Dr. Radu Vrasti

Masurarea Sanatatii Mentale

"Proiectul a avut aceeasi soarta ca si cel anterior dupa ce l-a sucit si l-a rasucit pe toate partile, l-a intors cu capul in jos, l-a inaltat si l-a coborat, l-a lasat ca un nou-nascut, i-a facut praf virtozitatea teoretica si l-a invatat singurul lucru pe care trebuia sa-l stie: ca viata nu are nevoie de lectii de la nimeni!"

Gabriel Marquez (*Dragostea in Vremea Holerei*)

Cuvant Inainte

Am inceput sa scriu aceasta carte in urma cu 15 ani. Mai intai a fost o tentatie izvoranta din felul meu de a vedea lucrurile in psihiatrie. Era dificil sa accept ca in medicina somatica exista analize, se fac masuratori ale diversilor parametrii biologici, iar de partea cealalta, in psihiatrie, nu exista astfel de standarde. Asa a debutat interesul meu fata de modul in care se putea evalua diferite simptome psihice, despre valoarea instrumentelor de masura si despre modul de constructie a lor. Am fost criticat de multi dintre colegii mei care ma vedeau ca un "reductionist", un simplist, opac la fenomenologie si la "arta" dialogului cu pacientul. Eu insa am perseverat!

A lucra la aceata carte a insemnat un efort imens de informare si asimilare, de corespondenta cu diferiti autori, de procurare si parcurgere a unui volum urias de referinte bibliografice si, in final, de traducere, de gasire a echivalentelor lingvistice si profesionale, si de editare grafica, lucruri deloc usoare. Cu aceasta ocazie am vazut ca exista un interes international fata de astfel de carti, carti care reprezinta o referinta esentiala pentru practica bazata pe dovezi, in cercetarea stiintifica si in curicula de formare a noilor generatii de psihiatrii, psihologi, asistenti sociali, surori si a tuturor celor implicati in programele de sanatate mentala.

In acesta perioada, cand fiecare demers clinic trebuie documentat, cand fiecare simptom trebuie cules in mod confident, tehnicile de evaluare clinica au devenit din ce in ce mai importante. De aceea discutia despre ce masuram in activitatea clinica are o deosebita importanta si multe studii incearca sa stabilieasca daca constructele nosologice sunt reale sau nu, iar daca sunt reale, cu ce la masuram. Astfel, pentru prima oara in istoria psihiatriei, o nosologie oficiala se insoteste de instrumente de masura pentru entitatile clinice pe care le descrie si clasifica; este cazul DSM-5. Sunt convins, ca asa cum fiecare entitate clinica din medicina somatica are alaturi de lista de simptome si semne clinice si analizele paraclinice care suporta diagnosticul, tot asa, in viitor, tulburarile clinice psihiatrice vor avea atasate lista instrumentelor de masura pentru simptomele si criteriile clinice diagnostice.

Cartea nu acopera toata plaja tulburarilor mentale si a consecintelor lor, precum instrumentele de masura folosite la copii si adolescenti, cele folosite in gerontopsihiatrie, in tulburarile de personalitate sau alimentare, sau instrumentele utilizate pentru evaluarea functionarii psihosociale sau a rezultatului tratamentului. In schimb, am ales cele mai utilizate scale, chestionare sau interviuri in practica curenta a profesionistilor din acest domeniu.

Iunie 2018, Kitchener, Ontario Dr. Radu Vrasti

TABLA DE MATERII

1. Ce sunt instrumentele de masurare a sanatatii mentale si proprietatile lor generale

1.1. Scalele de evaluare
1.1.1. Constructia scalei
1.1.1.1. Sursa si formularea itemilor scalei
1.1.1.2. Selectia itemilor scalei
1.1.1.3. Numarul itemilor scalei
1.1.1.4. Scalarea raspunsurilor
1.1.2. De la item la scala
1.1.3. Adminstrarea scalelor
1.2. Interviurile de diagnostic
1.3. Parametrii de calitate ale instrumentele de masura
1.3.1. Validitatea
1.3.2. Senzitivitatea si specificitatea
1.3.3. Confidenta
1.3.4. Confidenta cross-culturala
1.4. Relatia dintre validitate si confidenta
1.5. Alegerea unui instrument de masurare
1.6. Intrebari pe care le-am primit de-a lungul timpului

2. Interviurile diagnostice structurare

2.1. Diagnosticul psihiatric si problemele lui de confidenta
2.2. Programul de diagnostic pentru tulburari afective si wschizofrenie **(** *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia -* ***SADS*** *)*
2.3. Programul de interviu diagnostic **(***Diagnostic Interview Schedule - DIS)*
2.4. Interviul clinic structurat pentru DSM *(Structured Clinical Interview for DSM - SCID)*
2.5. Interviul internetional compozit de diagnostic *(Composite International Diagnostic Interview -CIDI*)
2.6. Programul de evaluare clinica in neuropsihiatrie (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry - SCAN*)

3. Evaluare globala a simptomelor psihice

3.1. Sistemul AMDP
3.2. Scala de evaluare comprehensiva a psihopatologiei (*Comprehensive psychopathological Rating Scale - CPRS)*
3.3. Scala scurta de evaluare psihiatrica (*Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS)*
3.4. Lista de simptome - 90 (*Symptom Checklist - 90 - SCL-90*)
3.5. Scala de observatie a surorilor pentru evaluarea pacientilor interneti (*Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation - NOSIE-30)*

4. Masurarea depresiei

4.1. Scala de evaluare a depresiei (*Hamilton Depression Rating Scale - HDRS*)
4.2. Scala de melancolie Bech-Rafaelsen *(Melancholia Scale Bech-Rafaelsen _MES)*

4.3. Scala de depresie Montgomery-Asberg (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - MADRS*)
4.4. Scala spitaliceasca de anxietate si depresie (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*)
4.5. Scalele de depresie Newcastle (*Newcastle Depression Scales*)
4.6. Inventarul de depresie Beck (*Beck's Depression Inventory - BDI*)
4.7. Scala Zung de auto-evaluare a depresiei (*Zung Self-Rating Depression Scale- SDS*)
4.8. Scala Carroll de evaluare a depresiei *(Carroll Rating Scale for Depression - CRS*)
4.9. Scala de depresie a centrului de studii epidemiologice (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D)*
4.10. Inventarul Zimmerman de diagnostic al depresiei (*Zimmerman Inventory to Diagnose Depression - IDD*)
4.11. Scala Calgary de evaluare a depresiei din schizofrenie (*Calgary Depression Scale for Schizophrenia - CDSS)*
4.12. Scala Edinburgh de depresie postnatala (*Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS*)
4.13. Scala lipsei de speranta a lui Back (*Beck Hopelessness Scale - BHS*)

5. Masurarea maniei

5.1. Scalele de auto-evaluate
5.1.1. Scala de autoevaluare a maniei Altman (*Altman Self-Rating Mania Scale*)
5.1.2. Chestionarul tulburarilor dispozitiei (*Mood Disorders Questionnaire*)
5.2. Scalele de observatie
5.2.1. Scala Beigel de evaluare a maniei (*Beigel Mania-State Rating Scale - MSR*)
5.2.2. Scala Young de evaluare a maniei (*Young Mania Rating Scale - YMRS*)
5.2.3. Scala de mania Bech-Rafaelsen (*Bech-Rafaelsen Mania Scale - BRMS*)
5.2.4. Scala de evaluare a maniei administrata de clinician (*The Clinician-Adminstered Rating Scale for Mania - CARS-M)*
5.2.5. Ghidul de evaluare a maniei (*Mania Rating Guide*)
5.2.6. Lista cognitiilor din manie (*Cognition Checklist for Mania - Revisited*)

6. Masurarea anxietatii

6.1. Algoritmul evaluarii anxietatii
6.1.1. Cautarea si culegerea semnelor si simptomelor anxietatii
6.1.2. Determinarea felului in care semnele si simptomele se adune unele cu altele
6.1.3. Etapa de evaluarea formala a formei clinice de anxietate
6.2. Cand si de ce utilizam instrumente de evaluare a anxietatii
6.3. Scala Hamilton de evaluare a anxietati (*Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS*)
6.4. Inventarul Stare-Trasatura de Anxietate a lui Spielberger (*The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI*)
6.5. Inventarul Beck de Anxietate (*Beck Anxiety Inventory – BAI*)
6.6. Scala de autoevaluare a anxietatii a lui Zung (*The Self-Rating Anxiety Scale Zung-SAS*
6.7. Scala de anxietate “Mintea inaintea Emotiilor” (*Mind over Mood Anxiety Inventory – MOM-A)*
6.8. Inventarul de anxietate a lui Burns (*Burns Anxiety Inventory*)
6.9. Scala de Anxietate Covi (*Covi Anxiety Scale-COVI)*
6.10. Scala de depresie, anxietate si stress (*The Depression Anxiety Stress Scale-DASS)*
6.11. Chestionarul Penn State de evaluare a ingrijorarii (*Penn State Worry Questionnaire - PSWQ*)

6.12. Chestionarul Tulburarii Anxioase Generalizate – IV (*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV)*
6.13. Scala de Severitate a Tulburarii Anxioase Generalizate (*Generalized Anxiety Disorder Severity Scale –GADSS*)
6.14. Scala Sheehan de auto-evaluare a anxietatii *(Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale – SPRAS)*
6.15. Scala de severitate a tulburarii de panica (*Panic Disorder Severity Scale –PDSS)*
6.16. Scala de auto-evaluare a tulburarii de panica (*Panic Disorder Self-report – PDSR)*
6.17. Inventarul de Mobilitate pentru Agorafobie (*Mobility Inventory for Agoraphobia – MI)*
6.18. Scala de claustrofobie a lui Ost (*The Ost Claustrophobia Scale - CS*)
6.19. Chestionarul de claustrofobie (*The Claustriphobia Questionnaire-CLQ)*
6.20. Scala anxietatii sociale a lui Liebowitz (*The Liebowitz Social Anxiety Scale-LSAS*)
6.21. Inventarul de fobie sociala (*The Connors Social Phobia Inventory-SPIN)*
6.22. Inventarul de anxietate si fobie sociala (*The Social Phobia and Anxiety Inventory-SPAI)*
6.23. Indexul senzitivitatii anxioase (*The Anxiety Sensitivity Index-ASI-3*)
6.24. Scala scurta a fricii de evaluare negativa (*The Brief Fear of Negative Evaluation Scale-Brief FNES*)
6.25. Scala gandurilor si credintelor sociale (*The Social Thoughts and Beliefs Scale*)

7. Masurarea obsesiilor

7.1. Scala de obsesie compulsie Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Y-BOCS*)
7.2. Inventarul Padua (*Padua Inventory – PI)*
7.3. Inventarul de obsesii si compulsii a lui Foa (*Foa Obsessive-Compulsive Inventory*)
7.4. Inventarul Penn de Scrupulozitate (*Penn Inventory of Scrupulosity-PIOS*)
7.5. Chestionarul interpretarii responsabilitatii (*Responsibility Interpretations Questionnaire - RIQ*) si Scala atitudinii de responsabilitate (*Responsibility Attitude Scale -RAS*)

8. Masurarea traumei si a consecintelor ei

8.1. Evaluarea evenimentului traumatic
8.1.1. Chestionarul evenimentelor de viata (*Life Events Questionnaire-LEQ*)
8.1.2. Inventarul istoriei traumatice *(Trauma History Screen*)
8.1.3. Lista evenimentelor de viata *(Life Events Checklist-LEC)*
8.1.4. Chestionarul evenimentelor stressante de viata (Stressful Life Events Screening Questionnaire-SLESQ)
8.2. Evaluarea simptomelor post-traumatice de stress
8.2.1. Interviurile diagnostice pentru tulburarea post-traumatica de stress
8.2.1.1. Scala administrata de clinician pentru tulburarea post-traumatica de stress (*Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS)*
8.2.1.2. Interviul scurt de evaluare a tulburarii post-traumatice de stress (*Short PTSD Rating Interview – SPRINT)*
8.2.1.3. Scala simptomelor tulburarii post-traumatice de stress pentru DSM-5 *(PTSD Symptom Scale - Interview for DSM-5 - PSS-I-5)*
8.2.2. Instrumentele de screening
8.2.2.1. Scala de evaluare a traumatismului (*Davidson Trauma Scale- DTS*)
8.2.2.2. Scala de evaluare a impactului evenimentului *(Impact of Event Scale - IES)*

8.2.2.3. Scala Mississippi pentru evaluarea tulburarii post-traumatice de stree - versiunea civila *(Mississippi Scale for Civilian-Related Posttraumatic Stress Disorder)*
8.2.2.4. Checklistul pentru tulburarea post-traumatica de stress *(PTSD Checklist - PCL)*
8.2.2.5. Scala pentru streeningul tulburarii post-traumatice de stress DSM-5 pentru ingrijirile primare *(Primary care PTSD for DSM-5 - PC-PTSD-5)*
8.3. Instrumentele de evaluare a structurii cognitive: Inventarul cognitiilor post-traumatice (*Posttraumatic Cognition Inventory – PTCI*)
8.4. Evaluarea simularii in cazul tulburarii post-traumatice de stress
8.5. Dezvoltarea personala post-traumatica: Inventarul cresterii post-traumatice (*Posttraumatic Growth Inventory*)

9. Masurarea tulburarilor psihosomatice

9.1. Screeningul pentru simptomele de somatizare (*Screening for Somatoform Symptoms - SOMS*)
9.2. Screenerul OMS pentru tulburarile somatoforme (*The screener for Somatoform Disorders)*
9.3. Chestionarul comportamentului de boala (*Illness Behavior Questionnaire - IBQ*)
9.4. Scala atitudinilor de boala (*Illness Attitude Scale - IAS*)
9.5. Indexul Whiteley (*Whiteley Index of Hypochondriasis - WI*)
9.6. Scala amplificarii somatosenzoriale *(Somatosensory Amplification Scale - SSAS)*
9.7. Inventarul pentru anxietatea fata de sanatate *(Health Anxiety Inventory - HAI*)
9.8. Chestionarul cognitiilor despre boala si sanatate (*Cognitions about body and health questionnaire - CABAH)*
9.9. Chestionarul sanatatii pacientului *(Patient Health Questionnaire - PHQ-15)*
9.10. Chestionarul de simptome - 4 dimensiuni *(Four-Dimensional Symptom Questionnaire - 4DSQ)*
9.11. Scala tulburarii cu simptome somatice - criteriul B *(The Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale - SSD-12)*
9.12. Scala scurta de simptome somatice - 8 (*Somatic Symptoms Scale - SSS-8*)

10. Masurare a psihozei

10.1. Scurta istorie a conceptului de psihoza si terminologiei ei
10.2. Despre simptomele psihozei
10.3. Psihoza - entitate clinica sau doar atribut
10.4. Instrumentele utilizate in evaluarea psihozei
10.4.1. Scala scurta de evaluare in psihiatrie (*Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS)*
10.4.2. Scala de evaluare comprehensiva a psihopatologiei *(Comprehensive Psychopathological Rating Scale – CPRS)*
10.4.3. Inventarul Peters de masurare a delirurilor *(Peters Delusions Inventory – PDI))*
10.4.4. Scala Cardiff de evaluare a anomaliilor perceptive *(The Cardiff Anomalous Perceptions Scale - CAPS)*
10.4.5. Inventarul de auto-evaluare a experientelor anormale (*Examination of Anomalous Self-Experience - EASE*)
10.4.6. Interviul structurat pentru simptomele prodromale (*Structured Interview for Prodromal Symptoms – SIPS*) si Scala pentru simptomele prodromale (*Scale of Prodromale Symptoms- SOPS*)

10.4.7. Scalele Chapman de masurare a schizotipiei (*The Perceptual Aberrations Scale, Magical Ideation Scale, Social Anhedonia Scale)*
10.4.8. Inventarul de cognitii schizotipale a lui Rust *(The Rust Inventory of Schizotypal Cognition-RISC)*
10.4.9. Scala pentru evaluarea simptomelor pozitive (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms – SAPS*) si Scala pentru evaluarea simptomelor negative (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS*)
10.4.10. Scala sindromului pozitiv si negativ (*Positive and Negative yndrome Scale - ANSS)*
10.4.11. Scala de identificare a simptomelor si comportamentului (*Behavior and Symptoms Identification Scale – BASIS-32)*
10.4.12. Scala de evaluare a progreselor pacientului (*Routine Assessment of Patient Progress – RAPP)*
10.4.13. Inventarul de remitere a psihozei *(Psychosis Recovery Inventory – PRI*)
10.4.14. Scala de evaluare a simptomelor psihotice (*The Psychotic Symptom Rating Scale - PSYRATS*
10.4.15. Evaluarea clinicianului a dimensiunilor simptomelor de psihoza (*Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity - C-RDPSS)*

11. Masurarea consumului de alcool si a consecintelor lui

11.1. Screeningul problemelor date de consumul de alcool
11.1.1. Testul de identificare a problemelor consumului de alcool (*The Alcohol Use Disorder Identification test - AUDIT)*
11.1.2. Testul Michigan de screening al alcoolismului (*The Michigan Alcoholism Screening Test - MAST)*
11.1.3. Chestionarul CAGE (*CAGE Questionnaire*)
11.1.4. Testul TWEAK
11.1.5. Valoarea testelor de screening
11.2. Evaluarea severitatii problemelor date de consumul de alcool
11.2.1. Indezul severitatii adictiei (*Adiction Severity Index - ASI*)
11.2.2. Inventarul consecintelor bautorului *(The Drinker Inventory of Consequences - DrInC)*
11.2.3. Scala dependentei de alcool (*Alcohol Dependence Scale - ADS*)
11.2.4. Scala institutului clinic de evaluare a sevrajului alcoolis (*Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol revised - CIWA-Ar)*
11.3. Instrumente utilizate in evaluarea consumatorului de alcool
11.3.1. Chestionarul disponibilitatii la schimbare *(Readiness to Change Questionnaire - RTCQ)*
11.3.2. Chestionarul expectantelor bautului (*Drinking Expectancy Questionnaire-DEQ)*
11.3.3. Chestionarul auto-eficientei refuzului bautului (*Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-DRSEQ)*

1. CE SUNT INSTRUMENTELE DE MASURARE A SANATATII MENTALE SI PROPRIETATILE LOR GENERALE.

Cu totii avem nevoie de a lua decizii cu privire la ingrijirea sanatatii. Complexitatea informatiei si dificultatea alegerilor sunt evidente si greu de depasit, in functie de pozitia ocupata in sistemul de ingrijire a sanatatatii, precum: clinet (pacient, consummator), furnizor de servicii de sanatate sau creator de politici de sanatate.

