

# Becko skalių (BDI-II, BAI, BHS, BSS ir CBOCI) norminės ir klinikinės imčių įverčių palyginimas ir klinikai svarbių atskirties įverčių nustatymas

## Neringa Grigutytė

Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas  
neringa.grigutyte@fsf.vu.lt  
<https://orcid.org/0000-0003-4750-0363>

## Vita Mikuličiūtė

Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas  
vita.mikuliciute@fsf.vu.lt  
<https://orcid.org/0000-0001-8818-9140>

## Karolina Petraškaitė

Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas  
karolina.petraskaite@fsf.vu.lt  
<https://orcid.org/0000-0003-3333-0324>

## Antanas Kairys

Vilniaus universitetas, Filosofijos fakultetas, Psichologijos institutas  
antanas.kairys@fsf.vu.lt  
<https://orcid.org/0000-0001-8082-8016>

**Santrauka.** Šiame straipsnyje keliamas tikslas palyginti penkių Becko skalių – Becko depresijos aprašo II (BDI-II), Becko nerimo aprašo (BAI), Becko nevilties skalės (BHS), Becko suicidinių minčių skalės (BSS) ir Clarko–Becko obsesijų ir kompulsijų aprašo (CBOCI) – klinikinės ir norminės imties įverčius ir nustatyti klinikai svarbius atskirties įverčius. Klinikinę imtį sudarė 242 asmenys nuo 18 iki 74 metų; 39 % vyrų ir 61 % moterų. Norminę imtį sudarė 1 296 asmenys nuo 18 iki 95 metų; 44 % vyrų ir 56 % moterų. Siekiant palyginti Becko skalių norminės ir klinikinės imčių įverčius buvo sudaryta poruotų duomenų tyrimo imtis – po 230 tyrimo dalyvių iš klinikinės ir norminės grupių. Klinikinė imtis suskirstyta į keturias grupes pagal pirmines diagnozes: 107 (46,5 %) pacientams, remiantis TLK-10, buvo diagnozuoti nuotaikos (afektiniai) sutrikimai (F30–F39), 38 (16,5 %) – neurofiziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai (F40–F49), 51 (22,2 %) – sutrikimai dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (F10–F19), 34 (14,8 %) – didelė savižudybės rizika (X60–X84; Z91.5; R45.81). 27 % pacientų diagnozės buvo komorbidinės. Tyrimu nustatytas aukštas Becko skalių vidinis suderinamumas visose imtyse. Remiantis rezultatais, visos Becko skalės geba gerai skirti sergančiuosius nuo nesergančiųjų; straipsnyje aptarti atskirties įverčiai kiekvienai skalei keturiuose klinikinės imties

Received: 06/12/2022. Accepted: 22/12/2022.

Copyright © 2022 Neringa Grigutyte, Vita Mikuličiūtė, Karolina Petraškaitė, Antanas Kairys. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution Licence \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

grupėse. Tiek bendra klinikinė imtis, tiek keturios klinikinės imties grupės pasižymėjo kur kas didesniais BDI-II, BAI, BHS, BSS ir CBOCI nei norminės imties įverčiais. Nepaisant šių skalių teikiamų privalumų, tai yra atrankai skirtos skalės ir negali būti naudojamos kaip vienintelis šaltinis priimant sprendimą dėl klinikinės diagnozės.

**Pagrindiniai žodžiai:** Becko skalė, nerimas, depresija, suicidinė rizika, neviltis, obsesija, kompulsija.

## Beck Scales (BDI-II, BAI, BHS, BSS, and CBOCI): Clinical and Normative Samples' Comparison and Determination of Clinically Relevant Cutoffs

**Summary.** This article aims to evaluate 5 Beck scales – Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Hopelessness Scale (BHS), Beck Suicidal Ideation Scale (BSS), and Clark–Beck Obsession–Compulsion Inventory (CBOCI) – comparing clinical and normative samples, and to determine clinically relevant cutoffs. The clinical sample consisted of 242 persons aged 18–74; 39 percent were men and 61 percent were women. The normative sample consisted of 1296 persons aged 18–95; 44 percent were men and 56 percent were women. In order to compare the estimates of the normative and clinical samples of the Beck scales, a paired data study sample was formed – 230 participants from the clinical and normative groups each. The clinical sample was divided into four groups according to the primary diagnoses: 107 (46.5%) patients were diagnosed with mood (affective) disorder (F30–F39), 38 (16.5%) with neurophysical stress and somatoform disorders (F40–F49), 51 (22.2%) with disorders due to the use of psychoactive substances (F10–F19), 34 (14.8%) with high risk of suicide (X60–X84; Z91.5; R45.81). 27 percent of patients had comorbid diagnoses. The results show high internal consistency of the Beck scales in all samples. The discrimination abilities of all five Beck scales are good; the cutoffs for each Beck scale in four clinical groups are estimated. Both the total clinical sample and the 4 clinical sample groups had significantly higher BDI-II, BAI, BHS, BSS, and CBOCI scores than the normative sample. In conclusion, the Beck scales alone are not sufficient for making a decision about the clinical diagnosis.

**Key words:** Beck scales, anxiety, depression, suicide, hopelessness, obsession, compulsion.

## Įvadas

Skalės, subjektyviai vertinamais požymiais ir simptomais matuojančios psichikos sutrikimų pasireiškimą ir sunkumą, sudaro klinikinės psichologijos ir psichiatrijos pagrindą (Sunderland et al., 2020). Vienos dažniausiai pasaulyje moksliniuose tyrimuose ir klinikinėje praktikoje naudojamų skalių yra sukurtos Becko ir bendraautorių. Jos apibūdinamos kaip lengvai administruojamos, lengvai suskaičiuojami jas naudojant gauti rezultatai, jos pagrįstos moksliniais tyrimais ir kliniškai jautrios (Beck Family of Assessment, 2022). Aaronas Beckas (1921 07 18–2021 11 01) kartu su bendraautoriais sukūrė daugiau nei 10 skalių, penkios populiariausios iš jų šiuo metu yra adaptuojamos Lietuvoje: Becko depresijos aprašas II (*Beck Depression Inventory II*, BDI-II), Becko nerimo aprašas (*Beck Anxiety Inventory*, BAI), Becko nevilties skalė (*Beck Hopelessness Scale*, BHS), Becko suicidinių minčių skalė (*Beck Scale for Suicidal Ideation*, BSS) ir Clarko–Becko obsesijų ir kompulsijų aprašas (*Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventor*, CBOCI).

Becko skalės naudojamos siekiant atpažinti, numatyti ir gydyti afektingus sutrikimus. Nerimo ir depresijos sindromai yra labiausiai paplitę psichikos sutrikimai (World Health Organisation, 2017; GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Depresijos sutrikimai pasireiškia 5–7 % populiacijos (World Health Organisation, 2021; Eurostat, 2019), nerimo – 4–10 % populiacijos (Stein et al., 2017), o COVID-19 pandemijos metu – 25 % populiacijos (Santabárbara et al., 2021). Tad nenuostabu, kad Becko depresijos aprašas ir Becko nerimo aprašas yra vienos dažniausiai ir plačiausiai naudojamų skalių pasaulyje.

Europos psichologų asociacijų federacijos atlikta daugiau nei 12 000 psichologų iš 17 šalių apklausa atskleidė, kad Becko depresijos aprašas yra tarp dešimties dažniausiai naudojamų psichologinio vertinimo skalių (Evers et al., 2012). Tyrimų duomenys nevie-nareikšmiškai rodo, kad nerimas ir depresija dažnai eina kartu, o skalių, skirtų matuoti nerimui ir depresijai, rezultatai tarpusavyje koreliuoja (Beck et al., 1988; Zbozinek et al., 2012), todėl Becko nerimo aprašas buvo sukurtas įvertinti tuos nerimo simptomus, kurie minimaliai sutampa su depresijos simptomais, matuojamais Becko depresijos aprašu (Beck & Steer, 1990).

Naudojant Becko depresijos aprašą skaičiuojamas ne tik bendrasis balas depresijos sunkumo lygiui įvertinti. Kadangi depresija stipriai susijusi su suicidiškumu (Hong et al., 2021), kliniškai svarbu atkreipti dėmesį į konkretų BDI-II teiginių turinį. Du teiginiai yra skirti suicidinei rizikai įvertinti (Beck et al., 1996). Suicidinei rizikai vertinti Becko suicidinių minčių skalę (Beck & Steer, 1991) rekomenduojama pateikti kartu su Becko depresijos aprašu ir Becko nevilties skale, kuri vertina neigiamų nuostatų dėl ateities išreikštumo laipsnį ir yra naudojama kaip netiesioginis depresiją turinčių tiriamųjų ar asmenų, kurie bandė nusižudyti, suicidinės rizikos indikatorius (Beck & Steer, 1988). Becko nevilties skalė buvo sukurta tirti psichiatrinių pacientų, kurių padidėjusi rizika nusižudyti, nevilties patyrimui. Tyrimais įrodyta, kad neviltsis yra geresnis prognostinis suicidinių ketinimų veiksnys nei depresija; mažėjantys BDI-II įverčiai, tačiau dideli BHS įverčiai rodo galimą bandymą nusižudyti (Beck & Steer, 1988). Becko suicidinių minčių skalė sukurta psichikos sveikatos sutrikimų turinčių stacionarinių ir ambulatorinių pacientų suicidinių minčių, planų ir ketinimų matavimui. Ir nors skaičiuojamas bendras BSS balas, tačiau nurodoma, kad bet kuris teigiamas atsakymas į BSS klausimą gali atspindėti suicidinių ketinimų buvimą ir turi būti analizuojamas psichikos sveikatos specialisto.

