G. A., & Young, R. (2007). Validation of the Beck Depression Inventory-II in a Jamaican university student cohort. *West Indian Medical Journal, 56*, 404-408.
- Λιάκος, Α., & Γιαννίτσας, Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος, 21*, 71-76.
- Low, G. D., & Hubley, A. M. (2007). Screening for depression after cardiac events using the Beck Depression Inventory-II and the Geriatric Depression scale. *Social Indicators Research, 82*, 527-543.
- Luty, J., & O'Gara, C. (2006). Validation of the 13-item Beck Depression Inventory in alcohol-dependent people. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice, 10*, 45-51.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1992). *Revised Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- Montano, A., & Flebus, G. B. (2006). Presentation of the Beck Depression Inventory - Second edition (BDI-II): Confirmation of bifactorial structure in a sample of the Italian population. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 12*, 67-82.
- Morley, S., Williams, A.C., & Black, S. (2002). A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain, 99*, 289-298.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2007). *Mplus user's guide* (5th ed). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.



- Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., & Μάνος, Ν. (1991). Σταθμισή της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.
- O'Hara, M. M., Sprinkle, S. D., & Ricci, N. A. (1998). Beck depression inventory-II: college population study. *Psychological Reports*, 82, 1395-1401.
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F., Gutierrez, P. M., & Bagge, C. L. (2004). Reliability and validity of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*, 16, 120-132.
- Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Williams, J. E., & Bailey, J. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 83-102.
- Πατερράκη, Ε., & Ρούσση, Π. (2011). Η σχέση ανάμεσα στη συζυγική ικανοποίηση και στα καταθλιπτικά συμπτώματα: Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στο ελληνικό πλαίσιο. *Hellenic Journal of Psychology*, 8, 146-166.
- Penley, J. A., Wiebe, J. S., & Nwosu, A. (2003). Psychometric properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychological Assessment*, 15, 569-577.
- Poole, H., Bramwell, R., & Murphy, P. (2006). Factor structure of the Beck Depression Inventory-II in patients with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 22, 790-798.
- Rodríguez-Gómez, J. R., Dávila-Martínez, M. G., & Collazo-Rodríguez, L. C. (2006). Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) with Puerto Rican elderly. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 25, 127-132.
- Ρούσση, Π. (2012). Κλίμακα εκτίμησης της ψυχολογικής διάθεσης. Στο Α. Σταλίκια, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση (Επιμ. Έκδ.), *Τα Ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (σ. 232). Αθήνα: Πεδίο.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32, 3-20.
- Seignourel, P. J., Green, C., & Schmitz, J. M. (2008). Factor structure and diagnostic efficiency of the BDI-II in treatment-seeking substance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 271-278.
- Shafer, A. B. (2006). Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 123-146.
- Sica, C., & Ghisi, M. (2007). The Italian versions of the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory-II: Psychometric properties and discriminant power. In M. A. Lange (Ed.), *Leading-edge psychological tests and testing research* (pp. 27-50). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Steer, R. A., Rissmiller, D. J., & Beck, A. T. (2000). Use of the Beck Depression Inventory-II with depressed geriatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 311-318.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Allyn & Bacon.
- Τζέμος, Ι. (1984). *Η σταθεροποίηση του ερωτηματολογίου Beck σε ελληνικό πληθυσμό*.

- Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Τριλίβα, Σ., Βασιλάκη, Ε., & Chimienti, G. (2001). Άγχος, κατάθλιψη και στρατηγικές αντιμετώπισης σε Έλληνες μαθητές Λυκείου. Στο Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα, & Η. Μπεξεβέγκης (Επιμ. Έκδ.), *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους* (σ. 127-143). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Vanheule, S., Desmet, M., Groenvynck, H., Rosseel, Y., & Fontaine, J. (2008). The factor structure of the Beck Depression Inventory-II: An evaluation. *Assessment, 15*, 177-187.
- Whisman, M. A., Perez, J. E., & Ramel, W. (2000). Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in a student sample. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 545-551.
- Wiebe, J. S., & Penley, J. A. (2005). A psychometric comparison of the Beck Depression Inventory-II in English and Spanish. *Psychological Assessment, 17*, 481-485.

## ADAPTATION OF THE BECK DEPRESSION INVENTORY-II TO GREEK POPULATION

*Maria Giannakou<sup>1</sup>, Pagona Roussi<sup>1</sup>, Mary-Elen Kosmides<sup>1</sup>,  
Grigoris Kiosseoglou<sup>1</sup>, Arabela Adamopoulou<sup>2</sup>,  
& Giorgos Garyfallos<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Aristotle University of Thessaloniki, Greece*

*<sup>2</sup>Mental Health Center of the Northwestern Section of Thessaloniki, Greece*

**Abstract:** Our goal in the present study was to investigate the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and its suitability for use in the Greek population. Participants were 267 individuals who visited a public mental health center (patient group) and 100 university students. They completed the BDI-II and other scales assessing depressive and anxiety symptoms. Our results indicate that the BDI-II has very good internal consistency and test-retest reliability, as well as high validity. Factor analysis of the scale's structure in patients diagnosed with a depressive episode revealed the existence of two factors, a cognitive and a somatic/emotional factor, which explained 42.54% of the total variance. Based on the patient group, we propose a cutoff score of 17. The scale's good psychometric properties were confirmed for the Greek population, suggesting that its translation and adaptation to the Greek language yield a valid and reliable tool.

**Key words:** Beck Depression Inventory-II, Depression, Measurement of depression

**Address:** Pagona Roussi, School of Psychology, Aristotle University of Thessaloniki, 541 24 Thessaloniki, Greece. Tel.: +30-2310-997360. Fax: +30-2310-997384. E-mail: roussi@psy.auth.gr