Furnizorul de servicii de sanatate trebuie sa decida ce fel de servicii ofera, au ele vre-un rezultat, pot fi ele vandute/ decontate, companiilor de asigurari de sanatate? Pot ele concura cu succes alte oferte de pe piata serviciilor de sanatate? Practicile oferite sunt suficient de confidente pentru a putea fi argumentate in instante juridice sau de alt fel atunci cand clientul le pune in discutie?

Nici creatorul de politici de sanatate nu este scutit de dileme de cunatificare atunci cand trebuie sa decida caror nevoi comunitare trebuie sa raspunda programele de sanatate pe care le deseneaza si le implementeaza, si are intrebari de tipul: sunt aceste programe eficiente si care sunt indicatorii lor de evaluare?

Desi natura acestor decizii este diferita, ele toate se bazeaza pe tehnicile de masurare si decelare a fenomenelor procesului de sanatate si boala la un individ, grup sau comunitate. Dar ce inseamna masurare? Masurarea este un proces de alocare a unui numar la ceva anume. Acest ceva este o variabila si in practica clinica o variabila poate sa fie un comportament, un gand sau un sentiment, o emotie, pe scurt, o stare sau o trasatura a unei persoane, sau mai poate fi un simptom sau un sindrom (Corcoran si Fischer, 2000).

In mod sintetic, atat in rutina clinica cat si in cercetare, atunci cand se doreste sa se masoare o problema de sanatate de fapt se raspunde la cele cinci intrebari cheie propuse de Dunn si Everitt (1995).

Despre ce este vorba?	Este o problema de diagnostic
Cat de rea este?	Este o problema de masurare
Cat de comuna este?	Este o problema de prevalenta
Ce a cauzat-o?	Se cauta factorii asociati
Cum poate fi tratata?	E vorba de evaluarea terapiilor si rezultatului

Trecand in revista literatura, Fromberg si Kane (1989) gasesc o larga controversa privitor la strategia de masurare a starii de sanatate. Ei considera ca exista cinci probleme nerezolvate:

- care sunt dimensiunile relevante ale sanatatii?
- trebuie sa evalueze fiecare dimensiune separat sau sa o evalueze global?
- care metoda de evaluare trebuie sa fie preferata (interviu standard, scala de evaluare, etc.)?
- grupurile populationale difera in preferintele lor (de ex. populatia generala, profesionistii, pacientii)?
- cum pot fi controlate variabilele situationale in asa fel incat masurarea sa aibe acuratete si sa fie confidenta?

Pe scurt, este vorba de a alege dimensiunile de masurat si strategiile de masurare. Dar se pune intrebarea: de ce atatea precautii? De ce trebuie sa masuram atat de exact? Un raspuns concis si corect ar fi acela ca o masurare trebuie sa asigure *reproductibilitatea datelor*, respectiv siguranta sau increderea ca fenomenul supus masurarii ar da aceleasi rezultate la masurare daca aceasta ar fi facuta de diversi evaluatori cu acelasi instrument de masura sau la intervale scurte de timp. Conceptul de reproductibilitate aduce certitudinea evaluarii, a diagnosticului si deciziilor asteptate.

In ultimele decenii se comnstata o presiune crescuta asupra reponsabilitatii celor implicati in deciziile de sanatate in general. Utilizarea metodelor standardizate de evaluare, utilizare ghidurilor de buna practica, a algoritmurilor diagnostice consensuale, etc sunt o parte din modul cum acesti profesionisti au inteles sa se pune "la adaport" de litigatiile care pot aparea intre pacient si clinician. Dar aspectul crucial al responsabilitatii de care vorbesc este angajamentul de a livra ingrijiri eficace si in drumul spre aceste ingrijiri, utilizarea instrumentelor de masurare este o etapa indispensabila (Corcoran si Fischer, 2000)

In termeni simpli, principalele metode de masurare in domeniul sanatatii mentale, metode bazate pe aprecieri subiective sau pe observarea comportamentului, se sprijina pe *scalarea* fenomenului supus masurarii, adica pe identificarea localizarii acestuia pe un continuum care cuprinde teoretic toate starile sau situatiile in care se poate afla fenomenul sau subiectul. Prin scalare se obtine *scala de evaluare sau de masurare ("rating scale")* care consta dintr-o linie imaginara cu capete si ancore bine definite. Privita in felul acesta, a administra o scala de evaluare unui subiect inseamna a solicita respondentului sa se plaseze pe acest continuum

utilizand o "ancora", respectiv punctul in care se opreste subiectul in evaluare sa. Aceste scalele de evaluare sunt instrumentele de masurare cele mai comune utilizate in screening (epidemiologie), diagnostic sau pentru evaluarea severitatii sau schimbarii unui simptom sau a unei trasaturi.

Un alt tip de masurare, bazat pe culegerea standardizata a opiniilor, plangerilor, simptomelor, sentimentelor subiectilor prin chestionare sau interviuri. Aici este vorba mai curand de a *evalua global* un fenomen sau un subiect, fara a exista o unitate sau o magnitudine a masurarii; este vorba de interviurile si chestionarele structurate de evaluare.

Indiferent cu ce se faca, cu scale, chestionare sau interviuri, evaluarea poate fi definita ca un proces de aplicare a unei metode sistematice si structurate de descriere a unui fenomen sau trasaturi (Salvador-Carulla, 1996). Gradul de evaluare poate varia in functie de gradul de structurare a modului de culegere a fenomenului supus evaluarii, numit si "algoritmul de cunatificare". Din acest punct de vedere, exista instrumente de evaluare semi-structurate sau structurate in intregime.

Se considera ca prima scala de evaluare a fost conceputa de Walter D. Scott in 1920, presedintele unei societati de inginerie industriala din Chicago, care a vrut sa aibe un mijloc de evaluare, simplu si obiectiv, a calitatilor si defectelor candidatilor la un post de director. Se pare ca atunci s-a nascut si expresia atat de consacrata de "*rating scale".* Din alta perspectiva, prima incercare de a construi o scala de masurare pentru scopuri clinice a fost facuta de Heymans si Wiersma in 1909, care au redactat un inventar de simptome pe baza unui instrument de auto-raportare a acestor simptome. Prima scala folosita in psihiatrie, ce se datoreaza psihologului Wittenborn (1950) care a construit o scala de evaluare a psihopatologiei legata de evaluarea medicamentelor psihotrope.

Evolutia instrumentelor de evaluare a fost foarte rapida dupa introducerea medicamentelor psihotrope, utilizare care a ridicat necesitatea impresioasa de a se masura efectivitatea terapeutica a acestor agenti si a locului lor pe o piata din ce in ce mai concurentiala. Cu toate acestea, masurarea standardizata a sanatatii mentale s-a impus greu si relativ tarziu, astfel ca in prima parte anilor '80, aceste instrumente nu erau mentionate in cele mai importante manuale sau tratate din SUA si Europa (Bobon, 1986). Am putea spune ca "dreptul la cetate" a acestui nou mod de abordare in psihiatrie si psihologie clinica nu este mai vechi de 50 ani. In acest sens, Organizatia Mondiala a Sanatatii a intreprins eforturi constante si a antrenat intreaga

comunitate stiintifica intr-un efort conjugat de standardizare, clasificare si statistica psihiatrica cu scopul dezvoltaii *"unui limbaj comun"* (Sartorius, 1983 si 1989) care sa permita profesionistilor din domeniul sanatatii mentale si persoanelor implicate in managementul sanatatii mentale si problemelor psihosociale sa se inteleaga unii pe altii, sa comunica mai bine si sa lucreze impreuna. Moller (2009) spunea ca "*metodele standardizate de evaluare sunt utilizate sa masoare obiectiv si, in unele cazuri, sa cuantifice fenomene psihopatologice si alte domenii relevante clinic, facand astfel mai usoara comunicarea acestora si analiza lor statistica*"

Aceasta abordare este o noua provocare adusa stiintelor antropologice, care in deceniile viitoare va trebui sa aduca perfectionari continue ale procesului de evaluare si masurare a unor caracteristici umane, ele insele aflate in evolutie. Astfel, cuvintele lui Popper (1972) apar foarte actuale: "*Stiinta apare ca o trecere de la arbitrar la conventional, dar la un conventional controlat si ajustat*".

In psihiatrie, psihopatologie, psihologie clinica, psihoterapie, asistenta sociala si alte domenii ale sanatatii mentale, informatia este predominant descriptiva si scopul principal al instrumentelor standardizate de evaluare este de a *converti* aceste descriptii in date cunatificabile care sa fie susceptibile analizei statistice (Dennis si colab. 1995). Acest lucru nu este totdeauna posibil si uneori nici chiar de dorit. Materialul scris sau verbal cules in exercitarea acestor domenii de activitate nu poate totdeaua si nici nu trebuie inlocuit cu evaluarile numerice. Aceste evaluari cantitative sunt valabile mai ales pentru asa-zisa *masurare a schimbarii.* Ori de cate ori in starea de sanatate sau boala a unui subiect sau a unei populatii apare o schimbare, ea trebuie cuantificata cat mai exact pentru a putea fi pusa in relatie cu factorii determinanti, cu metodele curative, conturarea si dimensionarea metodelor profilactice si a politicilor comunitare in domeniu. In esenta, masurarea schimbarii este necesara pentru evaluarea *efectivitatii* metodelor de combatere si prevenire puse in opera si pentru desenarea balantei cost/beneficiu. De aceea, in ultimii ani s-a pus accentul pe proiectarea si realizarea de metode de evaluare cu o cat mai mare sensibilitate si specificitate, capabile sa deceze cele mai mici schimbari ale fenomenului studiat.

In practica clinica psihiatrica si in cercetarea din domeniu exista o plaja larga de constructe care trebuie evaluate printre care diagnosticele, semnele si simptomele, severitatea lor, afectarea functionarii, calitatea vietii, calitatea serviciilor oferite si satisfactia clientului cu acestea, etc. cand masuram, putem face aceasta utilizand doua feluri de abordari: categoriale sau dimensionale (continue). In cazul abordarii categoriale este vorba de o evaluare calitativa de tipul

"prezent" sau "absent", si cea mai frecventa abordare categoriala este cea care priveste diagnosticul, identificarea unui simptom sau a unui criteriu de diagnostic, nevoia de spitalizare, dizabilitatea care trebuie compentata (pensionara), etc. Masuratorile continue sunt cele ale fenomenelor sau trasaturilro care se intand pe un continuum ca in cazul severitatii simptomelor, de exemplu masurarea intensitatii depresiei cu scala Hamiltion sau a statutului functional, de exemplu masurarea functionarii cu Global Assessment Scale (GAF) (Rush si colab. 2008).

In general, instrumentele de evaluare care fac si obiectul acestei carti, sunt instrumente standardizate care trebuie sa indeplineasca urmatoarele criterii de calitate pentru a putea fi considerate utilizabile (Moller, 2009):

- obiectivitate, in sensul ca rezultatul lor sa nu depinda de cine administreaza instrumentul, cine il analizeaza sau interpreteaza;
- confidenta, adica instrumentul trebuie sa furnizeze aceleasi rezultate la administrari repetate la acelasi individ, adica sa fie reproductibile;
- validitate sau marimea cu care un instrument masoara ceea ce a fost propus sa masoare, de exemplu, daca a fost construit sa masoare depresia, atinci el trebuie sa o masoare cu robustete numai si numai depresia si nimic altceva;
- predictibilitate sau cantitatea de resurse cerute de administrarea instrumentului in ceea ce priveste timpul, personalul si materialele utilizate.

In functie de domeniul folosit, instrumentele de evaluare se folosesc in patru scopuri importante:

- screening (detectia unui fenomen intr-o populatie);
- diagnostic si clasificare,
- aprecierea importantei/severitatii unui fenomen (simptom, opinie, emotie, comportament, etc) si
- evaluarea rezultatului unui demers (pe termen scurt, mediu sau lung si rata succesului sau a reaparitiei/recaderii).

In paragrafele urmatoare vor fi expuse bazele procesului de masurare si evaluare in sanatatea mentala care va usura intelegerea modului de administrare, cotare, interpretare a instrumentelor care vor fi descrise in aceasta carte.

1.1. SCALELE DE EVALUARE ("*rating scales*")

O scala de evaluare consta intr-o suita de itemi individuali, fiecare din ei acoperind un fenomen bine definit (de ex. simptom, trasatura de personalitate, etc.), care este evaluat conform gradului de severitate (Bech si colab. 1993a). Trebuie sa se tina bine seama ca prin aceste scale de evaluare se obtine mai curand severitatea fenomenului pentru care au fost construite, decat identificarea fenomenului ce se vrea masurat.

Scalele de evaluare sunt instrumente de masura standardizate, in sensul ca aplicarea lor necesita pastrarea intocmai a formei si modului de administrare recomandat de autorul acelei scale si in acest fel se poate spune ca sunt metode structurate bazate pe o lista de caracteristici si, uneori, de descriptii a acestor caracteristici (Moller, 2009).

Conform lui Bech (1993b) in general, subiectul se pozitioneaza de-a lungul unei dimensiuni fizice sau cvasi-fizice a fenomenului, astfel incat anumite proprietati matematice sa poata fi deduse. In felul acesta, poate exista o locatie zero sau una de origine si intervale egale de evaluare, pe care un subiect se plaseaza ("ancoreaza") prin auto-evaluare. Prin scalarea cumulativa a fiecarui item se obtine un scor general la sfarsitul evaluarii. Aceasta natura cumulativa a evaluarii pentru fiecare item deosebeste scalele de evaluare de chestionare sau de inventarele de simptome sau opinii.

Scopul unei scale va determina continutul in itemi si diferitele aspecte ale structurii si aplicarii ei.

1.1.1. Constructia scalei

1.1.1.1. Sursa si formularea itemilor: Primul pas in redactarea unei scale este formularea sau inventarea itemilor ei. In general, itemii sunt alesi si formulati pornind din cinci surse diferite:

- pacientii sau subiectii insisi,
- observatia clinica,
- teoria in domeniu,
- datele furnizate de cercetare si
- opinia expertilor.

Foarte frecvent, pacientii si subiectii pasibili de a fi evaluati prin scala ce se va dezvolta sunt o excelenta sursa a itemilor. Au fost dezvoltate o varietate de tehnici prin care sa se extraga

in mod sistematic si riguros opiniile lor si aceste metode apartin domeniului cercetarii calitative. Printre cele mai cunoscute si folosite metode de analiza calitativa sunt "Interviul informantilor cheie" si metoda "Focus group" (Hudelson, 1996). Itemii din sectiunile de alcool si drog din instrumentele recomandate de OMS, precum CIDI, SCAN si AUDADIS au fost selectionati, redactati si verificati cross-cultural prin astfel de metode, studii la care a participat si autorul acestei carti (Room si colab, 1996; Ustun si colab. 1997).

Observatia clinica este cea mai frecventa si de incredere sursa pentru formularea itemilor unei scale de evaluare. In fond, scalele sunt un mod simplu de a strange observatii clinice in mod sistematic si standardizat. Exista insa riscul ca clinicianul sa greseasca in capitalizarea experientei sale in formularea unei scale, fie prin alegerea inadecvata a fenomenelor supuse masurarii datorita unei inclinatii personale, fie prin definirea lipsita de acuratete a cadrului clinic. De aceea, experienta clinica trebuie sa fie confruntata cu datele teoretice, cu cele furnizate de cercetarea stiintifica si cu opinia expertilor in domeniu. Astfel se poate explica de ce multe scale de evaluare mai noi au aceiasi itemi cu alte chestionare sau scale mai vechi, doar cu mici modificari, generatia a doua de scale formandu-se in mare parte prin revizuirea primei generatii de scale.

1.1.1.2. Selectia itemilor: Dupa formularea unui numar oarecare de itemi, urmeaza selectarea lor dupa criterii adecvate pentru a fi inclusi in noua scala de evaluare.

Schematic, conform lui Streiner si Norman (1995), Salvador-Carulla (1996) si Streiner si colab (2015), selectia itemilor se face conform urmatoarelor principii:

- comprehensivitatea: limbajul folosit sa fie acceptat si adecvat ambiantei socio-culturale a subiectilor carora le este adresat;
- sa nu contina ambiguitati de formulare, sa nu fie vag sau sa contina termeni rar folositi sau un jargon specific;
- itemul sa fie simplu formulat, sa nu contina mai multe intrebari in acelasi timp sau sa solicite mai multe raspunsuri in acelasi timp;
- sa se evite pe cat posibil itemii cu formulari negative;
- formularea itemilor trebuie sa fie cat mai scurta posibil;
- sa aibe putere discriminativa, respectiv sa poata distinge subiectii care se pozitioneaza diferit pe ”plaja" scalei;
- definitia itemilor trebuie sa fie exhaustiva si mutual exclusiva (*criteriul lu Guilford*);

- formularea itemilor nu trebuie sa fie ofensiva sau triviala.

1.1.1.3. Numarul itemilor scalei: Scalele pot cuprinde un item, ca in cazul scalelor globale (de ex. scalele de evaluare a bunastarii, Scala Evaluarii Globale sau Global Assessment Scale-GAS, etc) sau din mai multi itemi. Exista versiuni scurte sau lungi ale aceleiasi scale (de ex. scala de depresie Hamilton, versiunea cu 21 itemi si cea cu 17 itemi). Daca o scala are mai mult de 30 intrebari, atunci se vorbeste de un chestionar; unii autori le denumesc "inventare" sau "checklist", mai ales atunci cand se evalueaza doar prezenta sau absenta fenomenului de cerecetat.

