

## Ειδικό άρθρο Special article

# Σύντομα ερωτηματολόγια για την ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους

Γ. Κωνσταντακόπουλος,<sup>1,2</sup> Ε. Σοφianoπούλου,<sup>3</sup> Γ. Τουλούμη,<sup>3</sup> Δ. Πλουμπίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα,

<sup>2</sup>Section of Cognitive Neuropsychiatry, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, UK,

<sup>3</sup>Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ψυχιατρική 2013, 24:288–297

**Η** κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι δύο πιο συχνά απαντώμενες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και του γενικού νοσοκομείου, συνδέονται δε με σημαντική μείωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών, συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αυξημένο κόστος θεραπείας. Ωστόσο, τα ποσοστά αναγνώρισης της κατάθλιψης και του άγχους από μη-ειδικούς είναι ιδιαίτερα χαμηλά καθώς πολλά από τα προτεινόμενα κλινικά εργαλεία ανίχνευσης δεν είναι πρακτικά και ως εκ τούτου δεν έχουν ευρεία χρήση. Την τελευταία εικοσαετία έχουν αναπτυχθεί και δοκιμαστεί μέθοδοι ανίχνευσης που περιλαμβάνουν πολύ μικρό αριθμό ερωτήσεων, ενώ παράλληλα διερευνάται η δυνατότητα να επιτευχθεί μέσω αυτών των μεθόδων υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στην αναγνώριση των κλινικών περιπτώσεων. Ανασκοπήσαμε τα υπάρχοντα πολύ βραχεία εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης και του κλινικά σημαντικού άγχους καθώς και τα μέχρι στιγμής δεδομένα για την ακρίβειά τους. Η ανίχνευση της κατάθλιψης μέσω δύο ερωτήσεων, σχετικά με την καταθλιπτική διάθεση και την έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, έχει δοκιμαστεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με αποδεκτά επίπεδα ευαισθησίας αλλά σχετικά χαμηλή ειδικότητα. Η προσθήκη μιας τρίτης ερώτησης για την επιθυμία του ασθενούς να λάβει βοήθεια για τα συμπτώματα αυτά, μπορεί να αυξάνει την ειδικότητα της μεθόδου αλλά πιθανόν σε βάρος της ευαισθησίας. Η ανίχνευση μέσω μίας και μόνης από αυτές τις ερωτήσεις υπολείπεται σε ακρίβεια της μεθόδου των δύο ή τριών ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο PHQ-2 με διαβαθμισμένη εκτίμηση των ίδιων συμπτωμάτων φαίνεται να υπερτερεί σε ακρίβεια των ερωτήσεων με διχοτομική απάντηση (ναι ή όχι). Η ανίχνευση της κατάθλιψης μέσω πολύ βραχέων μεθόδων σε ηλικιωμένους είναι εφικτή με την ίδια περίπου ακρίβεια, ενώ αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα εμφανίζεται κατά την εφαρμογή των δύο ερωτήσεων σε ασθενείς με καρκίνο. Η δυνατότητα ανίχνευσης των αγχωδών διαταραχών μέσω πολύ βραχέων μεθόδων έχει πολύ λιγότερο διερευνηθεί σε σύγκριση με την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής δεδομένα, το ερωτηματολόγιο GAD-2, με δύο ερωτήσεις σχετικά με την ενόχληση από το άγχος και την αδυναμία ελέγχου του, έχει αποδεκτά επίπεδα ακρίβειας στην ανίχνευση του κλινικά σημαντικού άγχους. Συμπεραίνουμε ότι υπάρχει πλέον επαρκής τεκμηρίωση για την καταλληλότητα των πολύ βραχέων ερωτηματολογίων ανίχνευσης της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών, ειδικότερα του PHQ-2, του GAD-2 και του συνδυασμού τους, του PHQ-4, για επιδημιολογικές μελέτες. Η χρήση τους στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να περιορίζεται στην αρχική ανίχνευση των κλινικών περιπτώσεων, ενώ για τη διάγνωση είναι αναγκαία η επιπλέον ειδική εκπαίδευση των ιατρών ή η παραπομπή των περιπτώσεων που ανιχνεύονται, σε ειδικούς ψυχικής υγείας.

**Λέξεις ευρητηρίου:** Κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, ανίχνευση, διάγνωση, ευαισθησία, ειδικότητα

## Εισαγωγή

Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι δύο πιο συχνές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών που απαντώνται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και του γενικού νοσοκομείου.<sup>1,2</sup> Υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη αποτελεί την τρίτη πιο συχνή αιτία προσέλευσης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.<sup>3</sup> Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη σωματικών προβλημάτων υγείας, η κατάθλιψη και το άγχος συνδέονται με σημαντική μείωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών, συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αυξημένο κόστος θεραπείας.<sup>4,5</sup>

Η εμπλοκή των ιατρών άλλων ειδικοτήτων πλην της Ψυχιατρικής στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών είναι αναπόφευκτη, αφού αυτές οι διαταραχές συνοδεύονται πολύ συχνά από σωματικά συμπτώματα και, αντιστρόφως, συχνά συνοδεύουν σωματικές νόσους. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας αρχικά για σωματικά συμπτώματα σε ποσοστό 70–80%.<sup>6</sup> Ωστόσο, πληθώρα μελετών έχει καταδείξει τα χαμηλά ποσοστά αναγνώρισης της κατάθλιψης και του άγχους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ακόμα και οι πλέον ευαισθητοποιημένοι κλινικοί αναγνωρίζουν την κατάθλιψη σε ποσοστό 36–56% και το κλινικά σημαντικό άγχος σε ποσοστό 15–36%.<sup>7,8</sup>