Beckas su kolegomis kūrė panašios struktūros skales remdamiesi sutrikimų teorija ir siekė, kad skirtingų Becko skalių naudojimas suteiktų papildomos informacijos ir būtų tarpusavyje integruotas. Kadangi depresija ir įvairūs nerimo sutrikimai, tokie kaip panikos sutrikimas, socialinė fobija, generalizuotas nerimo sutrikimas, yra aukšto komorbidiškumo lygio su obsesijų ir kompulsijų sutrikimo diagnoze, pastarajam sutrikimui matuoti buvo sukurtas Clarko–Becko obsesijų ir kompulsijų aprašas (Clark & Beck, 2002). Panaši visų Becko skalių struktūra leidžia interpretuoti atsakymų skirtumus tarp skirtingų skalių kaip atspindinčius skirtingus simptomus, o ne skirtingą skalių metodologiją. Tai psichikos sveikatos specialistui padeda sudaryti diagnostinį simptomų profilį, kuris gali padėti planuojant ir vertinant gydymą (Clark & Beck, 2002).

Becko skalės yra išverstos į daugybę kalbų ir adaptuojamos daugelyje šalių bei kul-tūrinių aplinkų (pavyzdžiui: Seppänen et al., 2022; Vizioli & Pagano, 2020; Alim et al., 2020; Garcia-Batista et al., 2018; Aloba et al., 2018; Kliem et al., 2018; Besiroglu et al., 2007; Chioqueta & Stiles, 2006). Verčiant apklausos būdu paremtas psichologinio vertinimo skales į kitas kalbas ir naudojant jas kitose, nei buvo sukurtos, kultūrinėse aplinkose, jos turi būti adaptuojamos, t. y. jų standartai turi būti suderinami su naujos kalbinės ir kultūrinės aplinkos bei sveikatos priežiūros sistemos specifika ir ypatybėmis (Cohen & Swerdlik, 2005). 2016 m. Vilniaus universitetui pasirašius sutartį su Pearsono

leidykla, kuri yra Becko skalių autorinių teisių turėtoja, pirmiau minėtos penkios Becko skalės buvo išverstos į lietuvių kalbą ir surinkti norminės imties duomenys. Įgyvendinant projektą „Beck skalių, naudojamų psichikos ir elgesio sutrikimų diagnostikai, pritaikymas naudojimui“ (Nr. (1.78 E) SU-2499), finansuotą Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo lėšomis, kurį administruoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, buvo siekiama surinkti Becko skalių klinikinių imčių duomenis. Šiame straipsnyje keliamas tikslas palyginti Becko skalių klinikinės ir norminės imčių įverčius ir aptarti klinikai svarbių atskirties įverčių nustatymą.

## Metodika

*Tyrimo imtys.* Klinikinė imtis: 242 suaugę asmenys, kurių amžius svyravo nuo 18 iki 74 metų ( $M = 39,97$ ,  $SD = 14,69$ ), 39 % vyrų ir 61 % moterų. Klinikinę imtį sudarė keturios grupės pagal TLK-10-AM (2010) diagnozes: I gr. – Nuotaikos (afektiniai) sutrikimai (F30–F39),  $N = 145$ ; II gr. – Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai (F40–F49),  $N = 62$ ; III gr. – Psichikos ir elgesio sutrikimai dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (F10–F19),  $N = 65$ ; IV gr. – Didelės savižudybės rizikos sutrikimų grupė (X60–X84; Z91.5; R45.81),  $N = 38$ . 27 % pacientų diagnozės buvo komorbidinės.

Surinkti klinikinės imties duomenys lyginami su norminės imties duomenimis<sup>1</sup>. Šią imtį sudarė 1 296 asmenys nuo 18 iki 95 metų ( $M = 52,53$ ,  $SD = 17,91$ ); 44 % vyrų ir 56 % moterų. 12 % imties nurodė turintys psichikos sveikatos sutrikimų, dažniausiai depresijos (5,2 % visos imties) ir nerimo (4,2 % visos imties) sutrikimus.

Siekiant tyrimo tikslų, pirmiausia buvo patikrintas visų Becko skalių patikimumas skirtingose imtyse. 1-oje lentelėje pateikiami rezultatai rodo, kad skalių vidinis suderinamumas yra geras (didžiausias Cronbacho alfa koeficientas tiek norminėje, tiek klinikinėje imtyje – Becko suicidinių minčių skalės, atitinkamai 0,953 ir 0,944; mažiausias – Becko nevilties skalės norminėje imtyje – 0,870).

Klinikinė ir norminė imtys skiriasi savo dydžiu ir sudėtimi, todėl, siekiant palyginti Becko skalių norminės ir klinikinės imčių įverčius, pirmiausia buvo sudaryta poruotų duomenų tyrimo imtis. Kiekvienam klinikinės imties tyrimo dalyviui pagal lytį ir amžių atsitiktiniu būdu buvo priskiriamas norminės imties tyrimo dalyvis, kuriam nebuvo diagnozuoti psichikos sutrikimai. Ne visiems klinikinės imties tyrimo dalyviams buvo rastas porinis atitikmuo norminėje grupėje. Galutinę tyrimo imtį sudarė po 230 tyrimo dalyvių iš klinikinės ir norminės grupių. Kiekvienoje grupėje 142 (61,7 %) buvo moterys ir 88 (38,3 %) vyrai, vidutinis amžius – 40,28 m. ( $SD = 14,67$ ). Amžius svyravo nuo 18 iki 74 m.: 19 % 18–24 m., 22,9 % 25–34 m., 14,7 % 35–44 m., 21,2 % 45–54 m., 18,2 % 55–64 m. ir 3,9 % 65–74 m. Kitos klinikinės ir norminės grupių tyrimo dalyvių demografinės charakteristikos pateikiamos 2–4-oje lentelėse.

<sup>1</sup> A. Bagdonas, V. Jurkuvėnas, A. Kairys, V. Pakalniškienė, O. Zamalijeva. Specialiosios psichologijos laboratorija, Vilniaus universitetas, 2016.

## 1 lentelė

*Becko skalių vidinis suderinamumas skirtingose imtyse*

Skalės	Skalių vidinis suderinamumas (Cronbacho alfa)		
	Norminė imtis N = 1 296	Klinikinė imtis N = 242	Klinikinės imties grupės
Becko depresijos aprašas	0,927	0,918	I – 0,921, II – 0,897, III – 0,919, IV – 0,940
Becko nerimo aprašas	0,923	0,911	I – 0,911, II – 0,916, III – 0,923, IV – 0,920
Becko neviltingas skalė	0,870	0,904	I – 0,891, II – 0,870, III – 0,907, IV – 0,927
Becko suicidinių minčių skalė	0,953	0,944	I – 0,945, II – 0,946, III – 0,882, IV – 0,956
Clarke–Becko obsesijų ir kompulsijų aprašas	0,938	0,916	I – 0,918, II – 0,910, III – 0,907, IV – 0,931
Obsesijos	0,907	0,883	I – 0,891, II – 0,911, III – 0,846, IV – 0,879
Kompulsijos	0,889	0,878	I – 0,885, II – 0,838, III – 0,863, IV – 0,910

*Pastaba.* I – Nuotaikos [afektiniai] sutrikimai (F30–F39); II – Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai (F40–F49); III – Psichikos ir elgesio sutrikimai dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (F10–F19); IV – Didelės savižudybės rizikos sutrikimų grupė (X60–X84; Z91.5; R45.81).

Klinikinė imtis suskirstyta į keturias grupes pagal pirmines diagnozes: 107 (46,5 %) pacientams, remiantis TLK-10, buvo diagnozuotas nuotaikos (afektinis) sutrikimas (F30–F39), 38 (16,5 %) – neurofiziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai (F40–F49), 51 (22,2 %) – sutrikimai dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (F10–F19), 34 (14,8 %) – didelė savižudybės rizika (X60–X84), buvęs savęs žalojimas (Z91.5), suicidinės mintys (R45.81). 27 % pacientų diagnozės buvo komorbidinės, t. y. nuotaikos (afektinių) sutrikimų turėjo 115 asmenų, neurofizinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų – 47, psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo – 53, didelę savižudybės riziką – 34 asmenys.

## 2 lentelė

*Poruotų klinikinės ir norminės imčių tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą*

Imtis N		Vilnius		Kiti didmiesčiai*		Rajono centras		Miestelis / kaimas		Iš viso	
		%	N	%	N	%	N	%	N		
Klinikinė	Vyrai	36	34,6	21	35,5	5	33,3	25	51	88	38,5
	Moterys	68	65,4	40	64,5	10	66,7	24	49	142	61,5
	Iš viso	104	45,0	62	26,8	15	6,5	49	21,2	230	100
Norminė	Vyrai	17	44,7	22	33,8	15	35,7	35	40,7	89	38,5
	Moterys	21	55,3	43	66,2	27	64,3	51	59,3	142	61,5
	Iš viso	38	16,5	65	28,2	42	18,2	86	37,2	231	100

\* Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys.