Exista tendinta ca scalele de generatia a II-a sa fie mai scurte si sa aibe in jur de 10 intrebari. Dupa cum spune Bech (1993b): *"Problema de baza aici este ca nici un item al unei scale nu este suficient singur si ca un numar limitat de itemi luati impreuna sunt suficienti daca reprezinta universul problemelor ce trebuie investigate".*

1.1.1.4. Scalarea raspunsurilor: Avand desemnate un numar de intrebari dupa metodele descrise mai sus, se pune apoi problema de a alege o metoda prin care raspunsurile sa fie obtinute. Alegerea metodei este dictata de ce fel de intrebari am formulat ai ce vrem sa masuram prin ele. Astfel, se pot masura *variabile categoriale*, precum statutul marital, statutul socio-economic, religia, etc. sau *variabile continue*, precum pentru masurarea durerii, depresiei, presiunii sanghine, etc.

Pentru variabilele categoriale sunt construite scale in care se cere respondentului sa furnizeze un raspuns de tip "da - nu" (ca in cazul scalei MAST pentru screeningul alcoolismului), "adevarat - fals" (de ex. scala MacAndrew pentru screeningul alcoolismului) sau doar sa bifeze un raspuns. Aceste scale se numesc *scale nominale de evaluare.*

Pentru variabilele continue exista, in mare, trei feluri de masuratori:

- *tehnica estimarii directe,* in care subiectul este invitat sa indice raspunsul prin marcarea pe o linie sau bifarea unei casute;
- *metodele comparative,* in care subiectul alege dintr-o serie de alternative care au fost in prealabil calibrate;
- *metodele econometrice,* in care subiectul se evalueaza prin ancorarea la stari extreme.
- *scalele analoge* si *scalele adjectivale* sunt cel mai frecvente metode utilizate in domeniul masurarii sanatatii mentale.

Scala analoga lineara vizuala ("*visual analogue scale*" - VAS) este o linie de o lungine de 70 pana la 100 mm pe care sunt plasate diferite ancore. Subiectul este rugat sa puna un "x" sau sa traga o linie verticala in locul corespunzator cu starea perceputa de el (fig. 1). Acest tip de scale permit subiectului sa comunice usor ce simte si face posibila o analiza parametrica a scorurilor obtinute (Zeally si Aitken, 1969). Cu toate acestea, nu este un acord unanim asupra felului variabilelor ce le furnizeaza aceste scale: intervale sau ratii. Simplicitatea acestor scale le-a facut foarte populare desi se considera ca in jur de 7% din subiecti nu sunt capabili sa le completeze.

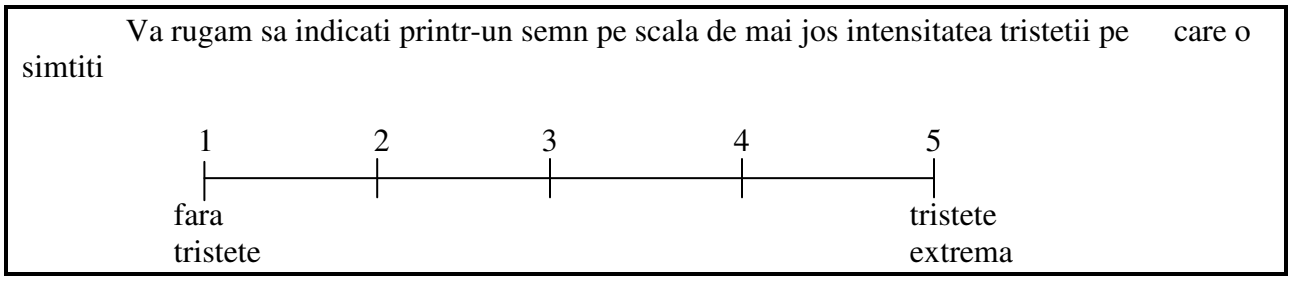


Fig. 1: Exemplu ipotetic de scala analoga vizuala de evaluare a tristetii

Scala analoga numerica este similara cu cea lineara cu exceptia ca dreapta este inlocuita cu numere (de la 0 la 7 sau 10 sau 100). Un exemplu este Scala globala de evaluare a functionarii ("*Global Assessment of Functioning" - GAF)* dar care este gradata de la 0 care inseamna absenta totala a functionari (sociale, profesionale, familiale), la 100 care inseamna functionare foarte buna in toate ariile si lipsa oricaror simptome.

Scalele adjectivale sunt mult mai raspandite in psihologie si psihopatologie si sunt focalizate pe descrierile adjectivale ale variabilelor continue sau categoriale. Evaluarea se face folosind categorii verbale sau adjective anterior calibrate care sunt folosite pentru a cuantifica severitatea unui fenomen. Ele pot cuprinde un singur item sau mai multi. Astfel de scale, cu alternative asezate gradual, se numesc si scale tip Likert. Se considera ca cea mai buna confidenta ("*reliability")* o dau scalele cu 5 alternative, de ex. "intotdeauna", "deseori", "nici des, nici rar", "rareori", "niciodata". Un exemplu foarte cunoscut de scala adjectivala este scala numita SCL-90 ("*Symptom Check List-90")* folosita pentru masurarea psihopatologiei generale si care este o scala Likert cu 5 ancore (de la 0 = deloc la 4 = foarte mult). In aceasta scala, fiecare item este evaluat cu ajutorul acestei scalari in 5 puncte (fig. 2).

In ultimul timp cat de mult ati fost deranjat de:

	Deloc	Putin	Moderat	Mult	Foarte mult
54. Lipsa de speranta	1	2	3	4	5

Fig. 2: Itemul No. 54 din SCL-90 si modul de scorare

Un alt tip de scala este asa numita *scala diferentiala semantica* (Osgood si colab. 1957) care este folosita pentru a evalua un fenomen pe mai multe dimensiuni bipolare (fig. 3).

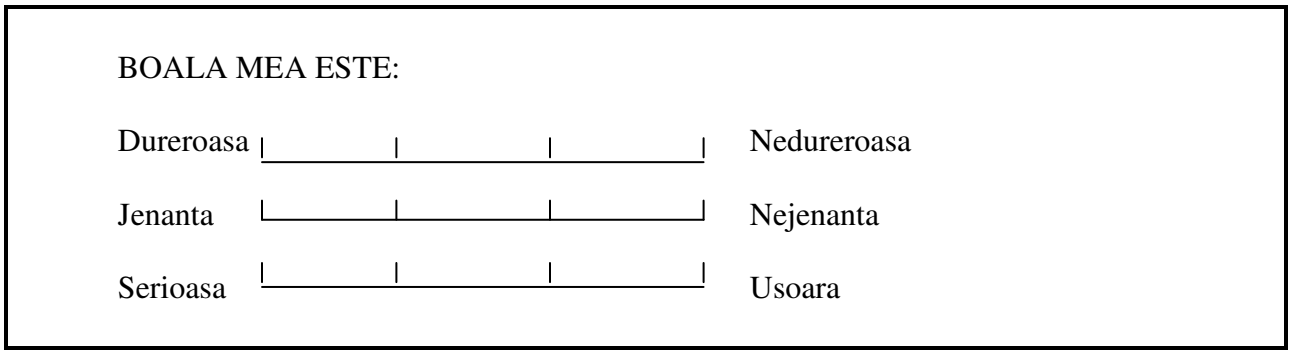


Fig. 3. Scala diferentiala semantica (dupa Streiner si Norman, 1995)

1.1.2. De la itemi la scala

Unele scale sunt constituite dintr-un singur item precum scalele analoge vizuale, altele din mai multi itemi desemnati sa evalueze o singura caracteristica de baza, precum Scala de Expectanta la Alcool a lui Young si Knight (1989) care contine 43 itemi, toti fiind cotati de la 1 la 6. Alegerea acestor itemi depinde de capacitatea lor de a "citi" fenomenul destinat a fi evaluat, respectiv pe baza relevantei clinice si validitatii lor. In plus, itemii alesi sufera o analiza de corelatie interna, in sensul ca fiecare dintre acestia trebuie sa coreleze pozitiv cu toti ceilalti si cu scala ca intreg in masura in care toti sunt destinati sa evalueze acelasi fenomen. Prin analiza factoriala, itemii unei scale se pot grupa in factori in functie de capacitatea lor de a "incarca" acel factor (Streiner si colab. 2015).

In general, scorul unei scale se face adunand valoarea data de subiect fiecarui item in timpul procesului de evaluare, pornind de la premiza ca fiecare item are aceeasi importanta in cadrul scalei si astfel se obtine scorul total. Suma itemilor care alcatuiesc o subscala sau un factor al scalei este doar un scor partial si are relevanta doar pentru acel factor.

Exista si cazul in care in cadrul unei scale, itemii pot avea o "greutate" diferita in functie de ponderea pe care o au in evaluarea fenomenului. Un exemplu simplu este cel al Scalei de Dependenta la Alcool a lui Skinner si Allen (1982) in care fiecare item are o valoare diferita, cuprinsa pe o scala Likert de la 0 la 4, valoare care se adauga la scorul final al scalei. Aceasta valoare diferita a fiecarui item este stabilita de autorii scalei in functie de greutatea pe care ai au atribuita fiecarui item.

Atunci cand utilizam o scala de evaluare intr-o populatie, avem o distributie de scoruri ce evalueaza acel fenomen, si atunci vrem sa stim dincolo de care scor fenomenul acela este prezent. Astfel, daca masuram dependenta la alcool cu Scala de Dependenta a lui Skinner si vrem sa stim de la ce scor putem spune ca o persoana prezinta dependenta la alcool si de la care nu. Acest prag se numeste "prag de separare" (*cut-off point)* si se stabileste dupa un procedeu denumit *Receiver Operating Characteristic curve - ROC* (Metz, 1978; Murphy si colab. 1987; Bowling, 2005). Acest punct se calculeaza prin raportarea la doi indicatori statistici: *senzitivitatea,* respectiv rata cazurilor adevarat pozitive decelate de scala, si *specificitatea,* respectiv rata cazurilor adevarat negative decelate de scala. Un exemplu foarte cunoscut este instrumentul de screening pentru alcoolism - AUDIT (*Alcoholism Use Disorders Identification Test*) promovat de Organizatia Mondiala a Sanatatii (OMS) (Saunders si colab. 1993) la care punctele sau pragurile de separare au fost determinate prin metoda ROC: un scor mai mare de 8 identificand un consum de alcool daunator (Bohn si colab. 1995:, Conigrave si colab., 1995). Intr-un studiu de validitate si confidenta a versiunii romanesti a acestui instumesnt s-a evidentiat, prin metoda "ROC" ca un prag de separare de 10 este mai adecvat pentru populatia romaneasca (Vrasti, 1997)

In afara de pragul de separate (*cut-off point*) prin care o scala poate prezica prezenta sau absenta unui fenomen sau trasatura intr-o populatie clinica sau generala, unele scale supt prevazute si cu aceste praguri de separare in functie de varsta sau sex. Pentru aceste scale autorul sau autorii furnizeaza scoruri prag diferentiate pe grupe de varsta sau in functie de sex, considerandu-se ca fenomenul masurabil este diferit in functie de aceste variabile.

1.1.3. Administrarea scalelor

Administrarea scalelor de evaluare se face, in general, in functie de tipul de informatii dorit a fi obtinut si de sursa informatiilor. Astfel, scalele bazate pe interviul cu pacientul sau pe examinarea sa sunt denumite *scale de observare.* Un exemplu tipic de scala de observare este scala Hamilton de depresie care se completeaza de catre medic sau psihologi dupa observarea atenta, pentru o perioada suficiente de timp, a pacientului pe care il are in grija. Pentru scalele de observare trebuie sa se specifice pentru fiecare item sau pentru scala intreaga daca se bazeaza pe situatia de interviu, adica pe situatia fata in fata, sau pe alte situatii ca in observatia directa, nemediata, fara conversatie, ca in cazul depresiei, a comportamentului motor, sau pe observatia mediata de echipamente diverse, de exemplu camere video, etc. Exista o oarecare critica a folosirii scalelor de observare legata de distorsiunile care pot apare atunci cand se aplica (moller, 2009):

- efectul Rosenthal care spune ca asteptarile celui care observa pot influenta cotarea scalei;
- tendinta de a supra- sau subestima fenomenele masurate datorita subiectivitatii cotatorului;
- efectul de halo care presuopune ca cel care masoara poate fi influentat de impresia generala atunci cand coteaza un fenomen specific, un item continut de scala intreaga;
- eroare logica care rezulta din conceptiile teoretice si afiliatiile "ideologice" ale cotatorului la diferite conceptii psihopatologice.

In tabelul Nr. 1 se prezinta o serie de scale de observatii freecvent folosite in practica clinica. Aceste scale vor fi descrise mai departe la capitolele inchinate utilizarii lor specifice.

Domeniu	**Scala de observatie**	**Autorul**	**Numar de itemi**
Psihopatologie generala	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Overall and Gorham (1976)	18 itemi
Depresie	Hamilton Depression Scale (HAMD)	Hamilton (1976)	17 sau 21 itemi
Manie	Bech-Rafaelson Mania Scale (BRMRS)	Bech et al. (1991)	11 itemi
Anxietate	Hamilton Anxiety Scale (HAS)	Hamilton (1976)	14 itemi
Obsesii	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)	Goodman et al. (1989)	10 itemi

Tabelul Nr. 1. Exemple de scale de observatie frecvent utilizate in practica clinica (dupa Moller, 2009)

Scalele care se completeaza de catre subiect, fara ajutorul unei alte persoane se numesc *scale de auto-evaluare.* Aici avem de fapt problema auto- sau hetero-evaluarii. S-ar putea crede ca scalele completate de un observator sau o terta persoana sunt superioare in ceea ce priveste confidenta datelor evaluate fata de scalele completate de subiectul insusi si aceasta cu atat mai mult in cazul subiectilor consumatori de alcool. Cu toate acestea, s-a observat in multiple trialuri clinice ca auto-evaluarea isi pastreaza intreaga incredere, mai ales in evaluarile repetate la intervale scurte sau la cele facute cu ajutorul computerului. Pentru o mai buna intelegere, in tabelul Nr. 2 se prezinta cateva scale de auto-evaluare foarte frecvent utilizate.

Domeniu	**Scala de autoevaluare**	**Autorul**	**Numar de itemi**
Depresie	Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)	Zung (1965)	20 itemi
Posttraumatic Stress Disorder	Impact of Event Scale	Horowitz et al (1979)	15 itemi
Anxietate	Beck Anxiety Inventory (BAI)	Beck et al. (1988)	21 itemi
Obsesii	Padua Inventory-Washington State University Revision (PI-WSUR)	Burns et al (1996)	39 itemi

Tabelul Nr. 2: Exemple de scale de auto-evaluare utilizate in practica clinica

1.2. INTERVIURILE DE DIAGNOSTIC

Daca la un capat al continuumului instrumentelor de evaluare se afla scalele de evaluare ("*rating scales*"), de auto-evaluare sau de observatie, la celalalt capat se gasesc interviurile. In principal un interviu este o interactiune intre doi oameni in care o persoana intreaba, intervievatorul, si cealalta, intervievatul, furnizeaza raspunsurile (Dunham, 1991). Dupa Zubin (1989), exista patru criterii prin care un interviu diagnostic folosit in evaluarea sanatatii mentale se deosebeste de conversatie sau comunicare:

- intalnirea interlocutorilor se face fata in fata;
- este directionat de scopul particular al intervievatorului;
- foloseste concomitent conversatia si observatia, si

- implica o relatie ierarhica intre interlocutori, in sensul ca unul este intervievator si celalalt este intervievat.

In functie de modul de administrare a intrebarilor, exista *interviuri informale*, in care intrebarile sunt la latitudinea intervievatorului, atat ca formulare cat si ca secventa, si *interviuri standardizate,* in care formularea si secventa intrebarilor este stabilita ca regula stricta de creatorii interviului si la care cel ce il administreaza trebuie sa adere cu convingere. Interviurile informale au avantajul ca, prin flexibilitatea pe care o au, se muleaza mai bine pe relatia intervievat-intervievator, reusesc sa demonteze reticenta intervievatului si sunt expresia ideologiei si experientei intervievatorului, dar nu ofera certitudinea evaluarii, pentru ca repetat in timp la acelasi subiect sau la subiecti diferiti rezultatele interviului pot varia nepermis de mult. Interviurile standardizate au avantajul unei reproductibilitati maxime a rezultatelor, o confidenta marita asupra capacitatii de evaluare a fenomenului, dar ofera putina flexibilitate care sa permita adaptarea la conditiile subiectului sau circumstantei evaluarii.

In mare, scopurile interviului clinic psihiatric sunt (Bogels si colab. 1995):

- sa extraga informatii despre simptomele si antecedentele episodului curent;
- sa determine atitudinile si sentimentele pacientului in legatura cu simptomele pe care le acuza, si
- sa se puna in lumina comportamentul nonverbal al intervievatului cu scopul de a se stabili natura problemelor evaluate.

Gradul de succes al unui interviu clinic este masura in care el reuseste sa implineasca aceste deziderate. Dupa Reiser (1984), interviurile diagnostice au doua mari scopuri:

- sa stabileasca si sa mentina o buna colaborare cu intervievatul si o buna complianta;
- sa culeaga informatii care sa permita formularea diagnosticului si planului terapeutic.

Indiferent cum ar fi, structurate sau nu, interviurile sunt o colectie de intrebari sau sugestii de intrebari care isi au originea in conceptia creatorilor lor asupra fenomenului de evaluat sau diagnosticat. Astfel, mai ales in cazul interviurilor standardizate, intrebarile sunt formulate in functie de "*definitiile operationale*" ale simptomelor sau elementelor care compun fenomenul de evaluat sau diagnosticat, definitii care asigura astfel un cadru strict, un referential, care creste probabilitatea ca la fiecare aplicare, interviul sa masoare ceea ce si-a propus prin constructie si sa impiedece distorsiunile in evaluare. Interviurile standardizate sunt bazate si pe o stricta formalizare a procesului de diagnostic prin care creatorul interviului isi manifesta aderarea la o

anume doctrina sau clasificare, in functie de care construieste matricea interviului, respectiv domeniile si sectiunile lui, algoritmul intrebarilor, regulile de inregistrare a raspunsurilor si sistemul de codificare.