Οι δυσκολίες στην ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους προκύπτουν τόσο από τη στάση των ασθενών όσο και των ιατρών. Οι ασθενείς συχνά δυσκολεύονται είτε να αποδώσουν τα συμπτώματά τους σε ψυχολογικές αιτίες είτε να αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα σε ιατρούς.<sup>9</sup> Οι ιατροί συχνά δυσκολεύονται να διερευνήσουν τα ψυχολογικά συμπτώματα, εάν δεν τα αναφέρουν αυθόρμητα οι ίδιοι οι ασθενείς, ή επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των σωματικών αιτιάσεων κάτω από την πίεση του χρόνου.<sup>8</sup>

Προκειμένου να διευκολυνθεί η ανίχνευση της κατάθλιψης και του άγχους από μη-ειδικούς, έχουν αναπτυχθεί έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια κλινικής εκτίμησης στα οποία έχουν προσδιοριστεί διαγνωστικοί ουδοί, όπως Beck Depression Inventory,<sup>10</sup> Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised,<sup>11</sup> Zung Self-Rating Depression Scale,<sup>12</sup> Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9),<sup>13</sup> Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)<sup>14</sup> κ.ά. Ωστόσο, η ευ-

ρεία χρήση ενός εργαλείου ανίχνευσης προσκρούει συχνά στο πρόβλημα ότι πρέπει να συνδυάζει την ακρίβεια με την ευκολία και τη συντομία στην εφαρμογή του. Τα περισσότερα από τα προτεινόμενα ερωτηματολόγια κατάθλιψης και άγχους έχουν αποδεκτά επίπεδα ευαισθησίας (ποσοστό ορθής αναγνώρισης αληθώς θετικών περιπτώσεων) και ειδικότητας (ποσοστό ορθού αποκλεισμού αληθώς αρνητικών περιπτώσεων), αλλά απαιτούν αρκετά λεπτά (περισσότερα από 5) για τη συμπλήρωσή τους. Αυτός είναι ίσως ο κυριότερος λόγος για το γεγονός ότι δεν έχουν εισαχθεί τα ερωτηματολόγια αυτά στην καθημερινή κλινική πράξη τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.<sup>15</sup>

Η αύξηση του ενδιαφέροντος για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης σε συνδυασμό με την αναγνώριση των δυσκολιών στην ευρεία ανίχνευσή τους από τις υπηρεσίες υγείας, οδήγησε την τελευταία εικοσαετία σε απόπειρες να αναπτυχθούν και να δοκιμαστούν μέθοδοι με πολύ μικρό αριθμό ερωτήσεων (ultra-short screening). Παρόλο που με αυτές τις μεθόδους εξασφαλίζεται η σύντομη και εύκολη στην εφαρμογή της ανίχνευση, είναι ιδιαίτερα δύσκολο το να επιτυγχάνεται παράλληλα η μέγιστη δυνατή ακρίβεια, δηλαδή ο βέλτιστος συνδυασμός υψηλής ευαισθησίας και ειδικότητας. Ανασκοπήσαμε τα υπάρχοντα πολύ βραχεία εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης και του κλινικά σημαντικού άγχους καθώς και τα μέχρι στιγμής δεδομένα για την ακρίβειά τους με σκοπό να εντοπιστούν οι πλέον ενδεδειγμένες μέθοδοι για μελλοντικές επιδημιολογικές μελέτες και για την ευρείας κλίμακας ανίχνευση κατά την καθημέραν κλινική πράξη στη χώρα μας.

## Κατάθλιψη

### Ανίχνευση μέσω μικρού αριθμού ερωτήσεων

Οι Whooley et al<sup>16</sup> και Arroll et al<sup>17</sup> χρησιμοποίησαν πρώτοι για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τις παρακάτω δύο ερωτήσεις –σχετικές με την καταθλιπτική διάθεση και την ανηδονία– από το ερωτηματολόγιο Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD).<sup>18</sup>

1. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι νιώσατε πεσμένος(η), καταθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η);

2. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες;

Οι απαντήσεις ήταν διχοτομικές (ναι/όχι) και ως θετικό αποτέλεσμα ορίστηκε η θετική απάντηση σε μία από τις ερωτήσεις. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις επιλέχθηκαν επειδή: (i) η παρουσία είτε καταθλιπτικής διάθεσης είτε ανηδονίας-έλλειψης ενδιαφέροντος αποτελεί στα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια, όπως το διαγνωστικό σύστημα DSM-IV,<sup>19</sup> προϋπόθεση για τη διάγνωση της κατάθλιψης και (ii) επειδή σε μια πρώτη εκτίμηση του ερωτηματολογίου PRIME-MD είχε διαφανεί ότι αυτές οι ερωτήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ανίχνευση της κατάθλιψης με ευαισθησία 85% και ειδικότητα 75%.<sup>18</sup> Στις μελέτες των Whooley et al και των Arroll et al η κατάταξη των ερωτώμενων με βάση τις δύο αυτές ερωτήσεις συγκρίθηκε με αυτή μετά από διαγνωστικές συνεντεύξεις και βρέθηκε ότι η ευαισθησία των ερωτήσεων αυτών ήταν υψηλή (96% και 97%, αντίστοιχα) ενώ αντίθετα η ειδικότητά τους χαμηλή (57% και 67%, αντίστοιχα). Μεταγενέστερες μελέτες που χρησιμοποίησαν τις ίδιες ερωτήσεις σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, απέδωσαν παρόμοια αποτελέσματα.<sup>20-22</sup>

Προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερη ειδικότητα κατά την ανίχνευση της κατάθλιψης, οι Arroll et al<sup>23</sup> εισήγαγαν μια νέα μέθοδο προσθέτοντας μία επιπλέον ερώτηση σχετικά με την επιθυμία του ασθενούς να λάβει βοήθεια εφόσον αναφέρει καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία και συγκεκριμένα:

3. Είναι αυτό κάτι για το οποίο θα επιθυμούσατε να λάβετε βοήθεια; με τρεις πιθανές απαντήσεις (όχι/ναι, αλλά όχι σήμερα/ναι).