**3 lentelė***Poruotų klinikinės ir norminės imčių tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal išsilavinimą*

Imtis N		Aukštasis universite- tinis		Spec. vidurinis, technikumas, aukštesnysis		Vidurinis, profesio- nis		Pagrindinis, nebaigtas vidurinis		Pradinis		Nenurodė	
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Klinikinė	Vyrai	25	30,1	16	34	36	44,4	9	52,9	0	0	2	100
	Moterys	58	69,9	31	66	45	55,6	8	47,1	0	0	0	0
	Iš viso	83	35,9	47	20,6	81	35,5	17	7,4	0	0	2	0,6
Norminė	Vyrai	18	30,5	26	44,1	35	38,9	6	37,5	1	50	3	75
	Moterys	41	69,6	33	55,9	55	61,1	10	62,5	1	50	1	25
	Iš viso	59	25,5	59	25,5	90	39,0	16	6,9	2	0,9	4	2,2

**4 lentelė***Poruotų klinikinės ir norminės imčių tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal šeimines padėtis*

Šeiminė padėtis	Klinikinė imtis		Norminė imtis	
	N	%	N	%
Vedęs / ištekęjusi	65	28,1	102	44,5
Gyvena su partneriu (-e)	25	10,8	35	15,2
Išsiskyres (-usi)	51	22,1	18	7,8
Našlys (-ė)	11	4,8	16	6,9
Nevedęs / netekėjusi	78	33,8	58	25,1

*Tyrimo eiga.* Atlikti klinikinį imčių tyrimą gautas Vilniaus universiteto Psichologinių tyrimų etikos komiteto leidimas (Nr. 55, 2020-12-21). Klinikinių imčių duomenys buvo renkami 2021 m. gegužės–gruodžio mėnesiais trijose psichiatrijos ligoninėse. Tyrimą atliko specialiai apmokyti ligoninėse dirbantys medicinos psichologai ir praktiką atliekantys klinikinės psichologijos baigiamojo kurso magistrantai. Į tyrimą buvo kviečiami gydančio gydytojo prižiūrimi pacientai, vyresni negu 18 metų, kurie savanoriškai sutiko dalyvauti tyrime (pasirašė informuoto sutikimo formą), gebėjo laisvai kalbėti ir skaityti lietuvių kalba, suprasti tyrimo instrukcijas, tyrimo klausimus ir turimas tyrimo dalyvio teises. Pacientai klausimynus pildė nuo 25 iki 45 minučių.

Norminės imties tyrimo duomenys buvo renkami Vilniaus universiteto Specialiosios psichologijos laboratorijos tyrėjų 2016 m. Tyrimą atliko visuomenės nuomonės tyrimo bendrovė, buvo sudaryta daugiapakopė stratifikuota tikimybinė imtis, kuri reprezentavo Lietuvos populiaciją. Tyrimas buvo atliekamas dviem etapais – pirmiausia rinkta 50-ies ir vyresnių asmenų imtis, tada 18–49 m. asmenų imtis. Visos Becko skalės buvo dviejų nepriklausomų vertėjų išverstos į lietuvių kalbą, tada tyrėjų grupė sulygino vertimus ir sutarė dėl galutinių teiginių formuluočių. Buvo atliktas ir atgalinis vertimas į anglų kalbą, jis palygintas su originalia versija.

*Skalės. Becko depresijos aprašas-II* (BDI-II; Beck et al., 1996) sudarytas iš 21 depresijos simptomus aprašančio teiginio. Šių simptomų patyrimą per paskutines dvi savaites prašoma įvertinti pagal 4 balų skalę nuo 0 iki 3. Dviejuose teiginiuose – 16 (Miego režimo pokyčiai) ir 18 (Apetito pokyčiai) – yra po septynis variantus, kurie taip pat vertinami nuo 0 iki 3. Maksimalus įvertis yra 63 balai, didesni balai rodo stipriau išreikštą depresiją. Tyrimo imties skirtingų grupių Cronbacho alfos varijuoja nuo 0,897 iki 0,94 (1-a lentelė). Originali BDI-II versija grįsta dviejų faktorių struktūra: somatinė-afektinė dimensija ir kognityvinė dimensija. Faktorinė analizė su dviem lietuvių imtimis iš esmės patvirtino originalią BDI-II struktūrą (Grigutytė ir kt., 2022).

*Becko nerimo aprašas* (BAI; Beck & Steer, 1990) sudarytas iš 21 nerimo simptomus aprašančio teiginio. Šių simptomų patyrimą per paskutinę savaitę prašoma įvertinti pagal 4 balų skalę nuo „Visai ne“ (0 taškų); „Truputį, tai beveik man netrukdė“ (1); „Vidutiniškai, buvo labai nemalonu, bet įmanoma iškęsti“ (2); „Labai, vos galėjau tai iškęsti“ (3). Maksimalus įvertis yra 63 balai, didesni balai rodo stipriau išreikštą nerimą. Tyrimo imties skirtingų grupių Cronbacho alfos varijuoja nuo 0,911 iki 0,923 (1-a lentelė). Originalioje BAI versijoje klasterinės analizės būdu išskirtos keturios grupės simptomų: neurofiziologiniai simptomai, subjektyvūs simptomai, panikos simptomai ir autonominiai simptomai. Klasterinė analizė su klinicine lietuvių imtimi tik iš dalies pavirtino tokią struktūrą (Grigutytė ir kt., 2022).

*Becko nevilties skalė* (BHS; Beck & Steer, 1988) sudaryta iš 20 teiginių, matuojančių neigiamų nuostatų dėl ateities (pesimizmo) išreikštumą per paskutinę savaitę. Į teiginius atsakoma taip arba ne, tai priklauso nuo to, ar teiginys tinka. Kiekvienas teiginys vertinamas 0 arba 1. Maksimalus įvertis yra 20 balų, didesni balai rodo aukštesnį nevilties lygį. Tyrimo imties skirtingų grupių Cronbacho alfos varijuoja nuo 0,870 iki 0,927 (1-a lentelė). Originalioje BHS versijoje autoriai, remdamiesi tiriamąja faktorine analize, išskiria tris subskales: Motyvacijos praradimas, Jausmai apie ateitį ir Ateities lūkesčiai. Tiriamoji faktorinė analizė, atlikta su klinicine lietuvių imtimi, rodo tokią pačią skalės struktūrą (Grigutytė ir kt., 2022).

*Becko suicidinių minčių skalė* (BSS; Beck & Steer, 1991) sudaryta iš 21 teiginio, siekiant aptikti ir išmatuoti suicidinių minčių stiprumą. Pirmi 19 teiginių matuoja suicidinių norų, nuostatų ir planų išreikštumo lygį. Teiginiai vertinami nuo 0 iki 2. Paskutiniai du teiginiai klausia apie biografinius faktus (ankstesnius bandymus nusižudyti ir suicidinių ketinimų rimtumą), ir nėra įtraukiami skaičiuojant bendrą balą. Maksimalus įvertis yra 38 balai, tačiau bet kuris teigiamas atsakymas į BSS klausimą gali atspindėti suicidinių ketinimų buvimą ir turi būti analizuojamas psichikos sveikatos specialisto. Tyrimo imties skirtingų grupių Cronbacho alfos varijuoja nuo 0,882 iki 0,956 (1-a lentelė). Originali BSS versija grįsta penkių faktorių struktūra: pasyvus troškimas nusižudyti, slėpimas, suicidinių minčių intensyvumas, planavimas ir aktyvus troškimas nusižudyti. Faktorinė analizė su lietuvių imtimis iš esmės patvirtino originalią BSS struktūrą (Grigutytė ir kt., 2022).

*Clarko–Becko obsesijų ir kompulsijų aprašas* (CBOCI; Clark & Beck, 2002) sudarytas iš 25 teiginių grupės. Obsesijų skalę sudaro 14, kompulsijų – 11 teiginių grupių. Iš kiekvienos teiginių grupės asmuo išsirenka vieną teiginį, kuris geriausiai apibūdina jo

mintis, jausmus arba elgesį per paskutines dvi savaites. Kiekvienas teiginys vertinamas nuo 0 iki 3. Obsesijų skalės maksimalus įvertis 42, kompulsijų – 33. Kadangi obsesijų ir kompulsijų įverčiai yra stipriai susiję, gali būti naudojama bendros skalės interpretacija, kurios maksimalus įvertis – 75. Tyrimo imties skirtingų grupių Cronbacho alfos vertinant bendrą balą varijuoja nuo 0,907 iki 0,938, obsesijų skalės – nuo 0,846 iki 0,911, kompulsijų – nuo 0,838 iki 0,91 (1-a lentelė). Tiriamoji faktorinė analizė iš esmės atitinka originalią dviejų faktorių struktūrą (Grigutytė ir kt., 2022).

*Socialiniai ir demografiniai duomenys* buvo renkami pagal tyrėjų sudarytą trumpą anketą apie tyrimo dalyvių amžių, lytį, gyvenamąją vietą, išsilavinimą, šeiminių padėtį. Papildoma klinikinė informacija apie kiekvieną klinikinės imties tyrimo dalyvį buvo gauta iš ligos istorijos. Tyrėjas buvo prašomas užpildyti tikslią ligos istorijoje užrašytą nozologinę diagnozę (diagnozes) pagal TLK-10-AM klasifikaciją (2010).

*Duomenų analizė.* Duomenims skaičiuoti buvo naudojamas SPSS 25.0 programinis paketas. Skalių patikimumas buvo skaičiuotas vidinio suderintumo būdu (Cronbacho alfa). Skirtumas tarp norminės ir klinikinės imties skaičiuotas remiantis neparametriniu Wilcoxon ženklu kriterijumi porinėms imtims, kartu įvertintas ir efekto dydis  $r$ . Siekiant įvertinti skalių jautrumą ir specifiškumą taikyta ROC kreivių analizė. Optimalių atskirties įverčių nustatymui vadovautasi taisykle, kad svarbiau aptikti potencialius sutrikimus, o ne išvengti neteisingų spėjimų (t. y. jautrumas turi būti didesnis už specifiškumą, tačiau specifiškumo praradimas turėtų būti minimalus).

## Rezultatai

Rezultatų analizę pradėsime nuo bendros klinikinės imties ir skirtingų klinikinės imties diagnostinių grupių skalių vidurkių palyginimo su normine imtimi. Paskui pateiksime skalių jautrumo ir specifiškumo rezultatus ir kiekvienos skalės atskirties įverčius.