Superioritatea interviurilor structurate asupra interviurilor nestructurate a fost evidentiata de mai multe ori. Ele sunt folosite atat in studiile epidemiologice si clinice in vederea identificarii "cazului" si a clasificarii tulburarilor clinice, cat si in scop diagnostic (Maier si colab., 1988).

Primul interviu clinic structurat cu scop diagnostic, "*Mental Status Schedule",* a fost conceput de Robert Spitzer, Joseph Fleiss si colaboratorii lor in 1964 in cadrul Institutului Psihiatric al Statului New York (Spitzer si colab. 1964). Acest instrument a generat apoi celebrul Inventar de diagnostic pentru tulburari afective si schizofrenie ("*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia")* dezvoltat de Endicott si Sptzer (1978). De atunci s-a deschide larg drumul aparitiei numeroaselor interviuri de diagnostic si a perfectionarii lor continue prin versiuni succesive.

Dupa cum am mentionat mai sus, exista o serie de critici in legatura cu folosirea interviurilor structurate printre care as aminti aici faptul ca ele se abat de la principiile psihoterapeutice, sunt prea rigide, nu sunt economicoase ca timp si bani si induc un stil artificial al interviului (Rubinson si Asnis, 1989). Cu toate acestea, Saghir (1971) nu gaseste diferente intre interviurile structurate si cele nestructurate in ceea ce priveste capacitatea lor de a citi empatia subiectilor intervievati.

In ultimul deceniu s-a conturat idea ca fiecare clasificare a tulburarilor mentale sa fie insotita si de un instrumentul de diagnostic adecvat. Astfel Organizatia Mondiala a Sanatatii promoveaza Interviul diagnostic international compozit ("*Composite International Diagnostic Interview" - CIDI*) (WHO, 1993) si Inventarul pentru evaluarea clinica in neuropsihiatrie ("*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry" - SCAN) (*WHO, 1994). Avand in vedere complexitatea mereu crescanda a acestor instrumente, aplicarea interviurilor clinice structurate necesita un antrenament specific si cunoasterea detaliata a modului de intervievare si cotare. Multi autori, printre care Pollock si colab. (1985) si Borus si Yager (1986) au aratat ca tehnica interviurile diagnostice trebuie sa reprezinte unul din obiectivele principale ale educatiei in sanatate mentala. Bögels si colab. (1995) au demonstrat ca o cunoastere adecvata a procedurii specifice de administrare a unui interviu diagnostic duce la cresterea validitatii constructive a lui.

Astfel, acesti autori deosebesc doua feluri de abilitati sau calificari legate de cunoasterea unui interviu diagnostic:

- abilitatea procesuala (*process skill*) este dobandita prin cunoasterea procedurilor de administrare si cotare care contribuie la stabilirea unei bune relatii intervievator-intervievat, si
- abilitatea de continut (*content skill)* care contribuie la o buna colectare a informatiilor diagnostice si la o adecvata formulare diagnostica. Aceasta carte incearca tocmai sa imbunatateasca abilitatea persoanelor implicate in evaluarea si tratamentul tulburarilor mentale.

1.3. PARAMETRII DE CALITATE ALE INSTRUMENTELOR DE MASURA

Exista astazi o multime de interviuri si mai ales de scale de evaluare. Practicianul si in special cercetatorul se afla intr-o pronuntata dilema referitor la alegerea instrumentul necesar scopului propus. In literatura de specialitate exista astazi mai multe lucrari de referinta care ghideaza o astfel de alegere. Principalul criteriu dupa care se alege un instrument de evaluare si se respinge un altul este calitatea lui. De obicei, judecarea acestei calitati este facuta de insasi autorii instrumentului de evaluare prin infatisarea asa-ziselor norme de calitate care sunt publicate odata cu instrumentul propriuzis. Apoi, comunitatea stiintifica are bunul obicei de a testa in diferite circumstante instrumentul nou promovat si astfel, el trece sau nu, de ultima incercare inainte de a fi adoptat si larg recomandat.

Cei mai cunoscuti parametrii de calitate a instrumentelor de evaluare sunt validitatea si confidenta.

1.3.1. Validitatea

Pentru a avea o norma de calitate a unui instrument de masura trebuie sa avem un etalon, un etalon absolut sau ceea ce se numeste si "standardul de aur" . In cazul procedurilor de diagnostic "*gold standard-ul"* este o proba de laborator, o analiza anatomo-patologica, o examinare radiologica, etc. care este indubitabila pentru efectuarea diagnosticului, asa cum este, de exemplu, determinarea glucozei in sange pentru diagnosticul de diabet. Este de la sine inteles ca conceptul de *"gold standard"* este o idealizare, dar subliniaza tendinta medicinei de a cauta pentru fiecare boala probe de laborator sau markeri biologici de necontestat, mai ales atunci cand

nici anamneza si nici examinarea fizica a pacientului nu este capabila sa puna un diagnostic de certitudine.

In diagnosticul tulburarilor mentale nu putem vorbi inca de "*gold standard"* si din acest motiv Spitzer (1983) vorbeste un alt etalon numit *"LEAD standard",* denumire care este acronimul a trei concepte esentiale: i) evaluarea Longitudinala (L), ii) datele furnizate de Experti (E) si iii) folosirea tuturor datelor disponibile (AD - *all data).* Cand spunem "Longitudinal", ne referim la procedura diagnostica care nu trebuie limitata la o singura examinare. Lungimea perioadei dintre examinari poate varia in functie de modalitatea de evolutie si prezentare a unei tulburari psihice. "Expert" indica ca diagnosticul trebuie facut de clinicieni experiemntati. "Toate datele" arata ca clinicienii experti trebuie sa folosesca nu numai evaluarea sistematica si longitudinala a subiectului, dar sa utilizeze si date de la alti informanti semnificativi, precum membrii de familie, personal de ingrijire, terapisti, date clinice mai vechi sau teste de laborator. Standardul LEAD a fost folosit la evaluarea validitatii procedurale a mai multor instrumente de diagnostic precum Programul de Interviu Diagnostic (*Diagnostic Interview Schedule),* sau interviurile de personalitate (pilkonis si colab, 1991) si interviurilor pentru diagnosticul alcoolismului si abuzului de droguri (Kranzler si colab., 1994).

Dar ce este validitatea? In teoria psihometrica, validitatea este gradul sau marimea cu care un instrument masoara ceea ce este presupus sa masoare. Spre deosebire de masuratorile din sanatatea fizica, cele adresate sanatatii mentale sunt marimi subiective, traite diferit de fiecare individ. Cand vorbim de masurarea "calitatii vietii" sau a "suportului social", aceste evaluari depind de definitiile ce se acorda acestor variabile, altfel ca rezultatele masuratorilor vor diferii de la om la om sau de la un instrument la altul destinat sa le evalueze. Cand vorbim de un diagnostic psihiatric sau psihologic, trebuie sa mentionam criteriologia sau alte argumente pe care se sprijina. Validitatea instrumentelor de masura ofera garantia ca desi evaluam variabile subiective, rezultatele masuratorilor pot fi comparabile de la un subiect la altul. Deci tinta masurarii trebuie sa fie foarte bine stabilita si circumscrisa, altfel incat validitatii unui instrument sa poate fi apreciata. Atunci cand se consturieste un instrument de masura, validitatea lui trebuie sa fie consistenta cu constructele teoretice ce au stat la baze constructiei acestuia.

Prin testarea validitatii unei scale sau interviu noi demonstram proprietatile psihometrice ale acelui instrument de a evalua ceea ce dorim sa masuram la subiectii cercetati. Cum Landy (1986) spunea: "*procesul de validare nu este directionat numai asupra integritatii testului ci mai*

ales asupra deductiilor ce pot fi facute despre atributele subiectilor ce au produs scorul testului". Cu alte cuvinte, validarea unei scale este un proces prin care determinam gradul de incredere asupra rezultatelor testului si despre deductiilor ce le facem despre subiectii ce au dat diferite scoruri la scale ce li s-au aplicat.

Exista trei tipuri de validitate: validitatea de continut, validitatea de criteriu asi validitatea de constructie. Validitatea de continut evalueaza daca substanta itemilor este comgruenta cu entitatea ce se vrea masurata. Prin validitatea de criteriu, cunoscuta si ca validitate empirica sau predictiva, se vrea sa se stie daca masurarea coreleaza semnificatic cu alte variabile relavante pentru fenomenul care se masoara. In validitatea de constructie se apreciaza daca instrumentul respectiv are o stransa corelatie cu constructul teoretic din care a izvorat. Acest tip de validitate se poate aprecia prin marimea cu care instrumentul evalueaza convergenta cu o variabila teoretica relevanta (validitatea convergenta) sau prim marimea cu care instrumentul discrimineaza un fenomen de altul (validitatea discriminativa).

1.3.2. Senzitivitatea si specificitatea

Alta categorie de caracteristici de calitate ale instrumentelor de masurare este data de capacitatea unui scale sau interviu de a fi cat mai adecvat detectarii si nu numai masurarii starii sau trasaturii pentru care a fost destinat. Aceasta capacitate se determina atunci cand avem un standard de comparare, respectiv un ”gold standard", un "LEAD standard" sau cel putin un diagnostic facut de experti. Acesti indicatori de calitate se determina cel mai bine utilizand un tabel 2 x 2 precum este prezentat in tabelul Nr. 3.

		LEAD standard	
DEPRESIE		Diagnostic prezent	Diagnostic absent
Instrument de masura	Prezent	Adevarat pozitiv (a)	Fals pozitiv (b)
	Absent	Fals negativ (c)	Adevarat negativ (d)

Tabelul Nr. 3: Tabel 2 x 2 pentru calcularea senzitivitatii si specificitatii

Dupa cum se vade in tabel, subiectii “adevarat pozitivi” sunt cei care sunt decelati avand diagnosticul de depresie atat conform diagnosticului clinic cat si confirm instrumentul de evaluare, in timp ce subiectii “adevarati negativi” sunt cei care nu indeplinesc nici diagnosticul si

nici rezultatul la instrumentul de masurare. Subiectii care au fost decelati ca avand depresie de catre instrument dar nu au primit diagnosticul de depresie de la clinicieni sunt considerati “falsi pozitivi”, iar cei care au fost gasiti indemni de depresie la test dar au primit diagnosticul de alcoolism de la clinicieni sunt “falsi negativi”.

Formulele dupa care se calculeaza senzitivitatea si specificitatea ca parametrii de calitate ai instrumentelor de masura sunt dupa Yound (1971) si Allen si Columbus (1995):

$$\text{Senzitivitatea} = \frac{a}{a + c} \times 100$$

senzitivitatea fiind capacitatea unui test de a identifica corect o boala sau un simptom la o persoana care o are intr-adevar. Senzitivitatea mai este numita si rata adevaratilor pozitivi, adica a celor care au fost identificati corect de catre test, si mai este numita si probabilitate de detectia a unui test.

$$\text{Specificitatea} = \frac{b}{b + d} \times 100$$

iar specificitatea fiind capacitatea unui test de a extrage numai bolile sau simptomele pe care trebuie sa le detecteze ai nu altele. Specificitatea mai este denumita si rata adevaratilor negativi, adica a capacitatii unuio test de a identifica pe cei care nu au fenomenul, trasatura sau simptomul respectiv, masurand de fapt proportia celor corect identificati ca fiind sanatosi fata de cei care sunt 'bolnavi".

Asa cum am amintit mai sus, pe baza indicatorilor de senzitivitate si specificitate, unei scale i se pot stabili pragurile de separare (*cut-off points),* respectiv de la ce scor un test distinge sau identifica un anume fenomen prin metoda ROC. Aceasta metoda este prea laboriasa ca sa poata fi descrisa aici.

1.3.3. Confidenta

Confidenta este un alt parametru major dupa care se judeca calitatea unui instrument de masura. Confidenta este traducerea cuvantului englezesc "*reliability"* (incredere, siguranta, soliditate, etc.) . Francezii il traduc prin "fidelitate". Unii cercetatori tind sa foloseasca o lista

larga de sinonime printre care amintim: "obiectivitate", "reproductibilitate", "stabilitate", "acord", "asociatie", "senzitivitate", "precizie". Eu am ales sa folosesc cuvantul "confidenta".

Se stie ca orice masurare duce inevitabil la unele erori din varii motive. Conceptul de confidenta este un mod fundamental de a reflecta gradul de eroare inerent oricarei masurari (Streiner si Norman, 1995) sau gradul cu care rezultatul masuratorii este reproductibil (Cohen, 1960). Notiunea de "eroare a masurarii" recunoaste ca scorul unui test si alte feluri de observatii cantitative sunt subiect de fluctuatie de la valoarea "ipotetic" adevarata care nu poate fi determinata in sine dar care este "estimata" prin teste sau observatii (Fleiss, 1981). Cu cat aceasta eroare este mai mica, cu atat datele obtinute sunt mai confidente. Doua masuratori independente, care nu obtin rezultate asemanatoare sunt suspicionate de a avea erori intr-una sau in ambele masurari. Pe de alta parte, chiar masurarile care dau rezultate foarte asemanatoare sau chiar exacte pot contine erori. De aici se poate vedea importanta evaluarii confidentei instrumentelor folosite pentru masurare.

Confidenta masurarii aduce informatii nu numai despre eroarea masurarii ci si despre variabilitatea subiectilor supusi masurarii, de exemplu bolnavi sau clienti ai serviciilor de sanatate. Exista o variabilitate asteptata si sistematica a rezultatelor subiectilor la o masurare data, explicabila prin diferenta "*adevarata*" dintre subiecti, indiferent daca ei sufera de aceiasi boala sau li se masoara aceeasi trasatura. Eroare de masurare este diferenta "*falsa*" dintre subiecti, diferenta care poate fi atribuita lipsei de confidenta a instrumentului de masura. Astfel, coeficientul de confidenta reflecta marimea cu care un instrument de masura poate evidentia adevarata diferentia dintre subiectii (Bech, 1995). Un anume coeficient de confidenta a unui instrument de masura este o afirmatie despre cat de reproductibila este razultatul unui test in anumite conditii si la anumita populatie.

Exista mai multe feluri de coeficienti de confidenta in functie de tipul de instrument si de intentia experimentatorului. *Confidenta interna* a unui instrument inseamna soliditatea psihometrica a lui, structura interna si nivelul la care itemii lui sunt intercorelati (Salvador-Carulla, 1996). O presupunere generala fata de un test cu mai multi itemi este ca toti itemii sunt legati de acelasi construct care i-a generat. In felul acesta se intelege ca toti itemii vor trebui sa fie corelati unul cu celalalt, lucru care subliniaza *omogenitatea* acelui test.

In masura in care confidenta este un indice a reproductibilitatii unui test, *confidenta externa* masoara stabilitatea masurarii cu acel test in ciuda schimbarilor parametrilor externi sau

conditiilor masurarii, adica a schimbarilor care nu sunt inerente aplicarii testului. Acesti factori externi pot fi: ambianta in care se aplica testul, maniera in care este aplicat de catre intervievator, factori subiectivi care tin de relatia ce se stabileste intre intervievat si intervievator, etc. In esenta, confidenta externa se reduce la gradul de potrivire si acord intre doua masurari facute la acelasi subiect.

Confidenta externa include *confidenta intra-obsevator/evaluator* si *confidenta inter-observator/evaluator*. Confidenta intra-observator/evaluator se refera la stabilitatea a doua masurari facute de acelasi evaluator in momente diferite si se mai numeste si *confidenta test-retest*. Confidenta inter-observator/evaluator este gradul de consens obtinut intre mai multi observatori care au efectuat acelasi test. Uneori se poate vorbi si de *confidenta inter-informanti* atunci cand un evaluator foloseste mai multi informanti, ca atunci cand se pune diagnosticul de alcoolism folosindu-se informantii proximali (din familie).

Confidenta test-retest se stabileste prin administrarea interviului sau scalei la un grup de subiecti in doua ocazii separate de o perioada specificata de timp, in general intre 3 la 14 zile. Confidenta se masoara prin coeficientul de "agreement" numit *kappa* (Cohen, 1960) care se intinde de la -1 (dezacord total), la +1 (acord total). Un indice de 0,75 sau mai mult indica un acord excelent, intre 0,65 la 0,74 un acord bun, intre 0,40 si 0,64 acord multumitor si sub 0,40 acord prost (Fleiss, 1981). Coeficientul de confidenta kappa depinde in mare masura de prevalenta fenomenului studiat, respectiv cu cat prevalenta este mai mare cu atat increderea pe care putem sa o acordam coeficientului kappa calculat este mai mare. Un coeficient de confidenta prost nu indica totdeauna faptul ca testul este prost. Astfel, evaluarea discrepantelor dintre prima evaluare si cea de a doua, procedeu promovat de Cottler si colab. (1994) numit "*Interviul discrepantelor*", permite evidentierea surselor de neconfidenta care pot apartine, in mare, intervievatorului, respondentului sau procesului de evaluare in sine.

Pentru calcularea confidentei inter-observatori se poate utiliza la fel metoda test-retest in care fiecare evaluare va fi facuta separat de un alt evaluator, de obicei in perechi iar apoi se calculeaza coeficientul kappa. O buna exemplificare a acestor metode o reprezinta studiu OMS asupra validitatii si confidentei instrumentelor CIDI, SCAN si AUDADIS (*Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule)* (Grant si Hasin, 1991) in diagnosticul tulburarilor de consum de alcool si droguri, studiu la care am participat personal (Üstün si colab., 1997). Acest studiu care a determinat validitatea si nivelul confidentei pentru aceste

interviuri.Tot in cadrul acestui studiu OMS s-a facut o comparare a confidentei AUDADIS-ului in diagnosticul tulburarii de consum a alcoolului si drogurilor intre trei esantioane de utilizatori din Australia, India si Romania, folosindu-se metoda test-retest si calcularea coeficientului de acord kappa (Chatterji, Saunders, Vrasti si colab. 1997). Ulterior, Vrasti, Grant, Chatterji si colab.(1998) publica primul studiu de confidenta a unui versiuni ramanesti a unui instrument international promovat de OMS si Institutul National de Alcoolism al SUA, respectiv AUDADIS, folosind tehnica de evaluare a confidentei inter-intervievatori prin studiu test-retest si calcularea coeficientului kappa si a discrepantelor dupa metoda Cottler.