Βρήκαν ότι ο συνδυασμός θετικής απάντησης σε μία από τις πρώτες δύο ερωτήσεις και στην τρίτη ερώτηση έχει καλή ευαισθησία (96%) και αυξημένη ειδικότητα (89%) σε σύγκριση με τα αποτελέσματα διαγνωστικής ημιδομημένης συνέντευξης. Ωστόσο, μεταγενέστερη, μεγάλης κλίμακας μελέτη έδειξε ότι η μέθοδος των τριών απαντήσεων αυξάνει μεν την ειδικότητα (88% από 59% με τις δύο ερωτήσεις μόνο) αλλά μειώνει σημαντικά την ευαισθησία (65% από 91% με τις δύο ερωτήσεις μόνο).<sup>22</sup> Μια τρίτη μελέτη βρήκε μεγαλύτερη από την προαναφερόμενη ευαισθησία με τη μέθοδο των τριών ερωτήσεων

(87%) αλλά σε πολύ μικρότερο δείγμα ασθενών και χρησιμοποιώντας αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και όχι κλινική εκτίμηση για τον προσδιορισμό διαγνωστικού κριτηρίου.<sup>21</sup> Κατά συνέπεια, τα μέχρι στιγμής ευρήματα σχετικά με την ευαισθησία και την ειδικότητα της μεθόδου των τριών ερωτήσεων είναι αντιφατικά.

Παράλληλα με τις μεθόδους των δύο ή τριών ερωτήσεων, ορισμένοι ερευνητές εξέτασαν τη δυνατότητα ανίχνευσης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω μίας και μόνης ερώτησης. Οι Whooley et al<sup>16</sup> εξέτασαν χωριστά την καθεμία από τις προαναφερόμενες ερωτήσεις για την καταθλιπτική διάθεση και την ανηδονία και βρήκαν ότι η ευαισθησία (93% και 79%, αντίστοιχα) δεν ήταν μεγαλύτερη από αυτή που επιτυγχάνεται από τον συνδυασμό των ερωτήσεων (96%), ενώ η ειδικότητά της παρέμεινε σχετικά χαμηλή είτε οι προαναφερόμενες ερωτήσεις χρησιμοποιούνται χωριστά (62% και 72%, αντίστοιχα) είτε σε συνδυασμό (57%). Παρόμοια αποτελέσματα όσον αφορά στην ευαισθησία (86%, 83%, 96%) και στην ειδικότητα (72%, 79%, 67%), προέκυψαν και από ανάλογη ανάλυση των Arroll et al.<sup>17</sup> Σε σύγκριση με αυτά τα αποτελέσματα, μεταγενέστερες μελέτες βρήκαν χαμηλότερη ευαισθησία και μεγαλύτερη ειδικότητα όταν χρησιμοποιήθηκε η πρώτη ερώτηση,<sup>24</sup> και παρόμοια επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας όταν χρησιμοποιήθηκε η δεύτερη ερώτηση.<sup>25</sup> Οι Williams et al<sup>26</sup> εξέτασαν την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με μια ερώτηση που αφορά σε πολύ μεγαλύτερο διάστημα, συγκεκριμένα ένα έτος: «Νιώθατε καταθλιμμένος ή λυπημένος το μεγαλύτερο διάστημα κατά το προηγούμενο έτος;». Η ερώτηση ανίχνευσε καταθλιπτικές διαταραχές (όχι μόνο μείζονα κατάθλιψη) με ευαισθησία 85% και ειδικότητα 66%. Μια δεύτερη δοκιμή της μεθόδου απέδωσε χαμηλότερη ευαισθησία και μεγαλύτερη ειδικότητα αλλά χρησιμοποιώντας αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και όχι κλινική διάγνωση της κατάθλιψης ως κριτήριο.<sup>27</sup> Τέλος, οι Arroll et al<sup>23</sup> υπολόγισαν ότι αναγνώριση της κατάθλιψης με ευαισθησία 75% και ειδικότητα 88% επιτυγχάνεται όταν οι ασθενείς ερωτώνται για την επιθυμία να λάβουν βοήθεια για την καταθλιπτική διάθεση ή την ανηδονία (βλ. παραπάνω, ερώτηση 3).

Μία πρόσφατη μετα-ανάλυση συνέκρινε τις μεθόδους ανίχνευσης μέσω δύο ή τριών ερωτήσεων

και μέσω μίας και μόνης ερώτησης και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πρώτη μέθοδος υπερέχει σαφώς σε ακρίβεια της δεύτερης.<sup>8</sup> Μέσω δύο ή τριών ερωτήσεων βρέθηκε ότι επιτυγχάνεται ανίχνευση της κατάθλιψης με συνολική ευαισθησία 73,7% και ειδικότητα 74,7% ενώ με τη μέθοδο της μίας ερώτησης η ευαισθησία ήταν 32% και η ειδικότητα 97%. Πρακτικά τα αποτελέσματα αυτά σημαίνουν ότι με τη χρήση μίας ερώτησης αναγνωρίζονται μόλις 3 στους 10 πάσχοντες από κατάθλιψη ενώ με τη χρήση δύο ή τριών ερωτήσεων αναγνωρίζονται 8 στους 10 καταθλιπτικούς ασθενείς. Ωστόσο, με τις δύο ή τρεις ερωτήσεις υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που αναγνωρίζονται λανθασμένα, αφού οι 4 στις 10 θετικές περιπτώσεις δεν πάσχουν στην πραγματικότητα από κατάθλιψη.