*Skalių vidurkių palyginimas.* Poruotos norminės ir bendros klinikinės imties, neišskiriant diagnostinių grupių, skalių vidurkių palyginimo rezultatai pateikti 5-oje lentelėje.

### 5 lentelė

*Bendras (neišskiriant diagnozių grupių) klinikinės ir norminės imties palyginimas*

	Klinikinė imtis N = 231			Norminė imtis N = 231			Z	p	r (efekto dydis)
	M	SD	Mdn	M	SD	Mdn			
BDI	25,45	12,42	25	5,65	7,39	3	-11,67	< 0,001	-0,57
BAI	19,92	11,88	18	6,33	7,39	4	-10,56	< 0,001	-0,50
BHS	7,83	5,40	7	4,06	3,87	3	-7,33	< 0,001	-0,35
BSS	5,41	7,70	1	0,21	1,42	0	-8,66	< 0,001	-0,42
Obsesijų skalė	13,94	8,02	13	4,30	4,74	3	-10,97	< 0,001	-0,54
Kompulsijų skalė	9,91	7,11	10	4,39	5,07	3	-8,07	< 0,001	-0,39
CBOCI	23,99	13,54	21,5	8,47	8,60	6	-10,20	< 0,001	-0,51



Kaip matyti iš 5-os lentelės, Wilcoxon kriterijus rodo, kad visų analizuotų skalių įverčių skirtumas tarp norminės ir klinikinės imties statistiškai reikšmingas ( $p < 0,001$ ). Efekto dydžiai laikytini vidutiniais arba dideliais, didžiausias efekto dydis yra BDI-II atveju ( $r = 0,57$ ). Medianos taip pat leidžia įžvelgti akivaizdžius skirtumus.

Toliau analizuosime skirtingas klinikinės imties grupes. Analizę pradėsime nuo nuotaikos (afektyvių) sutrikimų grupės palyginimo su normine imtimi. Rezultatai pateikti 6-oje lentelėje.

## 6 lentelė

*Nuotaikos (afektyvių) sutrikimų grupės ir norminės imties rezultatų palyginimas*

	Nuotaikos (afektyvių) sutrikimų grupė N = 107			Norminė imtis N = 107			Z	p	r (efekto dydis)
	M	SD	Mdn	M	SD	Mdn			
BDI	28,50	12,40	29,5	5,63	6,69	4	-9,20	< 0,001	-0,59
BAI	21,46	11,92	20	6,45	7,27	4	-8,47	< 0,001	-0,52
BHS	9,34	5,30	9	4,25	3,70	3	-6,63	< 0,001	-0,41
BSS	6,66	8,24	2	0,31	1,79	0	-6,93	< 0,001	-0,44
Obsesijų skalė	14,75	8,45	14	4,78	5,31	3	-8,23	< 0,001	-0,52
Kompulsijų skalė	9,92	7,28	10	4,44	4,99	3	-6,19	< 0,001	-0,39
CBOCI	24,74	14,19	23	9,17	9,57	7	-7,59	< 0,001	-0,49

Palyginus nuotaikos (afektyvių) sutrikimų grupės ir norminės imties rezultatus (6-a lentelė), nustatyta skirtumų visose skalėse ( $p < 0,001$ ), didžiausias skirtumas yra BDI-II skalėje ( $r = -0,59$ ), mažiausias – CBOCI kompulsijų skalėje ( $r = -0,39$ ), tačiau ir šis efekto dydis laikytinas vidutiniu.

## 7 lentelė

*Neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų grupės ir norminės imties rezultatų palyginimas*

	Neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų grupė N = 38			Norminė imtis N = 38			Z	p	r (efekto dydis)
	M	SD	Mdn	M	SD	Mdn			
BDI	22,90	11,44	23	5,03	5,97	3	-6,20	< 0,001	-0,58
BAI	18,77	12,07	17	6,07	6,39	4	-5,37	< 0,001	-0,50
BHS	7,27	5,01	7	3,71	4,19	2	-3,87	< 0,001	-0,36
BSS	4,22	6,96	0	0,26	1,84	0	-4,06	< 0,001	-0,38
Obsesijų skalė	13,50	7,88	13	4,02	3,79	3	-5,87	< 0,001	-0,56
Kompulsijų skalė	9,88	6,68	10	3,75	4,27	2	-4,45	< 0,001	-0,42
CBOCI	23,58	12,78	21	7,76	6,99	6	-5,38	< 0,001	-0,53

Palyginus nerimo (neurozinių, stresinių ir somatoforminių) sutrikimų grupės ir norminės imties rezultatus (7-a lentelė), nustatyti skirtumai visose skalėse ( $p < 0,001$ ). Didžiausias skirtumas yra BDI-II skalėje ( $r = -0,58$ ), mažiausias – BHS skalėje ( $r = -0,36$ ), tačiau ir šis efekto dydis laikytinas vidutiniu.

### 8 lentelė

*Didelės savižudybės rizikos sutrikimų grupės ir norminės imties rezultatų palyginimas*

	Didelės savižudybės rizikos sutrikimų grupė N = 34			Norminė imtis N = 34			Z	p	r (efekto dydis)
	M	SD	Mdn	M	SD	Mdn			
BDI	26,22	15,06	23	5,03	5,39	4	-4,57	< 0,001	-0,56
BAI	18,74	12,56	15,5	5,18	5,61	3,5	-4,40	< 0,001	-0,50
BHS	6,69	5,84	5,5	3,49	3,78	2	-2,78	0,005	-0,34
BSS	6,19	8,91	1	0,03	0,17	0	-3,73	< 0,001	-0,45
Obsesijų skalė	15,05	8,65	13	4,35	4,35	4	-4,90	< 0,001	-0,57
Kompulsijų skalė	10,19	8,07	10	3,32	3,87	1	-3,85	< 0,001	-0,45
CBOCI	25,38	15,38	22	7,56	7,45	6	-4,40	< 0,001	-0,53

Palyginus didelės savižudybės rizikos sutrikimų grupės ir norminės imties rezultatus (8-a lentelė), nustatyti skirtumai visos skalėse ( $p < 0,001$ ; BHS atveju  $p < 0,01$ ), didžiausias skirtumas yra CBOCI Obsesijų skalėje ( $r = -0,57$ ), mažiausias – BHS skalėje ( $r = -0,36$ ), tačiau ir šis efekto dydis laikytinas vidutiniu.

### 9 lentelė

*Psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo grupės ir norminės imties rezultatų palyginimas*

	Psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo grupė, N = 51			Norminė imtis N = 51			Z	p	r (efekto dydis)
	M	SD	Mdn	M	SD	Mdn			
BDI	22,92	12,35	21	6,43	12,35	3,5	-5,60	< 0,001	-0,52
BAI	18,74	12,56	16	6,14	12,56	3	-5,34	< 0,001	-0,48
BHS	5,87	5,18	5	4,44	5,18	2	-1,90	0,058	-0,17
BSS	3,32	5,64	0	0,13	5,64	0	-4,44	< 0,001	-0,41
Obsesijų skalė	13,42	6,83	13,5	3,97	6,83	3	-5,60	< 0,001	-0,53
Kompulsijų skalė	10,37	6,75	10	5,03	6,75	4,5	-4,29	< 0,001	-0,39
CBOCI	24,10	12,26	22	8,15	12,26	7	-5,54	< 0,001	-0,52

Palyginus psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo grupės ir norminės imties rezultatus (9-a lentelė), nustatyti skirtumai visose skalėse ( $p < 0,001$ ), išskyrus BHS ( $Z = -1,9$ ;  $p = 0,058$ ). Didžiausias skirtumas yra CBOCI Obsesijų skalėje ( $r = -0,53$ ).

Apibendrinant – tiek klinikinės imties bendrai, tiek skirtingų klinikinių diagnostinių grupių ir norminės imties rezultatai statistiškai reikšmingai skiriasi (išskyrus tai, kad Becko nevilties skalės rezultatai nesiskyrė psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo grupėje, palyginti su normine imtimi).

*Skalių jautrumas ir specifiškumas.* Siekiant patikrinti, kaip skalės geba atskirti sergančius įvairiais psichikos sveikatos sutrikimais nuo nesergančiųjų, naudota ROC kreivė (angl. *Receiver Operating Characteristic Curve*) – grafikas, rodantis klasifikatoriaus jautrumo ir specifiškumo ryšį. Jis leidžia apskaičiuoti skalės teisingus teigiamus spėjimus (jautrumą) ir klaidingus neigiamus spėjimus ( $1 - \text{specifiškumas}$ ), esant įvairiems atskirties balams, ir leidžia pavaizduoti atskirties balų teisingų teigimų ir klaidingų spėjimų poras kaip grafiką.

Nėra vieno standarto, kuris parodytų skirtingų grupių atskyrimo sėkmingumą, tam nustatyti analizuojamas plotas po kreive (angl. *Area under the curve, AUC*). Hosmer su kolegomis (2013) pateikia AUC kriterijus:  $AUC = 0,50$  – jokios modelio diskriminacijos;  $0,50 < AUC < 0,70$  – prasta diskriminacija;  $0,70 < AUC < 0,80$  – priimtina diskriminacija;  $0,80 < AUC < 0,90$  – puiki diskriminacija;  $AUC > 0,90$  – didžiausia diskriminacija. Tyrime AUC apskaičiuotas visoms skalėms ir pateikiamas visose keturiose klinikinėse grupėse: afektyvių sutrikimų; neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų; psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo; didelės savižudybės rizikos. Visų skalių AUC rezultatai skirtingose imtyse pateikiami 10–13-oje lentelėse, ROC kreivės pateikiamos 1–4-ame paveiksluose.