1.3.4. Confidenta cross-culturala

Factorii culturali joaca un rol major in toate aspectele evaluarii, diagnosticului si terapiei tulburarilor mentale si a celor date de uzul de alcool si droguri. Ei influenteaza felul in care subiectul vede boala sa sau a altor, expresivitatea problemelor sale si influenteaza relatia pe care o are cu acei ce o evalueaza si o trateaza. Toate acestea se petrec pentru ca "*atat pacientul cat si doctorul sunt membrii ai traditiilor etnoculturale care decodeaza si socializeaza variate supozitii si premize privind sanatatea si boala si din cauza ca doctorul apartine unei subculturii medicale care , la fel, decodeaza si socializeaza variate supozitii si premize despre boala si sanatate*" (Marsella si Westermeyer, 1993).

Unul din principalele motive pentru care factorii culturali joaca un rol important, dar adesea ignorat, in procesul de evaluare si diagnostic al problemelor de sanatate mentala ale indivizilor este *etnocentrismul* frecvent al sistemului de ingrijire a sanatatii mentale. Aceste etnocentrism isi are radacinile in valorile, stereotipurile, credintele si practicile legate de viziunea si componentele cognitive ale definitiei sanatatii sau bolii mentale. El limiteaza semnificativ capacitatea profesionistilor si laicilor de a se alinia la datele stiintifice internationale si, parca, niciunde nu se vede mai pregnant aceasta ancorare in etnocentrism ca atunci cand se cauta sa se introduca si sa se utilizeze instrumente internationale de masurare si diagnostic in domeniul sanatatii mentale, lucru necunoscut in alte domenii ale medicinii, de exemplu.

Folosirea unui asemenea instrument international de evaluare sau diagnostic in diferite culturi implica o serie de probleme metodologice complexe a caror evitare duce la pierderea validitatii si confidentei lor initiale. Aceste probleme fac parte din ceea ce se cheama cercetarea "potrivirii cross-culturale" (*cross-cultural applicability research*) a instrumentelor utilizate.

Parintii unui instrument, care doresc ca acest instrument sa capate relevanta internationala, trebuie sa se ingrijeasca atat de validitatea si confidenta lui, dar si de aceasta "potrivire cross-culturala" care ar putea fi denumita si ca "*confidenta cross-culturala*", cu alte cuvinte daca se poate folosi cu aceiasi incredere in diferite culturi sau daca furnizeaza aceleasi scoruri sau date in diferite culturi la subiecti cu aceiasi tulburare mentala. Dupa Flaherty si colab. (1988) propun o "echivalare" cross-culturala pe patru nivele a unui instrument international:

- echivalare continutului: daca fiecare item al instrumentului este relevant pentru fenomenul masurat in cultura data;
- echivalare lexicala si sintactica: verificarea daca intelesul fiecarui item in fiecare cultura este la fel;
- echivalare tehnica: daca metoda de administrare este adecvata si comparabila in fiecare cultura;
- echivalare conceptuala: daca constructele teoretice de la baza construirii instrumentului sunt valabile in fiecare cultura.

Toate aceste deziderate sunt pe deplin implinite prin metodologiile cunoscute ale anchetelor etnografice din studiile de antropologie culturala: traducere-retrotraducere (*translation – back-translation*), interviul informantilor cheie si focus group (Trotter, 1991). Astfel, studiile etnoculturale trebuie sa ia in considerare problema "*echivalentei*", respectiv, a marimii cu care un cuvant, propozitie, denumire, scala sau o norma a unui instrument de masura poate fi considerata similara sau echivalenta in mai multe culturi (Marsella si Kameoka, 1989). Facand aceasta echivalare inseamna a construi un pod intre conceptele profesionale din mai multe culturi, de fapt, a construi confidenta etnoculturala a procesului de masurare.

Un exemplu concludent este studiul OMS asupra potrivirii cross-culturale a diagnosticelor si evaluarii tulburarilor folosirii alcoolului si drogurilor (Room si colab. 1996) efectuat intre 1992-1996 in 9 centre din tot atatea tari, la care a participat si autorul acestei carti in calitate de investigator principal al centrului colaborativ de la Spitalul de Psihiatrie Jebel. Principalul scop al acestui studiu a fost sa se determina prin metodologiile mentionate mai sus, daca formularile diagnostice, criteriile diagnostice, simptomele si itemii folositi de instrumentele de evaluare (respectiv CIDI, SCAD si AUDADIS) au acelasi inteles in cele noua culturi diferite, atat pentru profesionisti cat si pentru laici (publicul larg) si de a gasi calea de a netezi si unifica toate discrepantele gasite. Foarte sugestiv, Philippe Batel, comentand rezultatele acestui studiu,

spunea ca studiul a trebuit sa rezolve problema "*construirii unui lift in turnul Babel*" in care cele noua culturi sunt noua etaje iar liftul (conceptele OMS vehiculate de profesionisti) trebuie sa faca legatura si comunicarea dintre aceste etaje ale turnului Babel (Room si colab., 1996).

1.4. RELATIA DINTRE VALIDITATE SI CONFIDENTA

In fapt, confidenta se refera la consistenta sau repetabilitatea cu care subiectii testati sunt identificati si discriminati pe baza existentei sau absentei unui fenomen, trasatura, stare, etc. asa cum se face in masuratorile categoriale sau sunt discriminati pe baza severitatii unei trasaturi sau stari, asa cum se practica in masuratorile continue. In schimb, validitatea se refera la raportarea la un "gold standard", la adevarat sau fals intr-un context categorial. Se poate spune ca avem mai multa nevoie de confidenta decat de validiate la o masuratoare, pentru ca daca nu exista putere reproductiva a masurarii atunci nu se poate decela, identifica fenomenul. Totusi, imbunatatirea confidentei nu garanteaza imbunatatirea validitatii (Rush si colab. 2008). Confidenta se poate imbunatati prin cresterea standardizarii si structurarii instrumentului de masurat si a conditiilor de aplicare, iar validitatea poate creste prin cresterea greutatii fiecarui item in relatia lui cu esenta fenomenului de masurat.

1.5. ALEGEREA UNUI INSTRUMENT DE MASURARE

Chiar daca avantajele folosirii instrumentelor standardizate sunt evidente, procesul de selectie a unui instrument de masura nu este totdeauna simplu. Dupa Friedman si Granick (1994) in selectarea acestuia exista mai multe criterii generale precum:

- Instrumentul trebuie sa produca informatii utile pentru evaluarea si diagnosticul problemelor subiectului/clientului, planificarea tratamentului, urmarirea progresului in timpul tratamentului si, daca este planificata si o perioada de urmarire, evaluarea subiectului o perioada anumita dupa tratament;
- Instrumentul trebuie sa produca informatii care sunt cuantificabile si, daca este posibil, sa produca scoruri care pot fi folosite in compararea statutului clientului/subiectului de-a lungul timpului sau cu alti subiecti. Astfel de scoruri sunt folositoare si pentru a facilita o analiza statistica a performantei unui grup de subiecti;
- Instrumentul sa fie relativ usor de administrat si nu excesiv de lung;

- Limbajul si cuvintele folosite in formularea itemilor sa fie apropiate de statutul intelectual si cultural al clientului/subiectului, sa fie acceptabile pentru el ai sa nu fie ofensatoare;
- Instrumentul sa fie suficient de senzitiv la problemele ridicate de client/subiect astfel ca schimbarile semnificative ale acestora sa poata fi evaluate;
- Costul materialelor cerute de folosirea instrumentului sa nu fie prea mare.

In esenta, alegerea unui instrument va depinde de tipul de evaluare pe care-l dorim si de proprietatile psihometrice ale instrumentului ales. Nu trebuie sa uitam ca aceste proprietati psihometrice sunt de fapt indicii de calitate ale instrumentului de masurare care, astfel, va garanta acuratetea masurarii dorite si, deci, finetea informatiilor pe care le dorim prin aceste masuratori.

In aceasta carte, profesionistii vor gasi instrumentele cele mai des folosite si criteriile de utilizare a lor pentru o evaluare confidenta a clientilor lor.

1.6. INTREBARI PE CARE LE-AM PRIMIT DE-A LUNGUL TIMPULUI

De-alungul a ultimilor 15 ani am fost mereu solicitat sa trimit cate o scala, un chestionar si alte informatii la colegi, medici sau psihologi, care doreau un ajutor pentru practica zilnica sau pentru lucrari de diplama, masterat sau doctorat. Ulterior, multi dintre acestia ma intrebau daca aceste instrumente sunt "etalonate" pentru populatia romaneasca sau daca exista scoruri prag pentru populatia romaneasca. Cu aceasta ocazie eu o sa raspund la aceste intrebari inca odata.

Scalele sau chestionarele prezentate in aceasta carte sunt mare majoritat instrumente facute de "parintii" lor pentru utilizare clinica, nu pentru populatia generala, adica pentru oameni presupusi sanatosi. Daca pornim de la ideea ca tulburarile psihiatrice sunt "universale", existand sub acelasi spectru simptomatologic atat in America sau China, de exemplu, cat si in Romania, ele pot fi utilizate ca atare si in tara noastra pentru scopuri clinice. Deci nu au nevoie de "etalonare" ci doar de o traducere ingrijita facuta de un specialist clinician care cunoaste echivalentele lingvistice cross-culturale ale descrierilor prototipice ale bolilor mentale.

Apoi, scalele de evaluare sunt in majoritatea cazurilor instrumente de evaluare a severitatii unui simptom, fie el anxietate, depresie, obsesie, etc, deci in acest caz nu poate fi vorba de scoruri prag, scareuri de care ar fi nevoie doar la instrumentele de diagnostic sau le cele de screening. Aceste scale sunt "sensibile la schimbare", adica deceleaza cu acuratete schimbarea severitatii unui simptom. Astfel, putem utiliza o astfel de scala pentru decelarea unui simptom la

admiterea unui pacient intr-un program de tratament si apoi in diferite alte momente ale procesului de trataament pentru a vedea raspunsul pacientului la tratamentul efectuat. Si in acest caz, nu avem nevoie de "etalonare" si nici de "scoruri prag".

O alta intrebare este daca putem sa folosim aceste scale si cat costa? Multe dintre aceste instrumente sunt un bun comun, adica nu sunt aparate de copyright, si ele vor fi prezentate in extenso in aceasta carte, altele insa pot fi folosite doar in scop de cercetare in masura in care au fost publicate in intregime in reviste de specialitate. Mai exista si cazul in care utilizatorul solicita dezvoltatorilor instrumentului o permisiune in scris pentru traducerea si utilizarea acestuia. Din experienta mea, autorii sunt foarte doritori ca instrumentul dezvoltat de ei sa aibe o raspandire internationala si de aceea vor oferi cu placere permisiunea ceruta.

Problema costului este o problema amara pentru mine pentru ca de fapt nu exista nici un cost in utilizarea aceasor instrumente. Eu am aflat cu tristete ca sunt, mai ales printre psihologi, persoane care s-au erijat in proprietarii unor astfel de instrumente dupa ce in prealabil au cerut permisiunea de traducere a lor de la autorii lor. Aceasta nu inseamna ca au devenit "brokeri" de scale, ca le pot vine, ca au vreun drept patrimonial asupra lor. Aceasta este un "scam" ! Dragi colegi, de aceea am hotarat sa scriu aceasta carte, sa difuzez aceste instrumente si sa le folositi gratis! Pentru altele am specificat expres locul unde puteti sa apelati pentru a le obtine in mod corect. La fel, va rog sa nu uitati, va stau la dispozitie cu tot felul de instrumente de masura a sanatatii mentale pe care vi le pot oferi gratis in mod colegial.

BIBLIOGRAFIE:

Allen JP, Columbus M (1995): Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers, NIAAA, Treatment Handbook Series 4, Bethseda, MD

Bech P, Malt UF, Dencker SJ, Ahlfors UG et al (1993a): Scales for Assessment of Diagnosis and Severity of Mental Disorders, Acta Psychiatrica Scandinavica, 87, Suppl. 372.

Bech P (1993b): Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life, Berlin: Springer-Verlag.

Bobon D (1987): Us et abuse des echelles d'evaluation en psychopathologie, Psychiatrie & Psychobiologie, 2: 379-385.

Bögels SM, van der Vleuten CPM, Blok G et al (1995): Assessment and validation of diagnostic interviewing skills for the mental health professions, Journal of Psychopathology and Behavior.Assessment, 17: 217-230

Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR (1995): The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings, Journal of Study on Alcoholism, 56: 423-432.

Borus JF, Yager J (1986): Ongoing evaluation in psychiatry: The first step toward quality, American Journal of Psychiatry, 143: 1415-1419.

Bowling a (2005): Measuring Health: A review of Quality of Life Measurement Scales, 3rd ed., New York: Open University Press.

Chatterji S, Saunders JB, Vrasti R et al (1997): Reliability of the alcohol and drug modules of the Alcohol Use Disorderand Associated Disabilities Interview Schedule-Aslcohol/Drug-Revised (AUDADIS-ADR): an international comparison, Drug and Alcohol Dependence, 47: 171-185.

Cohen J (1960): A coefficient of agreement for nominal scales, Educational and Psychological Measurement, 20: 37-46.

Conigrave KM, Hall WD, Saunders JB (1995): The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score, Addiction, 90: 1349-1356.

Corcoran K, Fischer J (2000): Measures for Clinical Practice: A Sourcebook, 3rd ed. vol.1, New York: The Free Press.

Cottler LB, Compton WM, Brown L et al (1994): The discrepancy interview protocol: A method for evaluating and interpreting discordant survey responses, International Journal of Methods of Psychiatry Research, 4: 173-182

Dennis M, Ferguson B, Tyrer P (1995): Rating instruments, in C Freeman & P Tyrer (Eds.): Research Methods in Psychiatry, London: Gaskell.

Derogatis L, Cleary P (1977): Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation, Journal of Clinical Psychology, 33: 981-989.

Dunham PJ (1991): Research Methods in Psychology, New York: Harper& Row Publ.

Dunn G. and Everitt B. Clinical Biostatistics. An Introduction to Evidence-Based Medicine, Edward Arnold, London, 1995.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976): The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, Archives of General Psychiatry, 33: 766-771.

Endicott J, Spitzer RL (1978): A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Archives of General Psychiatry, 35: 837-844.

Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D, et al (1988): Developing instruments for cross-cultural psychiatric research, Journal Nervous and Mental Disorders, 176: 257-263.

Fleiss JL (1981): Statistical Methods for Rates and Proportions, New York: Wiley.

Friedman AS, Granick S (1994): Assessing Drug Abuse Among Adolescents and Adults: Standardized Instruments, National Institute on Drug Abuse: Clinical Repart Series, Rockville

Froberg DG and Kane RL (1989): Methodology for measuring health-state preferences - I: Measurement strategies, Journal of Clinical Epidemiology, 42: 345-354.

Grant BF, Hasin DS (1991): The Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule, Rockville, National Institute on Alcohol and Alcoholism.

Griffin ML, Weiss RD, Mirin SM et al (1987): The use of the Diagnostic Interview Schedule in drug-dependent patients, American Journal of Drug Alcohol Abuse, 13: 281-291.

Hudelson PM: Qualitative Research for Health Programmes, Geneva: World Health Organization, 1996

Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, Rounsaville BJ (1994): Longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders, J.Nerv.Ment.Dis., 182: 277-283.

Landy FJ (1986): Stamp collecting versus sciences, American Psychologist, 41: 1183-1192.

Lyerly SB (1978): Handbook of Psychiatric Rating Scales, National Institute of Mental Health, Rockville, MA.

Maier W, Philipp M, Buller R (1988): The value of structured clinical interviews, letter to editor, Archives of General.Psychiatry, 45: 963-964.

Marsella AJ, Kameoka V (1989): Ethnocultural issues in the assessment of psychopathology, in S Wetzler (Ed.): Measuring Mental Illness: Psychometric Assessment for Clinicians, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Marsella AJ, Westermeyer J (1993): Cultural aspects of treatment: conceptual, methodological, and clinical issues and directions, in N Sartorius et al (Eds.): Treatment of Mental Disorders: A Review of effectiveness, Washington, DC: Amercian Psychiatric Press Inc.

Metz CE (1978): Basic principles of ROC analysis, Semin.Nucl.Med., 8: 283-298.

Moller HJ (2009): Standardised rating scales in Psychiatry: Methodological basis, their possibilities and limitations and descriptions of important rating scales, World Journal of Biological Psychiatry, 10(1); 6-26.

Murphy JM, Berwick DM, Weinstein MC et al (1987): Performance of screening and diagnostic tests, Archives of General Psychiatry, 44: 550-555.

Osgood C, Suci G, Tannenbaum P (1957): The Measurement of Feeling, University of Illinois Press, Urbana.

Pilkonis PA, Heape CL, Ruddy J, Serrao P (1991): Validity in the diagnosis of personality disorders: The use of the LEAD standard, Psychology.Assessment, 3: 1-9.

Popper K (1972): Objective Knowledge: An Evolutionary Approach, Oxford: Clarendon Press

Pollock DC, Shanley DF, Byrne PN (1985): Psychiatric interviewing and clinical skills, Canadian Journal of Psychiatry, 30: 64-68.

Reiser DE (1984): The psychiatric interview, in HG Goldman (Ed.): Review of General Psychiatry, Cos Altos, CA: Lange Publ.

Room R, Janca A, Bennett LA, Schmidt L, Sartorius N… Vrasti R et al (1996): WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results, Addiction, 91: 199-220.

Rubinson EP, Asnis GM (1989): Use of structured interviews for diagnosis, in S Wetzler (Ed.): Measuring Mental Illness: Psychometric Assessment for Clinicians, Washington, DC.: American Psychiatric Press.

Rush AJ, First MB, Blecker D (2008): Handbook of Psychiatric measures, 2nd Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Saghir MT (1971): A comparison of some aspects of structured and unstructured interview, Am.erican Journal of Psychiatry, 128: 180-184.

Salvador-Carulla L (1996): Assessment instruments in psychiatry: description and psychometric properties, in G Thornicroft & M Tansella (Eds.): Mental Health Outcome Measures, Berlin: Springer.