Όσον αφορά στην κλινική εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων για την αναγνώριση της κατάθλιψης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχει αναγνωριστεί από τον οδηγό του National Institute for Health and Clinical Excellence στη Μ. Βρετανία η χρήση των δύο ερωτήσεων –και όχι της πρόσθετης τρίτης– για την αρχική ανίχνευση των περιστατικών, αλλά προτείνεται να ακολουθείται από εκτίμηση των συμπτωμάτων που περιγράφονται από τα διαγνωστικά κριτήρια.<sup>28</sup> Από την επιτροπή για τις υπηρεσίες πρόληψης των ΗΠΑ επίσης προτάθηκε η ανίχνευση της κατάθλιψης –αλλά όχι κάποιο συγκεκριμένο εργαλείο– ακολουθούμενη από κλινική διάγνωση σε δεύτερη φάση.<sup>29</sup> Επιπλέον, η μόνη μέχρι σήμερα μελέτη που εξέτασε τη δυνατότητα μιας δομημένης και κλινικά αξιόπιστης μεθόδου για την αναγνώριση της κατάθλιψης σε ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συμπέρανε ότι η βέλτιστη στρατηγική πρέπει να περιλαμβάνει μία πρώτη φάση ανίχνευσης με τις δύο ερωτήσεις αλλά να ακολουθείται από τη δομημένη εκτίμηση 4 πυρηνικών συμπτωμάτων (διαταραχές ύπνου, ανηδονία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μεταβολές στην όρεξη).<sup>30</sup> Πρέπει να επισημανθεί όμως ότι η δεύτερη φάση αυτής της στρατηγικής απαιτεί ημιδομημένη συνέντευξη από ειδικό ή εκπαιδευμένο κλινικό και δεν έχει δοκιμασθεί να γίνει μέσω ερωτηματολογίου.

### **Ανίχνευση μέσω βραχέων ερωτηματολογίων**

Μία σημαντική παρατήρηση από τη μέχρι στιγμής έρευνα για την ανίχνευση της κατάθλιψης είναι ότι στη σχετική συζήτηση επικρατεί σύγχυση σχετικά με δύο διαφορετικές πολύ βραχείς μεθόδους ανί-

χνευσης. Εκτός από τη μέθοδο των δύο ερωτήσεων με διχοτομικές απαντήσεις, την οποία παρουσιάσαμε παραπάνω, πολλές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει την πολύ βραχεία εκδοχή του ερωτηματολογίου PHQ-9, μετεξέλιξη της υποκλίμακας κατάθλιψης από το PRIME-MD, που προαναφέραμε, το PHQ-2<sup>31</sup> (βλ. Παράρτημα Α). Για παράδειγμα, η προαναφερόμενη μετα-ανάλυση για την ανίχνευση της κατάθλιψης μέσω μικρού αριθμού ερωτήσεων συναθροίζει τις μελέτες με τις δύο παραπάνω μεθόδους σε μια ομάδα, χωρίς να επισημαίνει τη διαφορά στη μέθοδο που ακολούθησαν.<sup>8</sup> Ωστόσο, το PHQ-2, παρόλο που περιλαμβάνει τις ίδιες ερωτήσεις για την καταθλιπτική διάθεση και την ανηδονία, αφορά σε 2 εβδομάδες και όχι σε έναν μήνα και απαιτεί διαβαθμισμένες απαντήσεις (καθόλου, μερικές ημέρες, περισσότερες από τις μισές ημέρες, σχεδόν κάθε ημέρα), που βαθμολογούνται από 0 έως 3 αντίστοιχα. Στην αρχική μελέτη εφαρμογής του PHQ-2 βρέθηκε ότι με ελάχιστη βαθμολογία 3 επιτυγχάνεται ευαισθησία 83% και ειδικότητα 92% σε σύγκριση με ημιδομημένη διαγνωστική συνέντευξη.

Από μεταγενέστερες μελέτες προέκυψαν παρόμοια ευρήματα με την αρχική μελέτη<sup>32</sup> αλλά και υψηλότερα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας (97% και 91%, αντίστοιχα),<sup>27</sup> αν και μια πρόσφατη μελέτη υποστήριξε ότι ανάλογα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας μέσω του PHQ-2 επιτυγχάνονται όταν η ελάχιστη διαγνωστική βαθμολογία είναι  $\geq 4$  και όχι  $\geq 3$ .<sup>33</sup> Τέλος, κατά τη χορήγησή του σε γενικό πληθυσμό βρέθηκαν υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας του PHQ-2.<sup>34</sup> Συνεπώς, τα πρόσφατα δεδομένα συντείνουν στην υπεροχή του PHQ-2 έναντι της μεθόδου των δύο ερωτήσεων με διχοτομικές απαντήσεις. Είναι πιθανό ότι η διαβαθμισμένη εκτίμηση της συχνότητας με την οποία εμφανίζονται η καταθλιπτική διάθεση και η ανηδονία, καθώς και ο περιορισμός της περιόδου εκτίμησης στις 2 τελευταίες εβδομάδες μειώνουν την πιθανότητα ψευδώς θετικής αναγνώρισης περιπτώσεων χωρίς να μειώνουν παράλληλα την αναγνώριση των αληθώς θετικών περιπτώσεων.

### **Ανίχνευση της κατάθλιψης σε ειδικούς πληθυσμούς**

Το ζήτημα της πολύ βραχείας ανίχνευσης της κατάθλιψης τέθηκε στο πλαίσιο της γηριατρικής εκτίμησης πολύ πριν εξεταστεί στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας γενικότερα. Συγκεκριμένα, η

**Παράρτημα Α***PHQ-2*

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;	Καθόλου	Μερικές ημέρες	Περισσότερες από τις μισές ημέρες	Σχεδόν κάθε ημέρα
Είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες	0	1	2	3
Νιώσατε πεσμένος(η), καταθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
Ουδός κατάθλιψης: Συνολική βαθμολογία $\geq 3$				

**Παράρτημα Β***GAD-2*

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;	Καθόλου	Μερικές ημέρες	Περισσότερες από τις μισές ημέρες	Σχεδόν κάθε ημέρα
Νιώσατε νευρικός (ή), αγχωμένος (η) ή ευερέθιστος (η)	0	1	2	3
Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας	0	1	2	3
Ουδός άγχους: Συνολική βαθμολογία $\geq 3$				