Remiantis skalių autorių gairėmis (Beck et al., 1996; Beck & Steer, 1988; Beck & Steer, 1990; Beck & Steer, 1991; Clark & Beck, 2002), viena pagrindinių skalių paskirčių yra atrinkti galimus sutrikimų atvejus, o ne diagnozuoti sutrikimus, taigi esminė taisyklė, norint nustatyti optimalius atskirties įverčius, yra ta, kad svarbiau aptikti potencialius sutrikimus, o ne išvengti neteisingų spėjimų. Taigi jautrumas turi būti didesnis už specifiškumą, tačiau specifiškumo praradimas turėtų būti minimalus. Remiantis šiuo požiūriu, 10–13-oje lentelėse taip pat pateikiami šią taisyklę atitinkantys suapvalinti atskirties įverčiai ir juos atitinkančios teisingų teigimų ir klaidingų spėjimų poros. Minėta taisyklė netinkama tik BSS skalei dėl netolygaus atsakymų pasiskirstymo, nes pasitaikė sąlyginai nedaug atvejų, išreiškiančių bent kokią suicidinę riziką.

**10 lentelė**

*Becko skalių gebėjimas skirti turinčiuosius nuotaikos (afektinių) sutrikimų (F30–F39) (N = 115) nuo norminės inties asmenų, kuriems nediagnozuota sutrikimų*

Skalė	AUC	<i>p</i> reikšmė	95 % CI	Atskirties įvertis	Jautrumas	Specifiškumas
BDI-II	0,94	0,00	0,91–0,97	10	0,88	0,82
BAI	0,87	0,00	0,83–0,92	9	0,82	0,77
BHS	0,80	0,00	0,74–0,86	4	0,77	0,66
BSS	0,76	0,00	0,70–0,83	1	0,57	0,94
CBOCI	0,83	0,00	0,77–0,88	12	0,77	0,72
Obsesijų skalė	0,85	0,00	0,80–0,90	7	0,77	0,77
Kompulsijų skalė	0,73	0,00	0,67–0,80	4	0,71	0,06

**11 lentelė**

*Becko skalių gebėjimas skirti turinčiuosius neurofizinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų (F40–F49) (N = 47) nuo norminės inties asmenų, kuriems nediagnozuota sutrikimų*

Skalė	AUC	<i>p</i> reikšmė	95 % CI	Atskirties įvertis	Jautrumas	Specifiškumas
BDI-II	0,92	0,00	0,86–0,97	9	0,85	0,81
BAI	0,86	0,00	0,78–0,93	8	0,83	0,74
BHS	0,72	0,00	0,62–0,82	2	0,81	0,54
BSS	0,71	0,00	0,60–0,82	1	0,45	0,97
CBOCI	0,88	0,00	0,82–0,95	12	0,81	0,79
Obsesijų skalė	0,88	0,00	0,82–0,95	6	0,81	0,77
Kompulsijų skalė	0,80	0,00	0,71–0,89	4	0,72	0,65

**12 lentelė**

*Becko skalių gebėjimas skirti asmenis, turinčius psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (F10–F19) (N = 53), nuo norminės inties asmenų, kuriems nediagnozuota sutrikimų*

Skalė	AUC	<i>p</i> reikšmė	95 % CI	Atskirties įvertis	Jautrumas	Specifiškumas
BDI-II	0,89	0,00	0,83–0,95	9	0,89	0,80
BAI	0,84	0,00	0,76–0,91	8	0,83	0,74
BHS	0,60	0,09	0,49–0,71	3	0,59	0,57
BSS	0,72	0,00	0,62–0,82	1	0,50	0,93
CBOCI	0,86	0,00	0,79–0,93	13	0,81	0,74
Obsesijų skalė	0,86	0,00	0,81–0,94	6	0,85	0,72
Kompulsijų skalė	0,79	0,00	0,70–0,87	5	0,74	0,61

### 13 lentelė

*Becko skalių gebėjimas skirti tuos, kuriems diagnozuota didelė savižudybės rizika (X60–X84; Z91.5; R45.81) (N = 34), nuo norminės imties asmenų, kuriems nediagnozuota sutrikimų*

Skalė	AUC	p reikšmė	95 % CI	Atskirties įvertis	Jautrumas	Specifiškumas
BDI-II	0,92	0,00	0,85–0,99	9	0,88	0,82
BAI	0,85	0,00	0,76–0,94	5	0,85	0,72
BHS	0,70	0,00	0,56–0,82	2	0,67	0,59
BSS	0,76	0,00	0,64–0,88	1	0,55	0,97
CBOCI	0,85	0,00	0,76–0,95	12	0,76	0,72
Obsesijų skalė	0,86	0,00	0,78–0,95	5	0,91	0,72
Kompulsijų skalė	0,76	0,00	0,64–0,88	1	0,76	0,66

Iš rezultatų išryškėjo, kad BDI-II visose keturiose grupėse AUC svyruoja nuo 0,89 iki 0,94 ( $p < 0,001$ ), taigi BDI-II skalė pasižymi aukšta atskirties geba. Atskirties įverčiu pagal jautrumo ir specifiškumo santykį dauguma atvejų galima laikyti 9 balus, nors afektyvių sutrikimų imtyje jis yra vienu balu didesnis (10 balų).

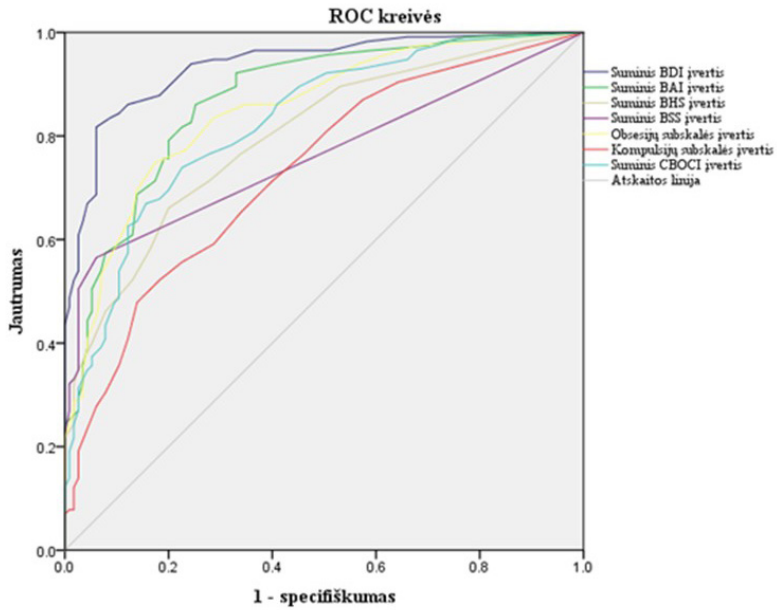
BAI gebėjimas skirti sergančiuosius nuo nesergančiųjų visose imtyse, pagal AUC reikšmes, kurios svyruoja nuo 0,84 iki 0,87 ( $p < 0,001$ ), taip pat puikus. Atskirties įvertis taip pat didžiausias afektyvių sutrikimų imtyje (9 balai), o mažiausias savižudybės rizikos imtyje (5 balai), kitose imtyse 8 balai.

BHS AUC rodikliais kiek nusileidžia ( $0,60 < AUC < 0,80$ ,  $p < 0,001$ ), visgi yra priimtina visose imtyse, išskyrus sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo turinčiųjų grupę, kurioje diskriminacijos gebėjimas laikomas prastu. 2 balų įvertį jau galima laikyti ribiniu neurofizinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų ir didelės savižudybės rizikos grupėse, o afektyvių sutrikimų ir sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo grupėse jis kiek didesnis (atitinkamai 4 ir 5 balai).

Bendras CBOCI įvertis gana puikiai gali skirti pacientus, nes AUC visose grupėse patenka į intervalą nuo 0,83 iki 0,88 ( $p < 0,001$ ). Atskirties įvertis yra 12 balų, išskyrus sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo grupėje, kur jis yra kiek didesnis (13 balų). Kalbant apie CBOCI skales, Obsesijų skalės diskriminaciniai gebėjimai taip pat puikūs ( $0,85 < AUC < 0,88$ ,  $p < 0,001$ ), Kompulsijų skalės kiek mažesni, visgi priimtini ( $0,73 < AUC < 0,80$ ,  $p < 0,001$ ). Optimalus Obsesijų skalės atskirties įvertis yra didžiausias afektyvių sutrikimų grupėje (7 balai), vienodas neurofizinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų ir sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo grupėse (6 balai) ir mažiausias didelės savižudybės rizikos grupėje (5 balai). Kompulsijų atskirties įvertis imtyse taip pat šiek tiek svyruoja: 4 balai afektyvių sutrikimų ir neurofizinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų grupėse, 5 balai – sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir mažiausias, 1 balas, didelės savižudybės rizikos grupėje.