Sartorius N (1983): La clasification: une optique internationale, Acta Psychiatrica Belgica,.83: 88-103.

Sartorius N (1989): Making of a common language for psychiatry: development of the classification, behavioural and developmental disorders in the 10th revision of the ICD-10, WPA Bulletin, 1: 1.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M (1993): Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on early detection of persons woth harmful alcohol consumption - II, Addiction, 88: 791-804.

Skinner HA, Allen BA (1982): Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation, Journal of Abnormal Psychology, 91: 199-209.

Spitzer R, Fleiss JL, Burdock EI et al (1964): The Mental Status Schedule: rationale, reliability, and validity, Comprehensive Psychiatry, 5: 384-395.

Spitzer RL (1983): Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? Comprehensive Psychiatry, 24: 399-411.

Streiner DL, Norman GR (1995): Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.

Streiner DL, Norman GR, Cairney J (2015): Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use, London: Oxford University Press.

Trotter RT (1991): Ethnographic research methods for applied medical anthropology, in Carole Hill (Ed.) Training Manual in Applied Medical Anthropology, Washington, DC: American Anthropological Association, Special Publication No.27, 1991

Üstün B, Compton W, Mager D, Babor T, Baiyewu O, Chatterji S, Cottler L, Gogus A, Mavreas V, Peters L, Pull C, Saunders J, Smeets R, Stipec MR, Vrasti R, Hasin D, Room R, van den Brink W, Regier D, Blaine J, Grant BF,

Sartorius N (1997): WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overeview of methods and results, Drug and Alcohol Dependence, 47: 161-169

Vrasti R, Grant BF, Chatterji S et al (1998): Reliability of the Romanian version of the alcohol module of the WHO Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities: Interview Schedule - Alcohol/Drug-Revised, European Addiction Research, 4: 144-149.

Vrasti R (1997): Detectia rapida si interventia scurta in alcoolism in practica de medicina de familie si generala, Studiu finanta de WSocietatea Soros, Timisoara,
http://www.vrasti.org/DETECTIA%20PRECOCE%20SI%20INTERVENTIA%20RAPIDA.pdf

Wittenborn JR (1950): A new procedure for evaluating mental hospital patients, Journal of Consulting in Clinical Psychology, 14 :500-501.

World Health Organization (1993): The Composite International Diagnostic Interview, core version 1.1. American Psychiatric Press, Washington, DC.

World Health Organization (1994): Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), American Psychiatric Press, Washington, DC.

Young RM, Knight RG (1989): The Drinking Expectancy Questionnaire: A revised measure of alcohol related beliefs, Journal of Psychopathology and.Behavioral.Assessment,11: 99-112.

Young DW (1971): Assessment of questions and questionaries, Meth.Inform.Med., 10: 222-228

Zeally AK, Aitken RCB (1969): Measurement of mood, Proc.Roy.Soc.Med., 62: 993-996.

Zubin J (1989): Use of research instruments in psychopathological asessment: Some historical perspectives, in S Wetzler (Ed.): Measuring Mental Illness: Psychometric Assessment for Clinicians, Washington, DC.: American Psychiatric Press.

- oo O oo -

2. INTERVIURILE DIAGNOSTICE STRUCTURATE

2.1. DIAGNOSTICUL PSIHIATRIC SI PROBLEMELE LUI DE CONFIDENTA

Psihiatrii au sesizat de timpuriu ca diagnosticele lor nu sunt unanim agreat de colegii lor, dar adevarata problema a dezacordului dintre diagnostice a aparut dupa al II-lea Razboi Mondial. Primele studii ale confidentei diagnosticelor au fost profund dezamagitoare si nu au dat un acord mai mare de 40% (Okasha si colab. 1993). Studii ulterioare au aratat ca acordul dintre diagnostice creste cu cat diagnosticul este facut de profesionisti cu experienta. Kreitman (1961) identifica 5 factori principali care pot afecta acordul dintre diagnostice:

- factori legati de psihiatrii;
- factori legati de modul de examinare;
- factori legati de pacienti;
- factori legati de modul de analiza, si
- factori legati de nomenclatura si raportare.

Toata aceasta problema rezida din faptul ca nu exista probe patognomonice de laborator, markeri biologici, sau asa-zisul “gold standard”, si psihiatrul sau psihologul clinician trebuie sa se bazeze numai pe interviul clinic atunci cand doreste sa puna un diagnostic. Traditional, se lasa la latitudinea profesionistului modul cum extrage si califica experientele psihopatologice ale subiectului. Astfel, interviul clinic era tributar pozitiei teoretice a profesionistului si probabilitatea acordului dintre diagnostice devenea destul de mica.

Proiectul "US - UK" de comparare a diagnosticelor si statisticilor spitalicesti din Anglia si Statele Unite (Cooper si colab. 1972; Kendell si colab., 1971) au relevat totala discrepanta dintre psihiatrii din cele doua tari. Cautand sa explice discrepanta dintre diagnosticele psihiatrice, Shepherd si colab. (1968) au gasit patru ratiuni principale:

- tehnicele de interviu psihiatric;
- perceptia comportamentului si a discursului pacientului;
- deductiile si deciziile facute de psihiatru pe baza celor percepute;
- aderenta la un tip particular de diagnostic.

Tehnica de interviu bazata pe anamneza clinica si afiliatia la o doctrina psihopatologica (de ex. psihanaliza, fenomenologie, etc.) era foarte diferita de la clinician la clinician si influenta

profund interpretarea spuselor pacientului sau a comportamentului lui. Preconceptiile diagnostice si aderentele teoretice influenteaza foarte mult procesul de decizie diagnostica. Toate aceste constatari au incercat sa fie atentuate in studiul pilot international asupra schizofreniei (OMS, 1974) cand cele noua centre colaboratoare au trebuit sa se "supuna" la acelasi metodologie si au folosit ca unic instrument diagnostic interviul Examinarea starii prezente ("*Present State Examination"- PSE*) (Wing si colab. 1974), care era un interviu semistructurat de diagnostic bazat pe definitii operationale ale itemilor si cu un program de prelucrare prin micro-computer numit CATEGO. Au fost examinati 1.202 pacienti iar procentul de acord al diagnosticului de schizofrenie a fost intre 70,5 (pentru Moscova si Washington, DC) si 95.5% pentru restul celor sapte centre (Leff, 1977). Se demonstra pentru prima oara ca folosindu-se o metodologie stricta si un instrument standardizat de examinare, rata de concordanta a diagnosticelor creste foarte mult. In 1968 Kendell si colab. demonstrase existenta unui indice de confidenta inter-cotatori kappa de 0,77 cand evaluarea individuala a simptomelor psihiatrice se face printr-un interviu, respectiv interviul PSE. Astfel s-a deschis poarta pentru instrumentele standardizate de diagnostic si clinicienii au devenit din ce in ce mai interesati de o evaluare confidenta a bolnavilor, lucru de dorit atat in trialurile farmacologice, in cazurile medico-legale sau de malpractica cat si pentru decontarea activitatii lor in fata companiilor de asigurari medicale.

Odata cu introducerea interviului standardizat de diagnostic a aparut o alta sursa de non-confidenta: folosirea de diferite criterii diagnostice ("*variatia criteriului*" dupa Spitzer). Prima incercare de a face o criteriologie descriptiva si sistematica a 14 tulburari psihiatrice a fost intreprinsa de Feighner si colab. in 1972. La interval de sase ani apare o extensie si imbunatatire a criteriologiei in celebra "*Research Diagnostic Criteria"* (RDC) facuta de Spitzer si colab. (1978) care apare impreuna cu un interviu specific de diagnostic, numit "*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia"* (SADS) (Endicott si Spitzer, 1978). De acum inainte, atunci cand se va dezvolta un sistem de clasificare si diagnostic va apare, simultan sau la un interval mic de timp, un instrument standardizat de diagnostic (de exemplu, DSM-III cu perechea sa "*Diagnostic Interview Schedule*" (DIS) (Robins si colab. 1981) sau ICD-10 cu interviurile CIDI si SCAN).

Odata cu studiile de validitate si confidenta a instrumentelor de diagnostic facute pe o populatie anumita sau in trialuri cross-culturale, se vor face acelasi gen de studii si pentru sistemul de clasificare si diagnostic, respectiv studii de validitate si confidenta la nivel de criteriu, sindrom si categorie diagnostica, asa cum s-a intamplat cu sistemele ICD-10 (Sartorius

si colab., 1995) si DSM-IV (Jensen si Hoagwood, 1997). Astfel, in nucleul teoretic al evaluarii confidente apar doua criterii: increderea in raspunsul subiectului si standardizarea intrebarilor pentru evaluarea prezentei si severitatii simptomelor subiectului, lucru care a dus la reducerea erorilor date de interpretarea subiectiva a informatiilor primite de la subiect sau de la alti informanti (Wittchen, 1994).

La intiativa Asociatiei Psihatrilor Americani s-a constituit un grup de lucru format din psihiatrii clinicieni impreuna cu alti colegi, implicati mai mult in cercetare sau in institutii de invatamant superior, care a avut ca scop redactarea unui ghid cu linii directoare practice pentru evaluarea psihiatrica; ghidul a aparut in 1995 (American Psychiatric Association, 1995). In acest ghid se mentioneaza sapte metode de obtinere a informatiei privitoare la pacient, un loc aparte avand interviurile structurate ca fiind metoda de crestere a increderii in "criteriile diagnostice pentru o anume tulburare mentala". Ghidul mai amintea ca trebuie totusi evitata absolutizarea valorii acestor instrumente in detrimentul discutiei libere cu subiectul si a altor metode traditionale si flexibile de evaluare precum folosirea surselor colaterale, a testelor psihologice si neuropsihologice si a informatiilor de la alte categorii de profesionisti.

Mai recent Robins si Cotler (2004) arata care ar fi cei sapte pasi necesari in construirea unui bun interviu:

1. Formularea intrebarilor diagnostice care presupune ca: i) fiecare simptom trebuie acoperit de una sau mai multe intrebari, indiferent daca se refera la toata viata sau intr-o perioada limitate de timp; ii) pentru fiecare simptom interviul trebuie sa prevada probe prin care sa determine daca simptomul respectiv este “psihiatric” sau se datoreaza unei cauze organica si/sau utilizarii de substante; iii) interviul trebuie se evite folosirea cuvintelor “nespecifice” cu intelesuri vagi precum persistent, excesiv, intens, recurent, pentru ca analiza de confidenta solicita ca intelesul fiecareui cuvant sa fie egal pentru fiecare subiect intervievat; iv) intrebarile trebuie sa sufere procesul de revizuire prin analiza lor de catre alti autori si apoi in final de catre experti externi cu scopul de a se obtine un consens final asupra formularii intrebariilor.

2. Testarea receptarii intrabarilor de catre subiect: i) intrebarile incluse in interviu trebuie sa fie inteligibile pentru subiectii presupusi a fi tinta acestui interviu; ii) ele trebuie sa ceara informatii pe care subiectul le detine si iii) intrebarile nu trebuie sa produca disconfort sau jena astfel incat subiectul sa poata raspunde cu onestitate.

3. Selectarea formatului interviului de catre autorii interviului: i) intre versiunea creion-hartie, cea computerizata sau cea video; ii) intre structura modulara, in care fiecarui diagnostic ii corespunde un modul, si cea de screening, in care sunt alese pentru fiecare diagnostic 2-3 intrebari esentiale care sa deceleze prezenta sau absenta fenomenului; iii) checklist versus recapitularea simptomelor cotate pozitiv, lucru important cand se vrea sa se vada cate din simptomele cotate pozitiv s-au intamplat in aceasi perioada de timp, precum in interviurile CIDI sau DIS; iv) administrarea probelor pentru a fi sublinia evidntia semnificatia clinica a simptomului sau relevanta lui psihiatrica, fie sub forma de diagrama, ca in cazul interviului CIDI, sau sub forma probelor inserate dupa fiecare intrebare, ca in cazul interviului SCID.

4. Programul de introducere a datelor in computer ("*data entry program*"): dupa terminarea formularii intrebarilor si a obtinerii consensului asupra lor, este necesar sa se construiesca programul de introducere a datelor. El trebuie sa permita introducerea raspunsurilor subiectului in ordinea intrebarilor si a modulelor sau sectiunilor, daca ele exista, si trebuie sa contina si un program subsecvent de "*cleaning*" care sa nu permita introducerea unor rapunsuri care sunt in conflict cu alte raspunsuri anterioare, care nu sunt logice, sau care contin erori de inregistrare. La fel, programul trebuie sa stipuleze cum se inregistreaza datele omise, neinregistrate sau necodificate.

5. Programul de obtinere a scorului diagnostic: este un software care, pe baza algoritmului diagnostic, totalizeaza scorul intrebarilor unei categorii diagnostice si furnizeaza un scor total care este semnificativ sau nu in functie de un prag anume (*cut-off point*) furnizat de autorii interviului. Programul trebuie sa identifica "cazurile fals-pozitive" sau "pseudo-datele" prin utilizarea algoritmului diagnostic si prin recunoasterea criteriilor, evaluarea greutatii fiecarui criteriu si luarea in consideratie a criteriilor de excludere. Astfel programul poate furniza raspunsuri precum: "nici o boala", "o boala probabila (subclinica)", "o boala sigura", "o boala insotita de alta boala" (comorbiditate), etc.

6. Dezvoltarea unui program de antrenament pentru utilizatori care sa cuprinda materialele de studiat (interviul, manualul utilizatorului, modul/fisele de codificare si scorare, programul de introducere a datalor, programul de analiza a datelor, modul de prezentare a rezultatelor, calitatile psihometrice precum notele de validitate si confidenta, versiuni de cercetare sau epidemiologice, etc.) , timpul alocat stagiului de antrenament, modalitatea de

obtinere a deprinderilor de utilizare precum mock-interviu (simulare), video-tape, etc si modul de absolvire si certificare.

7. Creearea unei versiuni computerizate prin conversia formatului creion-hartie sau video-tape in versiune computerizata care permite subiectului sa dialogheze direct cu computerul, sa evite erori sau greseli in raspuns, inconsistente cu raspunsurile anterioare, etc. Obtinerea aceasta versiune duce la cresterea consistentei interne a interviului si la o nota mare de confidenta.

Nu trebuie neglijat ca fiecare interviu este destinat unui anume scop, are un anume "limbaj", corespunde unei criteriologii diagnostice specifice si presupune existenta unui anumit personal care a parcurs un stagiu de antrenament cu instructori speciali si cu o anumita tehnica. Numai parcurgerea acestor etape poate garanta ca utilizarea acestor instrumente duce la formularea unui diagnostic de incredere.

Reiterez problemele discutate mai inainte citandu-l pe Page (1991) care sugereaza zece intrebari care ar putea fi puse de un clinician atunci cand doreste sa selectioneze un interviu structurat de diagnostic pentru a-l folosi in practica sa:

1. Interviul acopera tulburarile mentale relevante sau sunt unele din ele omise?
2. Interviul acopera sistemele relevante de diagnostic (de ex. CIB-10, RDC, DSM-IV)?
3. Cat de lung este interviul?
4. Interviul furnizeaza o evaluare suficient de detaliata?
5. Interviul este suficient de confident?
6. Cine poate administra interviul (clinicieni, neclinicieni, sunt ei disponibili)?
7. Procedurile de scorare sunt disponibile si aplicabile (tipul de system de operare PC, tipul de program, etc)
8. Cat de larg folosit este interviul (date disponibile pentru comparare)?
9. Este suportul electronic sau “pe hartie” usor de obtinut?
10. Interviul este aplicabil populatiei pe care vrem sa o evaluam?

In cele ce urmeaza se prezinta unele interviuri diagnostice cu uz clinic sau epidemiologic, selectate pe baza popularitatii lor printre utilizatori sau in lumea stiintifica. Aceste interviuri nu pot fi prezentate in extenso pentru ca astfel s-ar incalca dreptul de copyright al autorilor sau institutiilor care-l detin.

2.2. PROGRAMUL DE DIAGNOSTIC PENTRU TULBURARI AFECTIVE SI SCHIZOFRENIE (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - **SADS**)*

Programul de diagnostic pentru tulburari afective si schizofrenie (SADS) este un interviu diagnostic semistructurat dezvoltat de Endicott si Spitzer (1978) pentru a evalua simptomele tulburarilor mentale aaa cum sunt definite de Criteriile Diagnostice de Cercetare (*Research Diagnosis Criteria-RDC)* concepute de Spitzer si colab. (1978), criteriologie care este precursoarea DSM-III. RDC furnizeaza criterii pentru 24 categorii nosologice. In figura Nr.4 se prezinta un esantion din acest interviu.

Interviul este conceput sa fie aplicat de persoane cu studii universitare si cu experienta clinica si ia in jur de 2-3 ore pentru a fi completat. SADS este impartit in doua parti: partea I-a furnizeaza un tablou clinic al episodului curent (ultima saptamana) sau in ultimul an, iar partea II-a furnizeaza simptome pentru diagnosticul in decursul vietii ("*lifetime*"). Fiecarui simptom i s-au prevazut o definitie sau explicatie pentru intervievator, apoi cateva intrebari care evalueaza persistenta, intensitatea si efectul asupra functionarii subiectului. Evaluarea se face conform unei scale cu 7 puncte tip Likert (scor de la 0 la 6).

Organizarea interviului SADS permite un flux aproximativ similar cu cel al unui interviu in maniera libera. Intrebarile sunt de tip deschis iar intrebarile despre simptome sunt grupate impreuna pentru a avea un sens clinic-sindromologic. Intrebarile pot fi formulat flexibil astfel ca intervievatul sa le poata intelege si sa raspunda la ele.

Un scor de 3 sau mai mare pentru un simptom este in general considerat ca semnificativ si clinicianul trebuie sa determine daca simptomele raportate impreuna sunt suficiente pentru a constitui un sindrom pentru diagnostic. Daca clinicianul se indoieste de prezenta unui numar suficient de simptome, el poate face un diagnostic "probabil". Exista o metoda de a extrage scorul pentru itemii care alcatuiesc Scala de Depresie Hamilton si interviul SADS permite si calcularea scorului pentru Scala de Evaluare Globala (*Global Assessment Scale)* care furnizeaza o masura a severitatii globale a tulburarii psihiatrice (Endicott si colab. 1976).