επιτροπή που συγκροτήθηκε στο Yale για τη μελέτη της γηριατρικής εκτίμησης (Yale Task Force on Geriatric Assessment) πρότεινε ήδη το 1990 την ανίχνευση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μέσω της εξής ερώτησης: «Νιώθετε συχνά λυπημένος ή καταθλιμμένος;». <sup>35</sup> Έκτοτε η ερώτηση αυτή, που καλείται πλέον ερώτηση Yale, ή παραλλαγές της χρησιμοποιήθηκαν σε πολλές μελέτες. Υποστηρίχθηκε ότι σε σύγκριση με την ευρέως χρησιμοποιούμενη, αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα Geriatric Depression Scale (GDS), <sup>36</sup> η ερώτηση Yale μπορεί να θεωρηθεί επαρκώς ακριβής στην ανίχνευση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους, με ευαισθησία 70–96% και ειδικότητα 75–84%. <sup>37–39</sup> Ωστόσο, σε μεγάλης κλίμακας μελέτη με δείγμα 13.670 ηλικιωμένους από την κοινότητα, η ερώτηση Yale εμφάνισε χαμηλή ευαισθησία σε σύγκριση με τη GDS. <sup>40</sup> Επιπλέον, η μοναδική μελέτη που εξέτασε την ερώτηση Yale με κριτήριο την κλινική διάγνωση, βρήκε χαμηλές τιμές ευαισθησίας και ειδικότητας (64% και 64%). <sup>41</sup> Κατά συνέπεια, από τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα δεν τεκμηριώνεται η ακρίβεια της μεθόδου της μιας ερώτησης για την ανίχνευση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Άλλες πολύ βραχείς μέθοδοι έχουν επίσης δοκιμασθεί ειδικά στον πληθυσμό των ηλικιωμένων. Η χρήση των δύο ερωτήσεων, για την καταθλιπτική διάθεση και την ανηδονία, απέδωσε πολύ χαμηλή

ευαισθησία σε σύγκριση με την κλινική διάγνωση. <sup>41</sup> Τα πλέον θετικά αποτελέσματα μέχρι στιγμής έχουν επιτευχθεί με την εφαρμογή του ερωτηματολογίου PHQ-2 σε μεγάλο δείγμα ηλικιωμένων (8205 άτομα). <sup>42</sup> Συγκεκριμένα, το PHQ-2 εμφάνισε ευαισθησία 100% και ειδικότητα 77% σε σύγκριση με την κλινική διάγνωση.

Η ανίχνευση μέσω μίας και μόνης ερώτησης και συγκεκριμένα της ερώτησης Yale έχει επανειλημμένα δοκιμαστεί σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι σχετικές μελέτες βρήκαν γενικώς αποδεκτά επίπεδα ακρίβειας <sup>43,44</sup> και ιδιαίτερα μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα της ερώτησης Yale όταν εφαρμόζεται τρεις μήνες μετά το επεισόδιο. <sup>45</sup> Οφείλουμε ωστόσο να επισημάνουμε ότι στις εν λόγω μελέτες χρησιμοποιήθηκε ως διαγνωστικό κριτήριο η ελάχιστη βαθμολογία σε κλινική κλίμακα και όχι η διάγνωση βάσει κριτηρίων. Ακολουθώντας την ίδια μέθοδο, μια μελέτη σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση βρήκε πολύ χαμηλή την ευαισθησία της ερώτησης Yale. <sup>46</sup>

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον έχει η ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο, αφού ο επιπολασμός της σε αυτήν την ομάδα ασθενών φτάνει στο 15% εντός των δύο πρώτων ετών νόσου. <sup>47</sup> Παρότι έχει βρεθεί ότι η κατάθλιψη καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής <sup>48</sup> και συνδέεται με αυξημένη θνητότητα έως και κατά 39%, <sup>49</sup> πολύ συχνά η ύπαρξή της σε ασθενείς με

καρκίνο δεν αναγνωρίζεται από τους θεράποντες ιατρούς τους.<sup>50</sup> Μία μετα-ανάλυση 17 μελετών σε ασθενείς με καρκίνο συνέκρινε την ακρίβεια της μεθόδου των δύο ερωτήσεων και της μεθόδου μίας μοναδικής ερώτησης –είτε για τη διάθεση, είτε για την ανηδονία– στην αναγνώριση της κατάθλιψης.<sup>51</sup> Βρέθηκε ότι η πρώτη μέθοδος είναι σαφώς πιο ακριβής, με συνολική ευαισθησία 91% και ειδικότητα 86%, από την εφαρμογή μίας και μόνης ερώτησης. Επιπλέον, μια πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση όλων των μελετών ανίχνευσης της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο εξέτασε την τεκμηρίωση που προκύπτει για την ακρίβεια όλων των εργαλείων που έχουν χρησιμοποιηθεί.<sup>52</sup> Η μελέτη συμπέρανε ότι η μέθοδος των δύο ερωτήσεων είναι μία εκ των δύο περισσότερο ενδεδειγμένων μεθόδων ανίχνευσης (η άλλη είναι το ερωτηματολόγιο BDI-II) ως προς την ακρίβεια και την αποδοχή κατά την εφαρμογή της.