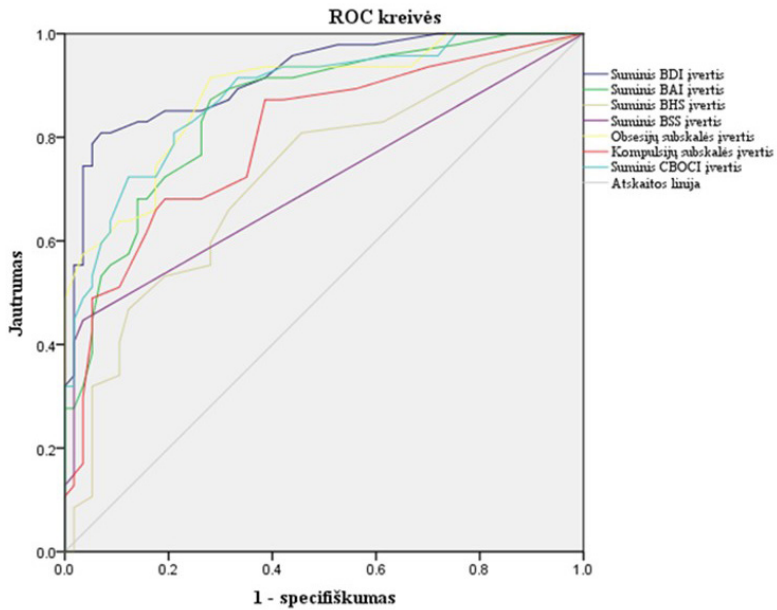
### 1 paveikslas

Becko skalių ROC kreivės nuotaikos (afektinių) sutrikimų imtyje



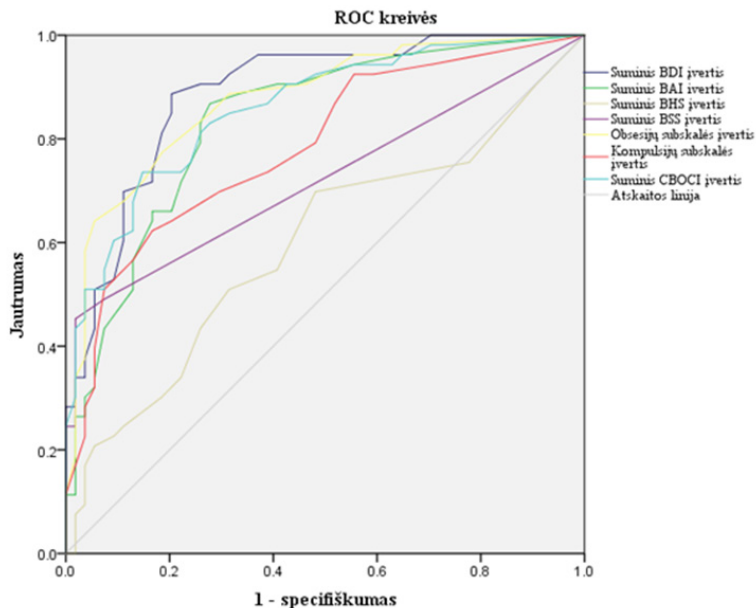
### 2 paveikslas

Becko skalių ROC kreivės neurofizinė, stresinių ir somatoforminių sutrikimų imtyje



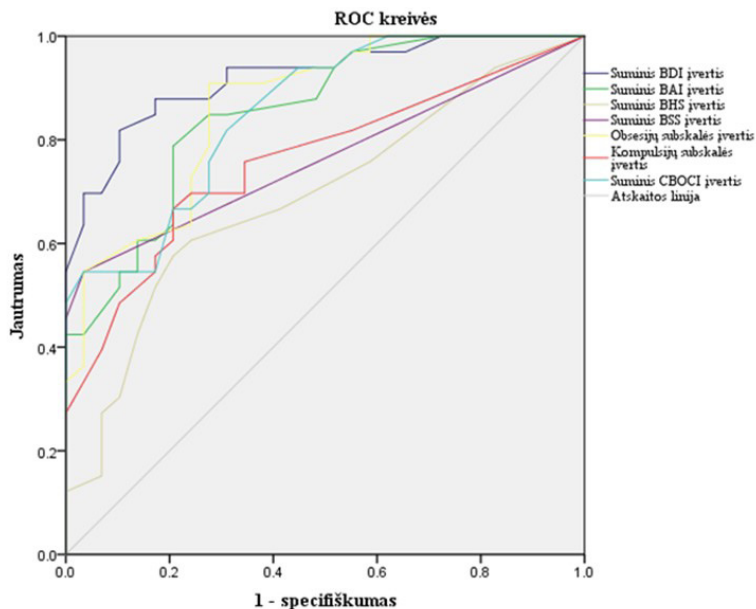
### 3 paveikslas

Becko skalių ROC kreivės sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo imtyje



### 4 paveikslas

Becko skalių ROC kreivės didelės savižudybės rizikos sutrikimų imtyje



Norint palyginti gautus rezultatus su Becko skalių vadovuose pateikiamais rezultatais, 14-oje lentelėje pristatomi trijų skalių originalių versijų vadovuose pateikiamus atskirties įverčius atitinkantys jautrumo ir specifiškumo rodikliai, gauti šiame tyrime. Į palyginimą neįtrauktas CBOCI dėl nepakankamo obsesinio kompulsinio sutrikimo atvejų kiekio šiame tyrime (du atvejai, kai asmenims buvo diagnozuotas obsesinis kompulsinis sutrikimas F42).

#### 14 lentelė

*BDI-II, BAI ir BSS skalių originalių versijų vadovuose pateikiamus ribinius įverčius atitinkantys jautrumo ir specifiškumo rodikliai, gauti šiame tyrime*

Grupė	Skalė	Originalo įverčių ribos	Sunkumo lygio aprašymas	Jautrumas	Specifiškumas
Nuotaikos (afektinių) sutrikimų	BDI-II	0–13	Minimalus	> 0,85	< 0,89
		14–19	Žemas	0,84–0,77	0,90–0,94
		20–28	Vidutinis	0,75–0,50	0,94–0,99
		29–42	Aukštas	0,50–0,14	0,99–1,00
Neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų	BAI	0–7	Minimalus	> 0,89	< 0,68
		8–15	Žemas	0,87–0,68	0,72–0,86
		10–18	Žemas ir vidutinis	0,77–0,55	0,81–0,91
		16–25	Vidutinis	0,57–0,28	0,86–1,00
		19–29	Vidutinis ir aukštas	0,53–0,21	0,93–1,00
		30–63	Aukštas	0,20–0,00	1,00
Didelės savijudybės rizikos	BSS	Bet kuris teigiamas atsakymas	Savižudybės rizika	< 0,55	> 0,97

## Rezultatų aptarimas

Visų tyrime naudotų Becko skalių lietuviškų versijų – Becko depresijos aprašo II, Becko nerimo aprašo, Becko nevilties skalės, Becko suicidinių minčių skalės ir Clarko–Becko obsesijų ir kompulsijų aprašo – patikimumas, tirtas vidinio suderinamumo metodu, yra vertinamas kaip geras ar labai geras. Tai nustatyta tiriant tiek norminę imtį, tiek klinikinę imtį bendrai, tiek atskiras klinikinės imties grupes.

Lyginant norminės ir klinikinės imties duomenis, klinikinė imtis pasižymėjo kur kas didesniais BDI-II, BAI, BHS, BSS ir CBOCI įverčiais nei norminės imties tyrimo dalyviai. Tačiau svarbu atkreipti dėmesį, kad skirstant klinikinę imtį pagal diagnozes, pastebima ta pati tendencija – klinikinės imties tyrimo dalyviai gaudavo reikšmingai didesnius visų Becko skalių įverčius nei norminės imties tyrimo dalyviai. Tai reiškia, kad klinikoje dirbantis specialistas turėtų plačiau interpretuoti skalės įverčius: padidėję bet kurios skalės įverčiai gali reikšti, kad žmogus susiduria su psichikos sveikatos sunkumais, tačiau vien remiantis skalių įverčiais negalima nurodyti, kokiais tiksliai. Pavyzdžiui, padidėję BDI-II



įverčiai gali būti būdingi nuotaikos sutrikimams, sutrikimams, susijusiems su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, nerimo sutrikimams, taip pat gali pasireikšti tada, kai žmogus turi suicidinių minčių. Dar atliekant tyrimus, kai naudota pirminė Becko depresijos skalė, buvo konstatuota, kad skalės specifiškumas nepakankamas vienai nozologinei kategorijai, o aukštesni skalės rezultatai gali atspindėti depresijos simptomus, kitą neigiamą afektą arba būti tam tikros skirtingų emocijų būsenų sąveikos atspindys (Kendall et al., 1987). Taigi priimant sprendimą dėl klinikinės diagnozės vien Becko skalių rezultatų nepakanka; greta Becko skalių neišvengiamai turi būti taikomas ir klinikinis interviu, o diagnozė pagrindžiama integruotais kelių šaltinių duomenimis.

Beck su bendraautorais (1996) nurodo, kad, tikrinant BDI-II diagnostinę atskirtį, studentai gavo beveik dvigubai mažesnius BDI-II įverčius nei ambulatoriniai pacientai, kuriems remiantis DSM-III-R kriterijais buvo diagnozuoti nuotaikos sutrikimai. Vėlesni tyrimai patvirtino, kad BDI išties gerai atskiria asmenis, sergančius depresija, nuo nesergančiųjų (Richter et al., 1998; Wang & Gorenstein, 2013; Garcia-Batista et al., 2018). Mūsų tyrimas rodo, kad BDI-II pasižymi aukštu diskriminantiniu validumu lietuvių imtyje: klinikinės imties tyrimo dalyviai gavo beveik 5 kartus didesnius BDI-II įverčius nei norminės imties.

Nors tyrimų, kuriuose būtų tikrintas BAI diskriminantinis validumas, atlikta mažiau nei naudojant BDI-II, tačiau juose taip pat nustatoma, kad BAI įverčiai, kuriuos gauna studentai, yra mažesni už klinikinės imties įverčius (Beck et al., 1988). Atliekant BAI validumo tyrimus Turkijoje buvo nustatyta, kad BAI geriau atskiria nerimo sutrikimų turinčiuosius nuo kontrolinės grupės (turinčios seksualinių disfunkcijų) nei Būsenos–bruožo nerimo aprašas (*State – Trait Anxiety Inventory*, STAI) (Ulosoy et al., 1998). Paauglių imtyse taip pat nustatomos panašios tendencijos: psichiatrinėje ligoninėje besigydytys paaugliai, priklausomai nuo lyties, gauna beveik du tris kartus didesnius BAI įverčius nei lyginamosios grupės paaugliai (Osman et al., 2002). Mūsų tyrimas patvirtina, kad BAI lietuvių imtyje taip pat pasižymi aukštu diskriminantiniu validumu, nes klinikinės imties dalyviai gavo tris kartus didesnius BAI įverčius nei lyginamoji imtis.