Pe baza regulelor ierarhice ale criteriologiei RDC, clinicianul poate pune inregistra si un diagnostic de tulburare trecuta, prezenta sau in decursul vietii ("*lifetime*") pe o foaie separata de scor dupa efectuarea interviului.

SADS - ITEMII DE SCREENING PENTRU SINDROMUL MANIACAL

Urmatorii 5 itemi sunt cei ce caracterizeaza prezenta comportamentului maniacal. Daca vreunul din itemi este prezent incearca sa determini in general cum a fost comportamentul in acel moment cu intrebari precum: *Ce faceati atunci? Cum va petreceati timpul? Cand a fost aceasta?* Nu includeti comportamentul care este clar explicabil prin consumul de alcool sau droguri.
Daca subiectul descrie numai o stare disforica, intrebarile privind sindromul maniacal trebuie sa fie introduse cu afirmatii precum: *Eu stiu ca ati avut sentimente de tristete. Totusi, multi oameni au si alte sentimente amestecate cu tristetea sau in perioade diferite si este important sa stiu si despre aceasta.*

Dispozitie expansiva sau crescuta si/sau atitudine optimista asupra viitorului care tine mai multe ore si a fost incongruenta cu circumstantele in care a aparut.

V-ati simtit foarte bine dispus sau prea vesel fata de starea Dvs obisnuita?

Daca este neclar: *V-ati simtit ca sunteti stapanul lucrurilor sau ca si cum nimic nu era ce nu ati fi putut face?*
(Ati simtit ca orice ati face merge cu ati dori?)

Daca oamenii care v-au vazut ar gandi ca ati fost intr-o buna dispozitie sau ceva mai mult de atat?

(S-a intamplat in ultima saptamana?)

0 Nici o informatie
1 Deloc, normal sau depresiv
2 Putin, de ex. buna dispozitie, veselie mai multa decat la majoritatea oamenlor in circumstante obisnuite dar numai cu o semnificatie clinica probabila
3 Usor, de ex. dispozitie expansiva sau evident crescuta si optimism exagerat care depaseste in proportie circumstantele in care a aparut
4 Moderat, de ex. dispozitia si viziunea depasesc clar in proportie circumstantele
5 Sever, de ex. calitatea dispozitiei euforice
6 Extrem, de ex. exuberanta clara, expresivitate exaltata si spune "*Totul este minanat, ma simt asa de bine"*

ULTIMA SAPTAMANA 0 1 2 3 4 5 6

Nevoie scazuta de somn decat deobicei pentru a se simti odihnit (media pe mai multe zile)

Ati dormit mai putin ca de obicei pentru a va simti odihnit?
(Cat de mult dormiti in mod obisnuit?)
(Cat de mult dormiti cand suntetiati fost vesel?)
(S-a intamplat in ultima saptamana?)

0 Nici o informatie
1 Nici o schimbare sau nevoie mai mare de somn
2 Mai putin cu o ora decat normal
3 Mai putin cu 2 ore decat normal
4 Mai putin cu 3 ore decat normal
5 Mai putin cu 4 ore decat normal
6 Mai putin cu peste 4 ore decat normal

ULTIMA SAPTAMANA 0 1 2 3 4 5 6

Energie neobisnuit de multa (care tine mai multe zile), hiperactivitate cu infatigabilitate

(Ati avut mai multe energie decat obisnuit?)

(S-a intamplat in ultima saptamana?)

0 Nici o informatie
1 Nici o diferenta sau mai putina energie
2 Vag mai multa energie
3 Slaba schimbare in nivelul activitatii dar mai putina oboseala decat de obicei
4. Ceva mai activ decat deobicei si fara oboseala
5. Mult mai activ decat deobicei si fara oboseal
6. Neobisnuit de activ toata ziua si neobosit

ULTIMA SAPTAMANA 0 1 2 3 4 5 6

Fig. 4: Pagina din interviul SADS

Endicott si Spitzer (1978) au gasit un coeficient de confidenta intra-clase mai mare de 0,60 pentru peste 90% din itemii SADS, iar Keller si colab. (1981) au constatat un coeficient de agreement bun la studiul de confidenta test-retest.

In afara de versiunea standard, mai exista versiunea "*lifetime*" numita L-SADS, versiune speciala pentru a furniza diagnostice pentru toata durata vietii si versiunea pentru copii intre 6-17 ani numita Kiddie-SADS (K-SADS) dezvoltata de Puig-Antich si colab. (1983) care evalueaza atat copilul, cat si ce spun parintii despre problemele lui.

In prezent, SADS este un interviu aproape abandonat fiind utilizat doar in unele studii asupra tulburarilor depresive. Aplicarea lui este lunga si nu produce decat unele diagnostice conform clasificarii DSM-III. Pentru rutina clinica SADS nu mai este astazi un interviu recomandat.

2.3. PROGRAMUL DE INTERVIU DIAGNOSTIC (*Diagnostic Interview Schedule - DIS)*

Programul de interviu diagnostic (Diagnostic Interview Schedule - DIS) a fost dezvoltat de Robins si colab. (1981) la Universitatea Washington din St. Louis (SUA) ca raspuns la cererea diviziei de biometrie si epidemiologie a Institutului National de Sanatate Mentala (NIMH) a SUA pentru a fi utilizat in studiul epidemiologic numit *Epidemiologic Catchment Area (ECA) Project (Eaton si colab. 1984; Regier si colab. 1988; Erdman si colab.1992)* ceea ce face ca uneori sa fie abreviat ca NIMH-DIS. Acest studiu a implicat 20.000 subiecti din cinci comunitati din SUA, colectand date despre incidenta si prevalenta tulburarilor mentale din populatia generala. Se poate spune ca DIS a fost dezvoltat pentru a detecta "ce este un caz" in studiile epidemiologice, dar el poate fi folosit si ca instrument diagnostic pentru subiectii cu tulburari psihice.

Interviul DIS produce diagnostice conform criteriologiei Feighner, RDC, DSM-III, DSM-III-R si DSM-IV. Au existat mai multe versiuni ale interviului care sa tina pasul cu noile sisteme de diagnostic si clasificare a tulburarilor mentale. DIS este un interviu structurat cu raspunsuri alternative, codificate, si a fost construit pentru a fi aplicat de persoane laice, fara experienta clinica.

Cand se administreaza interviul, intrebarile se citesc subiectului exact aaa cum au fost formulate in text si raspunsul subiectului nu trebuie sa fie cercetat suplimentar, ci luat ca atare.

Daca subiectul nu intelege intrebarea i se citeste din nou, dar nu este permisa reformularea/ refrazarea intrebarii. Raspunsurile sunt scorate direct fara a decide daca ele raspund la un criteriu diagnostic sau nu. Interviul include toate instructiunile necesare astfel ca intervievatorul sa nu actioneze automat si aproape fiecare intrebare foloseste o metoda de probare pentru a determina daca un simptom este suficient de sever pentru a fi inregistrat si daca nu este datorat unor cauze somatice/medicale.

Intrebarile sunt grupate impreuna in functie de categoriile diagnostice incat fiecare sectiune permite punerea unui diagnostic. Multe sectiuni au intrebari de screening ca sa permita sarirea sectiunii daca subiectul nu prezinta tulburarea evaluata de sectiunea in cauza. Durata interviului este in medie de o ora.

Diagnosticele pot fi puse pentru perioada curenta (ultimele 2 saptamani, 6 luni sau un an) sau pentru toata durata vietii. Pentru fiecare simptom intervievatorul intreaba varsta debutului, varsta ultimei aparitii, cat de recent a fost, daca a necesitat ingrijire medicala si daca a fost atribuit unor boli fizice, medicatiei sau alcoolului sau uzului altor substante. Exista un set de intrebari standardizate si algoritmate pentru a stabili toate acestea in cadrul unei probe numite "proba diagramei" ("*probe flowchart")* pentru a stabili etiologia organica a unui simptom psihiatric. DIS permite obtinerea de date demografice precum varsta, sexul, statutul marital, ruta profesionala si educatia. Se poate aplica subiectilor de la 16 ani. Nu solicita un nivel educativ special, dar persoanele afectate cognitiv s-ar putea sa nu intelega intrebarile interviului si sa nu poata raspunde corect. DIS include scala Mini-Mental State pentru a evalua functia cognitiva (Folstein si colab. 1975).

Exista si o versiune computerizata a interviului DIS care a trecut cu bine studiile de validitate.

Pentru exemplificare, in figura Nr. 5 se reda o pagina din interviul DIS.

Exista diferite versiuni “nationale” ale interviului DIS precum in Spaniola, Portugheza, Franceza, Germana, Chineza, Koreeana, Araba, Greaca, Japoneza, etc.

E1 Acum o sa va intreb despre perioadele de cel putin o luna sau mai mult cand ati fost ingrijorat sau temator. Ati avut vreodata o perioada de o luna sau mai mult cand in majoritatea timpului v-ati simtit ingrijorat sau temator (anxios)	NU… (SARI LA F1)……1 DA ……5
A. Care a fost cea mai lunga parioada de timp cand ati fost ingrijorat sau temator (anxios)	[__][__] luni
DACA SPUNE NU STIU INTREABA: A fost pentru 6 luni sau mai mult?	6 LUNI SAU MAI MULT…95 MAI PUTIN DE 6 LUNI…..01 NU STIU……...98
DACA E1-A 6 LUNI SAU MAI MULT, INTREABA E2 ALTFEL SARI LA E4.	
E2 In timpul uneia din acele perioade ati fost ingrijorat de lucruri care sunt putin probabil sa se intample?	NU… (INTREABA A)……1 DA….(SARI LA E3)..……5
A. Ati fost ingrijorat de un numar mare de lucruri care de fapt nu sunt realmente serioase?	NU ……...1 DA ……...5
E3 In timpul acelor perioade ati avut mai multe ingrijorari in acelasi timp?	NU… (SARI LA E4)……1 DA ……...5
A. Vre-una din aceste griji au fost despre ce ar face altii sau ce s-ar putea intampla cu altii?	NU… (INTREABA B)……1 DA….(SARI LA E4)...……5
B. Despre ce fel de lucruri v-ati ingrijorat? _____ _____	NUMAI PROPRIILE SIMPTOME* SAU OBEZITATE ……...1 ALTELE …….5

*NERVOZITATE, DEPRESIE, ABUZ DE ALCOOL, CONSUM DE DROGURI, ATACURI DE PANICA, INSOMNII, GANDURI DE SUICID, OBEZITATE, FRICA

Figura 5: Pagina din interviul NIMH-DIS, versiunea III-a revizuita (Robins si colab. 1989)

Concordanta diagnosticelor furnizate de clinicieni cu cele date de DIS aplicate de persoane laice este buna pentru toate diagnosticele Anthony si colab. 1985: Malgady si colab. 1992). Senzitivitatea si specificitatea este la fel buna in jur de 90% pentru toate diagnosticele (Robins si colab. 1981).

In general, administrarea interviului DIS necesita un curs de antrenament care presupune parcurgerea manualului de administrare, sedinte video, antrenament de evaluare. Universitatea Washington din St. Louis organizeaza de doua ori pe an un curs de antrenament de 5 zile (in mai

si octombrie) care costa in jur de 750$ de persoana si include toate materialele. Interviul DIS costa 60$ iar versiunea computerizata pentru programul SAS costa 250$. Adresa la care se pot cere informatii este: Judy Kultermann sau Susan Keating, Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 4940 Audobon Avenue, St. Louis MO 63110, USA.

2.4. INTERVIUL CLINIC STRUCTURAT PENTRU DSM *(Structured Clinical Interview for DSM - SCID)*

Interviul SCID a fost dezvoltat de Spitzer si colab. (1987) ca un interviu semistructurat de diagnostic destinat sa furnizeze diagnostice pentru axa I-a conform DSM-III-R precum si pentru axa II-a, a tulburarilor de personalitate; ulterior el a fost adus la zi pentru diversele versiuni ale DSM-IV. Exista mai multe versiuni de baza ale interviului SCID pentru evaluarea diagnosticelor pe axa I-a la adulti, asa cum exista si versiuni pentru evaluarea tulburarilor de personalitate. Versiunea SCID-P (versiunea pacient) este folosita pentru pacientii internati in sectii de psihiatrie si genereaza un diagnostic clinic. Pentru decelarea unei simptomatologii psihotice se foloseste SCID-P w/screen.Versiunea SCID-OP (*outpatient version),* este destinata pentru pacientii ambulatori. Versiunea SCID-NP *(normal population)* poate fi folosita pentru scopuri non-clinice, pentru respondentii din populatia generala, in studii familiale sau cercetari in reteaua de ingrijire primara. Exista si versiuni pentru scopuri limitate precum pentru studiul tulburarilor de panica (SCID-UP) sau pentru studiul tulburarii posttraumatice de stress. O versiune SCID pentru DSM-III-R a fost publicata de American psychiatric press in Mai 1990, apoi in 1993 a fost publicata o versiune SCID preliminara pentru DSM-IV ca in februarie 1997, sub conducerea Prof. First de la Institutul de Psihiatrie de la New York sa se publice versiunea finala a interviului SCID pentru DSM-IV. Aceasta versiune a fost revizuita de mai multe ori ca in 2015 sa apara versiune actuala a SCID-5 pentru DSM-5 (First si colab. 2015a). Sunt disponibile petrui versiuni ale SCID-5: versiunea pentru cercetare, versiunea pentru uz clinic, versiunea pentru studiile clinice si versiunea pentru tulburarile de personalitate (First si colab. 2015b).

Aparitia interviului SCID a fost generata de limitarile interviului DIS sau SADS, care necesita un clinician experimentat pentru un diagnostic confident si pentru a tine pasul cu noutatile aduse de versiunile succesive ale clasificarii si criteriologiei DSM. In interviul DIS sau SADS algoritmul deciziei diagnostice este extrinsec structurii interviului si este efectuata cand interviul este completat. Dezavantajele sunt ca intervievatorul nu stie pe ce itemi sa se focalizeze

din cauza ca numai al sfarsitul lui se poate pune problema conturarii unei categorii diagnostice. In opozitie cu aceasta, algoritmul diagnostic din SCID este integral inclus in structura interviului si, astfel, variate ipoteze diagnostice sunt testate succesiv. In cadrul fiecarui diagnostic, daca un criteriu nu este intalnit, intervievatorul sare la alt criteriu si astfel diagnosticul este facut pe masura progresului interviului (Spitzer si colab. 1992).

Interviul SCID este compus din opt sau zece module, in functie de versiune. Modulele reflecta categoriile diagnostice majore ale clasificarii DSM III-R, DSM-IV sau DSM-5. Modulul consta din intrebari care extrag criteriile diagnostice pentru diferite clase diagnostice. Fiecare modul este relativ independent fata de celalalt. Simptomele sunt evaluate pe o scala cu ?, 1, 2 sau 3, in care "?" indica o informatie inadecvata pentru prezenta simptomului, "1" simptomul este absent, "2" simptomul este sub pragul de severitate si durata, iar "3" se refera la faptul ca simptomul sau criteriul este clar prezent. Din cauza independentei fiecarui modul, interviul SCID poate fi aplicat in functie de cerinte specifice.

Asa cum se vede in fig. 6, interviul SCID are un format pe trei coloane: in coloana din stanga se afla intrebarile corespunzatoare criteriilor diagnostice, in coloana din mijloc se afla criteriile diagnostice, iar in coloana din dreapta sunt plasate scala de evaluare si algoritmul diagnostic. Interviul contine in majoritate intrebari inchise care invita la raspunsuri de "da" sau "nu". Intervievatorul poate formula propriile sale intrebari. Principiul fundamental al SCID este ca, desi intervievatorul pune intrebari mai mult sau mai putin structurate pentru fiecare criteriu, evaluarea se face pentru criteriu luat ca intreg. Spre deosebire de interviul DIS, interviul SCID necesita o judecata clinica considerabila din partea intervievatorului. Din acesta cauza SCID se aplica numai de persoane cu experienta in domeniu (de ex. psihiatrii sau psihologi clinicieni). Interviul poate utiliza si surse aditionale de informatii: foi de observatie clinica, interviu cu familia, observatii ale personalului de ingrijire, astfel ca raspunsurile subiectului sa poata fi coroborate, evaluate si codificate conform experientei clinice a intervievatorului.

Intervievatorul transcrie scorurile pe o foaie de scor ducand la concluzia prezentei sau absentei unei tulburari si, in unele cazuri, a unui subtip sau nivel de severitate. Tulburarile sunt notate in doua cadre de timp: "curent" (ultima luna) si pe durata vietii.

Timpul mediu de administrare a interviului este de 1 - 1½ ore.

Interviul SCID obtine si informatii despre caracteristicile demografice ale subiectului, statutul sau marital, istoria scolara si profesionala, etc. Prin intrebari specifice, permite

intervievatorului sa determine prezenta diagnosticelor de pe axa III a DSM, respectiv a bolilor somatice ai evaluarea gradului general de functionare, pe axa V a DSM, cuprinzand in structura sa Scala de evaluare globala a functionarii (*Global Assessment of Functioning Scale - GAF*). Un interviu separat, SCID-II, permite evaluarea tulburarilor de personalitate (axa II) (Spitzer si colab. 1994).

Caracteristicile psihometrice ale SCID au fost studiate de Williams si colab. (1992) care au condus un studiul de confidenta test-retest pe 592 subiecti in sase centre in SUA si unul in Germania. Indicele de confidenta kappa pentru diagnosticul curent a fost de 0.61 si pentru diagnosticul "lifetime" de 0,68, deci confidenta buna. Confidenta satisfacatoare a fost obtinuta doar pentru populatia non-clinica. Trei studii care au examinat senzitivitatea si specificitatea interviului (Nussbuam and Rogers, 1992, Ekselius et. al, 1994, Jacobsberg et. al, 1995) au aratat ca interviul furnizeaza putine cazuri “fals-negative”si prezinta un indice de confidenta foarte bun. Un studiu de confidenta fac si Zanarini si Frankenburg (2001) pentru SCIDI versiunea pentru DSM-IV care gasesc un indice de confidenta foarte bun, intre 0,76 si 1,0 pentru 6 din cele 10 clase diagnostice si intre 0,57-0,65 pentru restul de patru clase diagnostice. Foarfte recent, Drill si colab. (2015) compara validitatea interviului SCID cu Clinical Diagnostic Interview, care este un interviu clinic sistematic care utilizeaza detaliat toate problemele pe care un psihiatru clinician le voloseste liber in anamneza sa traditionala. In acest studiu au fost folositi 255 pacienti care au fost evaluati cu ambele sintrumente si apoi liber de doi intervievatori independenti. Ambele instrumente au aratat o buna validitate incomparatie cu standardul dat de examinarea clinica traditionala.