Όσον αφορά ειδικότερα στο ερωτηματολόγιο PHQ-2, μια σφαιρική θεώρηση της εφαρμογής του σε ειδικούς πληθυσμούς παρέχει πρόσθετες ενδείξεις υπέρ της γενικευμένης χρήσης του. Το PHQ-2 έχει μέχρι στιγμής εφαρμοστεί σε ειδικές ηλικιακές ομάδες, ηλικιωμένους<sup>42</sup> και εφήβους,<sup>53</sup> σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο<sup>54</sup> και σε ασθενείς με χρόνιες νόσους.<sup>55</sup> Σε όλες τις περιπτώσεις τα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας που βρέθηκαν, προσεγγίζουν ή ξεπερνούν αυτά που βρέθηκαν σε γενικό πληθυσμό από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου στην αρχική μελέτη τους.<sup>31</sup>

### **Αγχώδεις διαταραχές**

Η δυνατότητα ανίχνευσης των αγχωδών διαταραχών μέσω πολύ βραχέων μεθόδων έχει πολύ λιγότερο διερευνηθεί σε σύγκριση με την κατάθλιψη. Η πολυμορφία της ομάδας των αγχωδών διαταραχών έχει ωθήσει τους ερευνητές περισσότερο στη δημιουργία ειδικών για την κάθε διαταραχή εργαλείων εκτίμησης παρά στην ανάπτυξη γενικών μεθόδων ανίχνευσης του κλινικά σημαντικού άγχους. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση του γενικευμένου άγχους ή των πιο κοινών αγχωδών συμπτωμάτων, όπως Hospital Anxiety Depression Scale (HADS),<sup>14</sup> Beck Anxiety Inventory,<sup>56</sup> State-Trait Anxiety Inventory,<sup>57</sup> GAD-7.<sup>58</sup> Επιπλέον, έχει επιχειρηθεί πρόσφατα να αναπτυχθούν και βραχείες μέθοδοι ανίχνευσης του κλινικά σημαντικού γενικευμένου άγχους.

Συγκεκριμένα, πρώτοι οι Löwe et al<sup>24</sup> υπολόγισαν ότι με την ερώτηση: «Νιώσατε νευρικός, αγχωμένος, ευερέθιστος ή πολύ ανήσυχος για πολλά διαφορετικά πράγματα; (περισσότερες από τις μισές ημέρες κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες)» αναγνωρίζονται ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές με ευαισθησία 44% και ειδικότητα 93%. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η μικρή ευαισθησία καθιστά τη χρήση της ερώτησης προβληματική. Μια άλλη μελέτη διερεύνησε τη δυνατότητα να αναγνωριστούν συγκεκριμένες αγχώδεις διαταραχές –συγκεκριμένα, η διαταραχή πανικού, η μετατραυματική διαταραχή στρες, η κοινωνική φοβία και η διαταραχή γενικευμένου άγχους– μέσω μιας ειδικής ερώτησης για κάθε διαταραχή.<sup>25</sup> Ένας συνδυασμός αποδεκτών επιπέδων ευαισθησίας και ειδικότητας βρέθηκε μόνο για τη διαταραχή πανικού. Γενικότερα όμως, η μεθοδολογία των ειδικών ερωτήσεων για κάθε επιμέρους αγχώδη διαταραχή δεν μπορεί να εξυπηρετήσει τον σκοπό της πολύ βραχείας ανίχνευσης.

Οι Puddifoot et al<sup>59</sup> δοκίμασαν την ανίχνευση αγχωδών διαταραχών σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω της ερώτησης: «τον τελευταίο μήνα ανησυχούσατε πολύ για καθημερινά προβλήματα;». Ως επιπρόσθετη χρησιμοποίησαν την ερώτηση για την επιθυμία λήψης ειδικής βοήθειας (βλ. παραπάνω, ερώτηση 3) σε όσους ασθενείς απάντησαν θετικά στην πρώτη ερώτηση. Τα αποτελέσματα της πρώτης ερώτησης είχαν ευαισθησία 76% και ειδικότητα 82% σε σύγκριση με τη διάγνωση που έγινε μέσω της κλίμακας HADS. Οι συγγραφείς αναφέρουν αύξηση της προβλεπτικής ισχύος με τον συνδυασμό των δύο ερωτήσεων αλλά δεν αναφέρουν συγκεκριμένα ποσοστά ευαισθησίας και ειδικότητας. Ωστόσο, το γεγονός πως δεν χρησιμοποιήθηκε κλινική διάγνωση στη μελέτη αυτή μειώνει την αξιοπιστία των ευρημάτων της.

Οι Kroenke et al<sup>60</sup> επιχείρησαν να δημιουργήσουν ένα ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αγχωδών διαταραχών με δύο ερωτήσεις (GAD-2) (βλ. Παράρτημα Β). Οι ερωτήσεις αυτές επιλέχθηκαν γιατί αφορούν στα πυρηνικά και πιο γενικά συμπτώματα από αυτά που εκτιμά το έγκυρο ερωτηματολόγιο GAD-7, το οποίο χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της διαταραχής γενικευμένου άγχους:

1. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι νιώσατε νευρικός(ή), αγχωμένος(η) ή ευερέθιστος(η);

2. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας;

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από 0 (καθόλου) έως 3 (σχεδόν κάθε ημέρα). Το GAD-2 δοκιμάστηκε για την ανίχνευση 4 αγχωδών διαταραχών – διαταραχή γενικευμένου άγχους, διαταραχή πανικού, διαταραχή κοινωνικού άγχους και μετατραυματική διαταραχή στρες– σε δείγμα ασθενών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Βρέθηκε ότι σε σύγκριση με τη διάγνωση βάσει ημιδομημένης συνέντευξης από ειδικούς ψυχικής υγείας το GAD-2 με βαθμολογία  $\geq 3$  ανιχνεύει όλες τις προαναφερόμενες διαταραχές πλην της μετατραυματικής διαταραχής στρες με αποδεκτά επίπεδα ευαισθησίας (70–86%) και ειδικότητας (81–83%).