Nors BHS diskriminantinio validumo tyrimai rodo, kad tiek psichiatrinėje ligoninėje gulinčių suaugusiųjų, tiek paauglių BHS įverčiai buvo kur kas didesni nei bendrosios populiacijos (Beck & Steer, 1988), pati skalė neatspindi jokio konkretaus psichikos sutrikimo. Kaip nurodo patys autoriai, ji sukurta siekiant įvertinti neigiamas nuostatas dėl ateities, o šių šaltinis gali būti įvairūs psichikos sutrikimai (Beck & Steer, 1988). Toks nespecifinis skalės pobūdis gali paaiškinti, kodėl šiame tyrime skalė pasižymėjo mažiausiu efekto dydžiu lyginant klinikinę ir norminę imtis. Taip pat tai gali padėti paaiškinti, kodėl pacientų, turinčių sutrikimų, susijusių su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, šios skalės įverčiai nesiskyrė nuo norminės imties įverčių. Viena vertus, ankstesni tyrimai rodo, kad priklausomybę nuo alkoholio (kai depresija nėra komorbidinė diagnozė) turintys asmenys nepasižymi reikšmingai didesniais BHS įverčiais nei asmenys, kuriems ši priklausomybė nediagnozuota (Suominen et al., 1997), kita vertus, BHS yra itin jautri socialinio pageidaujamumo efektui (Beck & Steer, 1988). Kadangi rizikingai psichoaktyviausias medžiagas vartojantys asmenys yra linkę į savo įvaizdžio valdymą ir yra jautrūs socia-

linio pageidaujiamumo efektui (Davis et al., 2010), tai galėjo nulemti mažesnius jų BHS skalės įverčius ir šiame tyrime. Taigi nors BHS pasižymėjo žemiausiu diskriminantiniu validumu, palyginti su kitomis šiame tyrime naudotomis skalėmis, galima daryti išvadą, kad jos diskriminantinis validumas yra pakankamai aukštas.

BSS ir CBOCI mūsų tyrime taip pat pasižymėjo aukštu diskriminantiniu validumu. Tai atitinka tiek šių skalių autorių pateikiamus rezultatus (Beck et al., 1988; Clark & Beck, 2002), tiek vėlesnių tyrimų rezultatus (Grabill et al., 2008; Overduin & Furnham, 2012; Kliem et al., 2017). Tiesa, vertėtų pažymėti, kad nors šios skalės gerai diferencijuoja klinikinės ir norminės imtis, tačiau CBOCI sunkiai atskiria obsesinį kompulsinį sutrikimą turinčius pacientus nuo kitų nerimo ar nuotaikos sutrikimų turinčių asmenų (Grabill et al., 2008). BSS dėl savo specifinės struktūros (visą skalę pildo tik asmuo, turintis suicidinių minčių) paprastai nėra naudojamas lyginant kelias (klinikinę ir ne klinikinę) imtis. Dėl šių priežasčių tyrėjai pabrėžia, kad reikėtų atlikti daugiau tiek CBOCI, tiek BSS skalių validumo tyrimų.

Kaip efektyviai visos skalės geba atskirti sergančiuosius įvairiais psichikos sveikatos sutrikimais nuo lyginamosios grupės (nesergančių) asmenų, buvo įvertintas diferenciacijos tinkamumas nustatant jautrumo ir specifiškumo ryšį. BDI-II visose keturiose imtyse (Nuotaikos (afektyvių) sutrikimų, neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų, psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir didelės savižudybės rizikos sutrikimų) atskirties lygi pagal Hosmer ir bendraautorius (2013) galima laikyti nuo puikaus iki aukščiausio lygio, taigi ši skalė visose grupėse demonstruoja universaliai geriausius rezultatus. Atskirties įverčių nerimo, priklausomybių bei savižudybės rizikos grupėse galima laikyti 9 balus, o afektyvių sutrikimų imtyje – 10 balų. Remiantis BDI-II vadove pateikiamais rezultatais (Beck et al., 1988), tai patenka į minimalios depresijos intervalą, o 14 balų autoriai pateikia kaip vidutinio sunkumo depresijos požymius. Lyginant su šio tyrimo rezultatais, jei 14 balų laikytume atskirties įverčių, šis balas leistų nustatyti depresijos požymius tiksliau (su 90 % tikimybe), tačiau pasižymėtų mažesniu jautrumu (84 % tikimybė), taigi lietuviškoje imtyje svarbu atsižvelgti į kiek žemesniu balu pasireiškiančias ribas nei pateikiama originalioje versijoje.

BAI taip pat visose imtyse puikiai geba atskirti sergančiuosius nuo nesergančiųjų. Atskirties įvertis didžiausias afektyvių sutrikimų imtyje (9 balai), mažiausias savižudybės rizikos imtyje (5 balai), o psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo bei neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų imtyse optimalia riba galima laikyti 8 balus. 8 balų riba nurodoma ir kituose tyrimuose lyginant neurozinio spektro sutrikimų ir nesergančiųjų imtis (Beck et al., 1988; Leyfer et al., 2006). Matoma, jog žemiausia riba gali būti taikoma identifikuojant savižudybės rizikos asmenis, o tai originalo vadove nurodoma kaip minimalus nerimo požymių lygis.

Kalbant apie savižudybės riziką – autoriai akcentuoja, kad ją įvertinti gali itin padėti nevilties lygio nustatymas (Beck et al., 1974). Visgi šiame tyrime BHS, nors ir pagal rezultatus galimas laikyti priimtina atskiriančiu daugumoje imčių, nusileidžia kitoms skalėms. Panašūs rezultatai buvo gauti Baryshnikov su kolegomis atliktame tyrime (2020), kai BDI, palyginti su BHS, tiksliau aptiko mintis apie savižudybę (BDI [AUC] = 0,846),

BHS [AUC] = 0,754). Lietuvių imtyje BHS skalė naudingiausia afektinių sutrikimų imtyje, galbūt dėl neviltingos konstrukcijos sąsajų su depresiskumu, nes, pagal Becko depresijos triadą, tai apibūdina vieną iš trijų svarbių komponentų – beviltiškumą dėl ateities. Psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo turinčiųjų imtyje atskirties lygis laikomas žemu galbūt dėl to, kad turintieji priklausomybių mažiau orientuojasi į ateitį. Svarbu paminėti, kad BHS yra vienintelė iš visų naudotų skalų, turinti tik dvi pasirinkimo galimybes (tiesa / netiesia), o tai gali sumažinti diferenciacijos galimybę. Afektinių sutrikimų ir psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo grupėse atskirties įvertis yra atitinkamai 4 ir 5 balai, o neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų ir didelės savižudybės rizikos imtyse jis mažesnis, atitinkantis vos 2 balus, į kurį svarbu atsižvelgti vertinant savižudybės riziką.

Specifiškai savižudybės rizikai nustatyti sukurtas BSS gali būti naudingas tuo, kad bent vienas teigiamai atsakytas teiginys yra svarbus tolesniam ištyrimui. Tai patvirtina ir demonstruojami rezultatai, kai daugeliu atvejų 1 balą galima laikyti atskirties įverčiu. Kaip ir gali būti tikimasi, BSS rodo geriausias diferenciacijos rodiklius afektinių sutrikimų ir didelės savižudybės rizikos grupėse. Kaip nurodo autoriai ir patvirtina kiti tyrimai, BSS skalei nėra nurodomi ribiniai įverčiai, nes net labai maži skalės balai gali būti susiję su padidėjusia savižudybės rizika (Brown et al., 2000).

Bendras CBOCI įvertis geba gana puikiai atskirti sergančiuosius nuo nesergančiųjų, taip pat CBOCI Obsesijų skalė, tačiau CBOCI Kompulsijų skalės diferenciniai gebėjimai kiek mažesni, nors patenka į priimtinių gebėjimų intervalą. Atskirties balai siekiant įvertinti klinikinę riziką šiame tyrime afektinių sutrikimų ir didelės savižudybės rizikos grupėse vienodi (12 balų), psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo imtyje atskirties balas didesnis. Optimalus atskirties Obsesijų skalės įvertis didžiausias afektinių sutrikimų grupėje (7 balai), vienodas neurozinių, stresinių ir somatoforminių bei psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo grupėse (6 balai) ir mažiausias didelės savižudybės rizikos grupėje (5 balai). Kompulsijų ribinis įvertis imtyse taip pat šiek tiek svyruoja: 4 balai afektinių ir neurozinių, stresinių ir somatoforminių sutrikimų, 5 balai psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir mažiausias, 1 balas, didelės savižudybės rizikos grupėje. Vis dėlto svarbu atsižvelgti į tai, kad mūsų klinikinėje imtyje buvo tik keli pacientai, kuriems diagnozuotas obsesijų ir kompulsijų sutrikimas. O užsienio mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad pacientai, kuriems yra OKS, gauna didesnius įverčius, palyginti su turinčiais nerimo sutrikimų, kuriems nėra būdingas obsesiškumas, taip pat su depresijos sutrikimo klinikinėmis grupėmis ir sveikų suaugusiųjų lyginamąja grupe (Clark et al., 2005; Besiroglu et al., 2007).

*Tyrimo ribotumai ir praktiniai klausimai.* Nors surinkta nemaža klinikinė tyrimo imtis, tačiau vienas pagrindinių tyrimo ribotumų yra susijęs su komorbidinėmis diagnozėmis (27 % pacientų diagnozės buvo komorbidinės) ir su bendru diagnozių skyrimu, kai rašomos tausojančios diagnozės, nepatikslintos diagnozės ar nežymima suicidinė rizika, geriau parenkant F kodą. Iš vienos pusės, tolesniuose tyrimuose būtų svarbu siekti surinkti kuo „švaresnes“ klinikinės imtis, iš kitos pusės, dabartinis tyrimas atspindi realią situaciją Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose naudoti ir skirtos Becko skalės. Taip pat

kyla praktinis uždavinys Becko skalės integruoti į sveikatos priežiūros sistemos vertinimo algoritmą – kadangi tai labiau atrankinės skalės, skirtos naudoti kartu su kitomis psichologinio vertinimo priemonėmis, formuluojant klinikinę diagnozę vien tik šių skalių rezultatų nepakanka – būtinas informacijos integravimas remiantis keliais vertinimo šaltiniais. Praktikoje dirbantys specialistai jau ne vienerius metus laukia sutvarkytų ir legalių Becko depresijos ir Becko nerimo aprašų. CBOCI gali būti labai tikslingai naudojamas atliekant psichologinį obsesijų ir kompulsijų turinčių pacientų vertinimą. Surinkus atskirą obsesijų ir kompulsijų sutrikimą turinčių pacientų grupę, vertėtų patikrinti šiai grupei būdingų Becko skalių atskirties įverčius ir palyginti CBOCI rezultatus su nerimo sutrikimų grupės, kuriai nėra būdingas obsesiškumas, duomenimis. Kalbant apie savižudybės rizikos vertinimą, nuo 2023 m. sausio 1 d. įsigalioja nauja pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims tvarka (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2022 m. rugsėjo 30 d. Nr. V-1507); tikimės, kad Becko nevilties skalė ir Becko suicidinių minčių skalė taps naudingomis atrankinėmis suicidinės rizikos vertinimo priemonėmis.

### **Padėkos**

Dėkojame LR Sveikatos apsaugos ministerijai, kurios administruojamo Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo lėšomis buvo finansuotas projektas „Beck skalių, naudojamų psichikos ir elgesio sutrikimų diagnostikai, pritaikymas naudojimui“ (Nr. (1.78 E) SU-2499) ir parengtas šis straipsnis.

Dėkojame visiems tyrimo dalyviams ir klinikinės imties duomenis padėjusioms surinkti medicinos psychologėms – Čepaitienei Indrei, Devainienei Gražinai, Dirmotaitei Evelinai, Engesser Kristinai, Jakaiteinei Genei, Jonkaitytei Aistei, Kaušakytei Rasai, Kiesaitė Daliai, Koncevičienei Jolantai, Kundrotaitei Gabijai, Lapinskienei Tomai, Marčėnienei Sonatai, Petrošienei Danutei, Samulionytei-Anderson Ievai, Štaraitei Vaivai ir Zubienei Eglei, bei studentėms: Bučinskaitei Justinai, Guogaitei Gretai, Juozapavičiūtei Linai, Kairytei Agnietei, Kalanavičiūtei Gustei, Ostreikaitei-Jurevičiui Rūtai, Pučinskaitei Beatai, Valackaitei Jūratei, Zrumaitei Simonai.

VU Taikomosios psichologijos laboratorijai (anksčiau – Specialiosios psichologijos laboratorija) dėkojame už pasidalinimą norminės imties duomenimis ir galimybę palyginti juos su klinikinės imties duomenis.

### **Literatūra**

Alim, S. M. A. H., Ahmed, M. N., Mullick, M. S. I., Chowdhury, N. F., Akhter, F., & Alam, M. S. (2020). Validation of the Bangla version of Beck Depression Inventory-II. *Brain and Behavior, 10*(3), Article e01563. <https://doi.org/10.1002/brb3.1563>

Aloba, O., Awe, O., Adelola, A., Olatunji, P., & Aloba, T. (2018). Psychometric adaptation of the Beck Hopelessness Scale as a self-rated suicide risk screening instrument among Nigerian university students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 24*(5), 433–443. <https://doi.org/10.1177/1078390318762054>

Baryshnikov, I., Rosenström, T., Jylhä, P., Vuorilehto, M., Holma, M., Holma, I., Riihimäki, K., Brown, G. K., Oquendo, M., A., & Isometsä, E. T. (2020). Role of hopelessness in suicidal ideation among

patients with depressive disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(2), Article 19m12866. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12866>

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(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

Beck Family of Assessment. 2022. Paimta iš <https://www.pearsonassessments.com/professional-assessments/products/programs/beck-family-of-assessments.html>

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. Psychological Corporation.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. Psychological Corporation.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499–505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6)

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

Besiroglu, L., Agargun, M. Y., Boysan, M., Gulec, M., & Eryonucu, B. (2007). The psychometric properties of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory in a Turkish population. *Alpha Psychiatry*, 8, 197–205.

Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371–377. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.3.371>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2002). *Manual for the Clark-Beck Obsessive Compulsive Inventory*. Psychological Corporation.

Clark, D. A., Antony, M. M., Beck, A. T., Swinson, R. P., & Steer, R. A. (2005). Screening for obsessive and compulsive symptoms: Validation of the Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 17(2), 132–143. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.2.132>

Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2006). Psychometric properties of the Beck Scale for Suicide Ideation: A Norwegian study with university students. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 400–404. <https://doi.org/10.1080/08039480600937645>

Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2005). *Psychological testing and assessment. An introduction to tests and measurement* (6<sup>th</sup> ed.). The McGraw-Hill Companies.

Davis, C. C., Thake, J., & Vilhena, N. (2010) Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive Behaviors*, 35(4), 302–311. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.11.001>

Eurostat. (2019). *7.2% of people in the EU suffer from chronic depression*. Paimta iš <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210910-1>

Evers, A., Muñiz, J., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., Fernández-Hermida, ..., Urbánek, T. (2012). Testing practices in the 21st century: Developments and European psychologists's options. *European Psychologist*, 17(4), 300–319. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1016-9040/a000102>

Garcia-Batista, Z. E., Guerra-Pena, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martinez, S. X., & Medrano, L. A. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS One*, 13(6), Article e0199750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199750>

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)

Grabill, K., Merlo, L., Duke D., Harford, K. L., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.012>

Grigutytė, N., Mikuličiūtė, V., Petraškaitė, K. (2002). BECK skalių pritaikymas Lietuvoje. Klinikinių ir sveikatos psichologų konferencija, 2022-10-03.

- Hong, C., Xiao-Meng, X., Qinge, Z., Xiling, C., Jing-Xia, L., Kang, S., Gabor, S., Ling, Z., & Yu-Tao, X. (2021). Prevalence of suicidality in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Frontiers in Psychiatry, 12*, Article 690130. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.690130>
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118548387>
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 289–299. <https://doi.org/10.1007/BF01186280>
- Kliem, S., Lohmann, A., Mößle, T., & Brähler, E. (2017). German Beck Scale for Suicide Ideation (BSS): Psychometric properties from a representative population survey. *BMC Psychiatry, 17*, Article 389. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1559-9>
- Kliem, S., Lohmann, A., Mößle, T., & Brähler, E. (2018). Psychometric properties and measurement invariance of the Beck Hopelessness Scale (BHS): Results from a German representative population sample. *BMC Psychiatry, 18*, Article 110. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1646-6>
- Leyfer, O. T., Ruberg, J. L., & Woodruff-Borden, J. (2006). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(4), 444–458. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.05.004>
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymo Nr. v-859 „Dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo, 2022 m. rugsėjo 30 d. Nr. V-1507.
- Osman, A., Hoffman, J., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Breitenstein, J. L., & Hahn, S. K. (2002). Factor structure, reliability, and validity of the Beck Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 58*(4), 443–456. <https://doi.org/10.1002/jclp.1154>
- Overduin, M. K., & Furnham, A. (2012). Assessing obsessive-compulsive disorder (OCD): A review of self-report measures. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*(4), 312–324. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.08.001>
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology, 31*(3), 160–168. <https://doi.org/10.1159/000066239>
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., ..., Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 109*, Article 110207. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Seppänen, M., Lankila, T., Auvinen, J., Miettunen, J., Korpelainen, R., & Timonen, M. (2022). Cross-cultural comparison of depressive symptoms on the Beck Depression Inventory-II, across six population samples. *BJPpsych Open, 8*(2), Article e46. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.13>
- Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: From surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 19*(2), 127–136. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>
- Sunderland, M., Batterham, P., Calear, A., & Carragher, N. (2019). Self-Report Scales for Common Mental Disorders: An Overview of Current and Emerging Methods. In M. Sellbom, J. A. Suhr (Eds.), *The Cambridge Handbook of Clinical Assessment and Diagnosis* (pp. 263–277). Cambridge University Press.
- Suominen, K., Isometsä, E., Henriksson, M., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (1997). Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*(2), 142–149. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09919.x>
- TLK-10-AM Sisteminių ligų sąrašas. (2010). Paimta iš <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/22skyrius.html>
- Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12*(2), 163–172.

Vizioli, N., & Pagano, A. (2020). Adaptation of the Beck Anxiety Inventory in population of Buenos Aires. *Interacciones*, 6(3), Article e171. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>

Wang, Y., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416–431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>

World Health Organisation. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Paimta iš <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

World Health Organisation. (2021). *Depression: Fact sheets*. Paimta iš <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Zbozinek, T. D., Rose, R. D., Wolitzky-Taylor, K. B., Sherbourne, C., Sullivan, G., Stein, M. B., ..., Craske, M. G. (2012). Diagnostic overlap of generalized anxiety disorder and major depressive disorder in a primary care sample. *Depression & Anxiety*, 29(12), 1065–1071. <https://doi.org/10.1002/da.22026>