Με τη συνένωση των ερωτηματολογίων PHQ-2 και GAD-2 δημιουργήθηκε ένα κοινό για την ανίχνευση κατάθλιψης και άγχους, βραχύ ερωτηματολόγιο, το PHQ-4.<sup>61</sup> Από την πρώτη εφαρμογή του PHQ-4 σε γενικό πληθυσμό βρέθηκαν καλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας και επιβεβαιώθηκαν τα επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας της κάθε υποκλίμακάς του (κατάθλιψη και άγχος).<sup>62</sup>

### Συμπεράσματα

Υπάρχει πλέον επαρκής τεκμηρίωση για την καταλληλότητα των πολύ βραχέων ερωτηματολο-

γίων ανίχνευσης της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών, ειδικότερα του PHQ-2, του GAD-2 και του PHQ-4, για χρήση σε επιδημιολογικές μελέτες. Ωστόσο, η ακρίβεια όλων των βραχέων ερωτηματολογίων δεν είναι τόση ώστε να αναγνωρίζονται με ασφάλεια μέσω αυτών η κατάθλιψη ή οι αγχώδεις διαταραχές. Η χρήση τους στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να περιορίζεται στην αρχική ανίχνευση των κλινικών περιπτώσεων, η οποία αναμένεται να είναι πολύ χρήσιμη όταν έχει ευρεία εφαρμογή, ενώ για τη διάγνωση είναι αναγκαία η επιπλέον ειδική εκπαίδευση των ιατρών ή η παραπομπή των περιπτώσεων που αρχικά ανιχνεύονται, σε ειδικούς ψυχικής υγείας.

### Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του σχεδιασμού της Εθνικής Μελέτης Νοσηρότητας (EMENO), η οποία πραγματοποιείται στο πλαίσιο της πράξης «ΘΑΛΗΣ-Ενίσχυση της Διεπιστημονικής ή και Διδρυματικής έρευνας και καινοτομίας με δυνατότητα προσέλκυσης ερευνητών υψηλού επιπέδου από το εξωτερικό μέσω της διενέργειας βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας αριστείας» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση». Ευχαριστούμε όλους τους συνεργάτες της μελέτης για τα θέματα, ευρύτερου ενδιαφέροντος για την Ψυχιατρική, που μας έθεσαν.

## Ultra-short questionnaires for the detection of depression and anxiety

G. Konstantakopoulos,<sup>1,2</sup> E. Sofianopoulou,<sup>3</sup> G. Touloumi,<sup>3</sup> D. Ploumpidis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Community Mental Health Center Byron-Kaisariani, 1st Department of Psychiatry, Athens University Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece

<sup>2</sup>Section of Cognitive Neuropsychiatry, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

<sup>3</sup>Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, Athens University Medical School, Athens, Greece

Psychiatriki 2013, 24:288–297

Depression and anxiety disorders are the two most common mental health problems seen in the primary care and the general hospital settings. They are both associated with poorer patient functioning, worse quality of life, more frequent utilization of health services, and higher health care costs. However, detection rates of depression and anxiety by non-mental health specialists remain very low, while most of the proposed screening tools are rather not practical and therefore they have not been widely used in practice. Over the last two decades, ultra-short tools including one to three questions

have been developed and suggested as case-finding methods and their sensitivity and specificity have been investigated. We reviewed all the ultra-short screening tools for depression and anxiety and the existing evidence on their accuracy in detecting major depression and anxiety disorders. Two simple screening questions for depression, about depressed mood and loss of interest or pleasure in doing things, have been repeatedly applied in primary care settings and found to have satisfactory sensitivity but low specificity. The addition of a third question inquiring if help is needed to the two screening questions for depression improves the specificity, however on the cost of reducing the sensitivity of the method. Screening for depression using only one of these questions alone was found to be less accurate strategy than the two or three question tests. The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) includes the same two depression-questions with rating scale answer choices and it was found to be more accurate than the two question test with dichotomous (yes or no) answers. Ultra-short screening strategies for depression in older people were found to have acceptable levels of accuracy, while in patients with cancer the two question tests had higher sensitivity and specificity than in other patient groups. According to the existing data, the Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) questionnaire, which includes two questions on "feeling nervous, anxious or on edge" and "not being able to stop or control worrying" appears to have acceptable accuracy in identifying clinically significant anxiety. We concluded that there is sufficient evidence on the suitability of the ultra-short screening instruments for depression and anxiety –especially the PHQ-2, the GAD-2 and their combination, the PHQ-4– for use in epidemiological studies. In primary and secondary care settings, the ultra-short tools can be used only as an initial screening method but diagnosis made by specially-trained clinicians or mental-health specialists is warranted for patients who initially screen positive.

**Key words:** Depression, anxiety disorders, detection, diagnosis, sensitivity, specificity

## Βιβλιογραφία

1. Olfson M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Nomura Y, Gameroff M et al. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Arch Fam Med* 2000, 9:876–883
2. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004, 78:49–55
3. Shah A. The burden of psychiatric disorder in primary care. *Int Rev Psychiatry* 1992, 4:243–250
4. Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Simon GE, Buesching DP. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO Study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med* 2002, 32:889–902
5. Stein MB, Roy-Byrne PP, Craske MG, Bystritsky A, Sullivan G, Pyne JM et al. Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Med Care* 2005, 43:1164–1170
6. Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Warden D et al. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR. *Gen Hosp Psychiatry* 2004, 26:421–429
7. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999, 318:436–439
8. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007, 57:144–151
9. Robinson JW, Roter DL. Psychosocial problem disclosure by primary care patients. *Soc Sci Med* 1999, 48:1353–1362
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4:561–571
11. Turvey CL, Wallace RB, Herzog R. A revised CES-D measure of depressive symptoms and a DSM-based measure of major depressive episodes in the elderly. *Int Psychogeriatrics* 1999, 11:139–148
12. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965, 12:63–70
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001, 16:606–613
14. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67:361–370
15. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures: national survey. *Br J Psychiatry* 2002, 180:101–103
16. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997, 12:439–445
17. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003, 327:1144–1146
18. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, de Gruy FV, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994, 272:1749–1756
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text revision. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2000



20. Goodyear-Smith F, Arroll B, Coupe N. Asking for help is helpful: validation of a brief lifestyle and mood assessment tool in primary health care. *Ann Fam Med* 2009, 7:239–244
21. Mohd-Sidik S, Arroll B, Goodyear-Smith F, Zain AM. Screening for depression with a brief questionnaire in a primary care setting: validation of the two questions with help question (Malay version). *Int J Psychiatry Med* 2011, 41:143–154
22. Lombardo P, Vaucher P, Haftgoli N, Burnand B, Favrat B, Verdon F et al. The "help" question doesn't help when screening for major depression: external validation of the three-question screening test for primary care patients managed for physical complaints. *BMC Medicine* 2011, 9:114
23. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005, 331:884
24. Löwe B, Grafe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B et al. Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosom Med* 2003, 65:764–770
25. Means-Christensen AJ, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Using five questions to screen for five common mental disorders in primary care: diagnostic accuracy of the Anxiety and Depression Detector. *Gen Hosp Psychiatry* 2006, 28:108–118
26. Williams JW, Mulrow CD, Kroenke K, Dhandu R, Badgett RG, Omori D et al. Case-finding for depression in primary care: A randomized trial. *Am J Med* 1999, 106:36–43
27. Corson K, Gerrity MS, Dobscha SK. Screening for depression and suicidality in a VA primary care setting: 2 items are better than 1 item. *Am J Manag Care* 2004, 10:839–845
28. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression: The treatment and management of depression in adults*. Partial update of NICE Clinical Guideline 23. NICE, London, 2009
29. United States Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002, 136:760–764
30. Brody DS, Hahn SR, Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, deGruy III FV et al. Identifying patients with depression in the primary care setting: a more efficient method. *Arch Intern Med* 1998, 158:2469–2475
31. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003, 41:1284–1292
32. Löwe B, Kroenke K, Grafe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005, 58:163–171
33. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Fishman T, Falloon K et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med* 2010, 8:348–353
34. Yu X, Stewart SM, Wong PTK, Lam TH. Screening for depression with the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) among the general population in Hong Kong. *J Affect Disord* 2011, 134:444–447
35. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM Jr, Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Int Med* 1990, 112:699–706
36. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982–1983, 17:37–49
37. Mahoney J, Drinka TJK, Abler R, Gunter-Hunt G, Matthews C, Gravenstein S et al. Screening for depression: Single question versus GDS. *J Am Geriatr Soc* 1994, 42:1006–1008
38. Gori C, Appollonio I, Riva GP, Spiga D, Ferrari A, Trabucchi M et al. Using a single question to screen for depression in the nursing home. *Arch Gerontol Geriatr* 1998, 6(Suppl):235–240
39. Büla CJ, Wietlisbach V, Yersin B, Burnand B. Does a single item question identify elderly medical inpatients who report significant depressive symptoms? *Age Ageing* 2003, 32:231–233
40. Osborn DPJ, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Bulpitt CJ, Nunes M et al. Performance of a single screening question for depression in a representative sample of 13,670 people aged 75 and over in the UK: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Fam Pract* 2003, 20:682–684
41. Blank K, Gruman C, Robison JT. Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004, 59A:M378–M384
42. Li C, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *J Am Geriatr Soc* 2007, 55:596–602
43. Watkins C, Daniels L, Jack C, Dickinson H, van den Broek M. Accuracy of a single question in screening for depression in a cohort of patients after stroke: comparative study. *BMJ* 2001, 323:1159
44. Talelli P, Lekka NP, Katsoulas G, Ellul J. The verbally asked single Yale question compared with its written form as screening tool for post-stroke depression. *J Neurol* 2004, 251(Suppl 3):III/191
45. Watkins CL, Lightbody CE, Sutton CJ, Jack CIA, Dickinson HA, van den Broek MD et al. Evaluation of a single-item screening tool for depression after stroke: a cohort study. *Clin Rehabil* 2007, 21:846–852
46. Avasarala JR, Cross AH, Trinkaus K. Comparative assessment of Yale single question and Beck Depression Inventory Scale in screening for depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2003, 9:307–310
47. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011, 12:160–174
48. Noorani NH, Montagnini M. Recognizing depression in palliative care patients. *J Palliat Med* 2007, 10:458–464
49. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. A meta-analysis. *Cancer* 2009, 115:5349–5361
50. Jones LE, Doebbeling CC. Suboptimal depression screening following cancer diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2007, 29:547–554
51. Mitchell AJ. Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *Br J Cancer* 2008, 98:1934–1943
52. Mitchell AJ, Meader N, Davies E, Clover K, Carter GL, Loscalzo MJ et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: Evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *J Affect Disord* 2012, 140:149–160
53. Richardson LP, Rockhill C, Russo JE, Grossman DC, Richards J, McCarty C et al. Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics* 2010, 125:e1097

54. Williams LS, Brizendine EJ, Plue L, Bakas T, Tu W, Hendrie H et al. Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke* 2005, 36:635–638
55. Taylor JK, Schoenbaum M, Katon WJ, Pincus HA, Hogan DM, Unutzer J. Strategies for identifying and channeling patients for depression care management. *Am J Manag Care* 2008, 14:497–504
56. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clinical Psychol* 1988, 56:893–897
57. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, 1970
58. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006, 166:1092–1097
59. Puddifoot S, Arroll B, Goodyear-Smith FA, Kerse NM, Fishman TG, Gunn JM. A new case-finding tool for anxiety: A pragmatic diagnostic validity study in primary care. *Int J Psych Med* 2007, 37:371–381
60. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007, 146:317–325
61. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics* 2009, 50:613–621
62. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord* 2010, 122:86–95

---

Αλληλογραφία: Γ. Κωνσταντακόπουλος, Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνος-Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Δήλου 14, 161 21 Βύρωνας  
Τηλ: (+30) 210-764 01 11, Fax: (+30) 210 766 28 29  
e-mail: gekonst@otenet.gr george.konstantakopoulos@kcl.ac.uk