SCID poate fi folosit atat pentru scopuri clinice cat si pentru cercetare. In domeniul clinic, SCID-P poate fi folosit ca procedura clinica de rutina pentru diagnostic. Poate fi administrat in timpul si dupa tratament pentru a determina evalutia, remisia sau vindecarea. El trebuie sa faca parte din curriculumul tinerilor clinicieni, permitand dobandirea tehnicii de interviu si a judecatii diagnostice.

Despre interviul pentru tulburarile de personalitate, SCID-II-PQ se poate spune ca este un instrument robust de diagnostic desi se indica sa nu se foloseasca singur pentru a se obtine un diagnostic confident.

Sindromul depresiv major curent	**Criteriile sindromului depresiv major**	
Acum o sa va intreb despre dispozitia dvs. psihica	A. Cel putin 5 din urmatoarele simptome, fiecare fiind prezent in timpul aceleasi perioade de 2 saptamani (si reprezinta o schimbare fata de functionarea anterioara); cel putin unul din simptome a fost fie (1) dispozitia depresiva, fie (2) pierderea intereselor sau a placerii.	
In ultima luna…		
… a existat o perioada de timp cand v-ati simtit trist sau abatat aproape toata ziua si aproape in fiecare zi? (Cum a fost aceasta?) DACA DA: Cat a durat aceasta? (Peste 2 saptamani?)	(1) dispozitie depresiva in majoritatea timpului zilei, aproape in fiecare zi, indicata fie de spusele bolnavului, fie de observatia altora.	? 1 2 3
… ati fost mai putin interesat de majoritatea lucrurilor sau incapabil de a va bucura de lucruri care va bucurau de obicei? (Cum a fost aceasta?) DACA DA: A fost aproape In fiecare zi? Cat de mult a durat? (Peste 2 saptamani?)	(2) diminuarea marcata a intereselor sau placerii in toate sau aproape toate activitatile din majoritatea timpului zilei, aproape in fiecare zi (cum este afirmat de subiect sau prin observatia altora a apatiei subiectului in majoritatea timpului)	? 1 2 3 Daca nici itemul 1 si nici itemul 2 nu este codificat "3" mergi la "Sindromul depresiv major trecut" A 4

Fig. 6: Ilustrare a interviului SCID pentru DSM-III (Spitzer si colab, 1990)

Se indica ca interviul SCID sa fie adminstrat de psihiatrii, psihologi, surori de psihiatrie sau asistenti sociali. Ei trebuie sa faca in prealabil un curs de antrenament. New York Sate Psychiatric Institute ofera un curs de antrenament, iar materialele video includ peste 8 ore de instructiuni si numeroase exemple de interviuri. Manualul (*User's Guide*) este la fel disponibil de cumparat si cuprinde mai multe vignette de cazuri. Pentru comanda instrumentelor si a manualului folositi adresa: American Psychiatric Press, Inc. 1400 K Street, NW, Washington DC 20005, USA. Organizatiile non-profit pot face fotocopii, dar alte organizatii trebuie sa-l cumpere inainte de a-l folosi.

Exista si o versiunea romaneasca a fost facuta la Facultatea de Psihologie a Universitatii Babes-Bolyai din Cluj-Napoca de Prof. Dr. David. Banuiesc ca o copie se poate procura direct de

la adresa: Departmentul de Psihologie Clinica si Psihoterapie, Universitatea Babes-Bolyai No. 37 Republicii Street, 400015 Cluj-Napoca, E-mail**:** danieldavid@psychology.ro, daniel.david@mssm.edu, www.clinicalpsychology.ro, www.psychotherapy.ro

2.5. INTERVIUL INTERNATIONAL COMPOZIT DE DIAGNOSTIC *(Composite International Diagnostic Interview -CIDI*)

Dupa cum se stie, Organizatia Mondiala a Sanatatii (OMS/WHO) este responsabila pentru generarea Clasificarii Internationale a Bolilor (*International Classification of Diseases - ICD*) (WHO, 1990) a carui scop primordial este de a permite raportarea nationala si internationala a statisticilor de morbiditate si mortalitate. Aceasta clasificare este adoptata prin consens de tarile membre ale OMS si a suferit revizuiri succesive ajungandu-se astazi la versiunea a 10-a, abreviata CIB-10 (*ICD-10*) (Sartorius si colab. 1995). Capitolul V al acestei versiuni a fost dezvoltat de Divizia de sanatate mentala a OMS si este destinat tulburarilor mentale si comportamentale ai are la randul ei trei versiuni: pentru scopuri clinicie curente, pentru cercetare (Okasha si colab. 1992) si pentru reteaua de ingrijire primara (medicina generala). Aceste versiuni sunt compatibile una cu alta si difera doar in gradul de detalii si specificitate pentru fiecare categorie diagnostica. Aceste versiuni au suferit un lung proces de rafinare prin studii succesive de condifenta pentru fiecare categorie diagnostica in parte si astfel CID-10 reprezinta astazi un cadru comun de referinta pentru utilizare internationala si nationala, in esenta fiind vorba de construirea unui limbaj unic in psihiatrie (Sartorius si colab. 1993). Studii efectuate in diferite parti ale lumii arata ca exista o confidenta buna a diagnosticelor produse de CIB-10 in cadrul unor spatii etnoculturale largi precum lumea araba sau cea anglo-saxona (Robins si colab. 1988). Mai mult, Mellsop si colab. (1991) arata o concordanta inalta intre clasificarea CIB-10 si clasificarea folosita in Statele Unite in acea vreme, DSM-III-R sau DSM-IV(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Revised*). Organizatia Mondiala a Sanatatii are intr-un stadiu avansat de pregatire versiunea 11-a a clasificarii si aceasta va avea un grad de apropiere cu DSM-5.

Paralel cu dezvoltarea CIB, Organizatia Mondiala a Sanatatii a generat instrumente specifice si standardizate pentru diagnosticul tulburarilor mentale iar Interviul International Compozit de Diagnostic (CIDI) este instrumentul de diagnostic cel mai rafinat dezvoltat si promovat de Divizia de sanatate mentala a OMS.

Interviul CIDI a fost produs in cadrul unui proiect colaborativ al Organiztei Mondiale a Sanatati si fosta Administratie a Sanatatii Mentale si Abuzului de Alcool si Droguri a Statelor Unite (*US Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration - ADAMHA*) privind clasificarea tulburarilor mentale si a problemelor date de alcool si droguri. Dezvoltarea CIDI

incepe in anul 1981 cand s-a decis explorarea confidentei combinatiei dintre doua din cele mai larg utilizate interviuri diagnostice din acei ani: DIS si PSE (*Present State Examination*) (Farmer si colab. 1987). Au urmat trei faze de lucru, prima ducand la aparitia versiunii nucleare (*core version*) a acestui instrument care a fost produsa de Lee Robins si colab. (1988) de la Washington University din St. Louis, versiune care era compatibila cu CIB-9. Tot in aceasta faza au fost intreprinse testele de confidenta test-retest (Semler si colab. 1987) si cele de validitate procedurala care au dat rezultate bune pentru ca interviul sa fie considerat adecvat scopului. Ulterior s-a adaugat noi intrebari pentru a raspunde la criteriile de diagnostic promovate de DSM-III-R si de CIB-10. In faza a II-a a studiului WHO/ADAMHA interviul CIDI a fost folosit pentru a explora acceptabilitatea cross-culturala si confidenta lui in diferite tari si culturi. Au fost folosite 19 centre si 575 pacienti. Aceasta faza a aratat putine ambiguitati si diferente cross-culturale in intelegerea intrebarilor si deci a generat putine schimbari a interviului (Wittchen si colab., 1991). Faza a treia a inclus o serie de intruniri ale grupurilor de lucru pentru a finaliza retusuri minore ale CIDI datorita aparitiei versiunii de cercetare a CIB-10 si a DSM-IV. Tot atunci s-au mai intreprins studii de validitate care au aratat ca exista o buna concordanta intre simptomele culese de CIDI si cele evaluate de clinicieni (Janca si colab. 1992) si un coeficient de agrement bun intre diagnosticele CIDI si diagnosticele clinice de rutina (Ustun si Sartorius, 1995).

Interviul international compozit de diagnostic este un interviu comprehensiv, complet standardizat destinat sa furnizeze un diagnostic conform definitiilor si criteriilor din CIB-10, DSM-III-R si DSM-IV. El a fost elaborat in special pentru studii epidemiologice dar ulterior s-a dovedit ca poate furniza diagnostice confidente si in activitatea clinica curenta sau in activitati de cercetare. Interviul are mai multe avantaje printre care standardizarea si structurarea lui care confera increderea ca diferite studii intreprinse sunt direct comparabile, interviul poate fi administrat repetat in acelasi stil si poate fi administrat si de persoane fara experienta clinica.

Interviul cuprinde 276 intrebari corespunzand la tot atatea simptome. Nu toate intrebarile se administreaza subiectului datorita faptului ca un raspuns negativ la o intrebare poate genera sarirea urmatoarelor cateva intrebari (*skip rules*). Pentru multe intrebari sunt prevazute "probe" care determina atribuire simptomului unei cauze organice sau legate de consumul de alcool sau droguri, relatia lui cu medicatia administrata sau cu diagnostice anterioare puse cu ocazia unor examinari medicale. Aceasta se determina printr-un algoritm de intrebari suplimentare care sunt

cuprinse in proba diagramei (*probe flow chart-PRB*) similar cu cea din interviul DIS. Intrebarile de proba, care primesc un raspuns pozitiv, sunt trecute apoi prin algoritmul diagramei pentru a evalua severitatea psihosociala a simptomelor, adica in ce mod interfera cu functionalitatea, si relevanta lor psihiatrica. Aceasta diagrama structureaza si standardizeza intrebari potrivite pe care trebuie sa o puna intervievatorul pentru a sti ce sa inregistreze si daca exista suficienta informatie pentru a codifica simptomul. Codul PRB 1 indica ca simptomul este absent; PRB 2 indica ca simptomul este prezent dar nu suficient de sever pentru a cauza afectarea subiectului sau ajutor medical; PRB 3 indica ca simptomul a fost cauzat de medicatie, alcool sau drog; PRB 4 indica ca simptomul a fost cauzat de boli fizice sau traumatisme/accidente iar PRB 5 indica prezenta unui simptom psihiatric bine definit. Interviul mai furnizeaza debutul simptomului in timp, varsta debutului, sau cat este de recenta aparitia ultima a simptomului.

Administrarea interviului, versiunea nucleara 1.0 necesita un timp mediu de 90 minute.

Codificarea tuturor raspunsurilor la CIDI este strict categoriala cu "DA" sau "NU" si interviul nu prevede nici o scala dimensionala (Likert, etc). Interviul este prevazut de un program de stocare a datelor in computer (*data entry program*) care faciliteaza clasificarea simptomelor in acord cu clasificarile internationale actuale si un program de curatare a interviului (*cleaning program*) care detecteaza erorile de codificare si consistenta logica dintre raspunsurile la diferite intrebari. In figura Nr. 7 se exemplifica modul de alcatuire a unei pagini din interviul CIDI.

Interviul are o structura modulara cuprinzand 15 sectiuni marcate cu o litera distincta, in mare respectand categoriile CIB-10, de ex. Sectiunea C pentru tulburari de somatizare, disociative si hipocondriace, sectiunea D pentru tulburari depresive, etc. Fiecare modul poate fi folosit si separat pentru a evalua strict o anumita tulburare mentala, de exemplu Sectiunea I pentru alcool sau sectiunea L pentru droguri. Pornind de la aceste module s-au dezvoltat versiuni specializate precum interviul CIDI-SAM (*Substance Abuse Module*) dezvoltat de Cottler si colab. (1991) pentru evaluarea diagnostica a tulburarilor folosirii de substante sau alte module pentru evaluarea tulburarilor posttraumatice de stree, a tulburarilor de comportament sau a comorbiditatii[16].

Exista si o versiune computerizata integral numita CIDI-AUTO (Andrews, 1992), o alta versiune numita UM-CIDI (*University of Michigan version*) care este destinata mai ales pentru studiul epidemiologic al comorbiditatii, o versiunea pentru medicul de medicina generala numita

CIDI Primary Care version (CIDI-PMC) (Ustun si colab. 1995) si o versiune care corespunde diagnosticelor din DSM-IV (Witchen si colab. 1995).

I11 Ati constatat vreodata ca ati început sa aveti nevoie sa beti mai mult decât înainte pentru a avea acelasi efect?	NU …(INTREABA A)..1 DA …… 5
A. Ati constatat ca aceeasi cantitate de bauturi are efect mai mic decât înainte? RECENT: Mai simtiti nevoia sa folositi mai mult decât înainte pentru a simti acelasi efect? DACA NU: Când ati încetat sa aveti nevoie de mai mult?	NU …(SARI LA I12)… 1 DA …… 5 RECENT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: __/__
I12 Ati simtit vreodata o dorinta sau un imbold atât de puternic de a bea încât nu i-ati putut rezista?	NU…(INTREABA A)…1 DA ……..5
A. Ati dorit vreodata o bautura atât de tare încât sa nu va puteti gandi la altceva?	NU …(SARI LA I13)…..1 DA …… 5 RECENT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: __/__
I13 Adesea ati baut mai mult decât v-ati asteptat când ati început sau pentru o perioada de timp mai lunga decât intentionati?	NU…(INTREABA A)…1 DA ……..5
A. Cât de des ati început sa beti si sa constatati ca este dificil de a va opri înainte de a va îmbata?	NU …(SARI LA I14)…..1 DA …… 5 RECENT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: __/__
I14 Ati dorit vreodata sa încetati sau sa reduceti din bautura dar nu ati putut?	NU …(SARI LA I15)…..1 DA ……..5
A. Ati încercat mai mult decât odata fara succes sa opriti sau sa reduceti consumul de alcool?	NU, NUMAI O DATA…1 DA ……..5 RECENT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: __/__

Fig. 7: Ilustrare a structurii interviului CIDI (sectiunea "I" - consumul de alcool)

Versiunea nucleara a fost tradusa oficial in peste 14 limbi. Comitetul editorial international CIDI se ocupa de tinerea la zi a versiunii oficiale fata de toate rafinamentele si noutatile care apar in cadrul sistemului diagnostic al diferitelor categorii nosologice. Exista o traducere oficiala Romaneasca numai a sectiunilor alcool "I" si drog "K" (*vezi: Radu Vrasti: Alcoolismul: Detectie, Diagnostic si Evaluare, Timpolis, Timisoara, 2001 sau* www.vrasti.org)

care au fost facute in departamentul de cercetare din Spitalul de Psihiatrie Jebel in calitate de centru colaborativ la studiul OMS/ADAMHA.

Intregul pachet CIDI cuprinde: Interviul CIDI, versiunea clinica, Manualul de folosinta, Manualul de antrenament, Programul de computer, la cerere cuprinde si versiunea pentru cercetare.

Aplicarea intregului interviu CIDI necesita un curs de antrenament de 14 zile furnizat de mai multe centre colaborative CIDI din Europa (de exemplu la Louxemburg, Munchen, Atena, Amsterdasm, etc), Statele Unite sau Australia.

Personal am facut acest curs de antrenament cu Prof. Lyketsos la Athena, platit integral de OMS, inainte de a putea participa la cercetarile cross-culturale ulterioare ca principal investigator.

2.6. PROGRAMUL DE EVALUARE CLINICA IN NEUROPSIHIATRIE (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry - SCAN*)

Interviul SCAN (WHO, 1994) este un alt instrument de diagnostic dezvoltat de OMS in cadrul proiectului colaborativ de cercetare OMS/ADAMHA privind diagnosticul si clasificarea tulburarilor mentale si a celor date de uzul de substante (alcool si droguri). Precursorul acestui instrument a fost interviul "Examinarea Starii Prezente" versiunea 9-a (*Present Sate Examination -PSE-9*) dezvoltat de Wing si colab. (1974). Acest instrument isi are originirea in cercetarile intreprinse de unitul de cercetare in psihiatrie sociala a Comitetului de Cercetare Medicala a Marii Britanii intre anii '50 care a solicitat o metoda confidenta si detaliata de descriere a simptomelor psihotice (Wing, 1996a). Prima versiune a cuprins numai simptomele pentru schizofrenie, precum aplatizare afectiva, saracirea vorbirii, incoerenta vorbirii, delirul si halucinatiile. Ulterior, in versiunea a 3-a s-a adaugat o sectiune pentru simptomele nevrotice ca ulterior sa se completeze cu alte completari generate printre altele de studiul de diagnostic "US-UK" sau de Studiul pilot OMS internatioanl asupra schizofreniei. Astfel, pentru versiunea 8-a a aparut necesitatea unui glosar de termeni cu definitiile operationale ale fiecarui simptom mentionat in interviu, a evaluarii simptomelor in doua axe temporale ("actual" si "in timpul vietii") si a unui algoritm pentru clasificarea itemilor PSE conform diagnosticelor Clasificarii Internationale a Bolilor, versiunea 8-a. Toate aceste caracteristici au fost incorporate in PSE-9 care a devenit o versiune mai scurta cu doar 140 itemi (de la 500 itemi din versiunea anterioara) la care se adauga un glosar cu definitiile termenilor, un "checklist" de sindroame, un program de stabilire a etiologiei si un program pentru computer numit CATEGO 4. Aceasta versiune, care a fost rezultatul a 15 ani de continue imbunatatiri, a fost folosita in multe studii si a fost tradusa in mai multe limbi (Wing, 1996b).

Folosirea versiunilor succesive ale interviului PSE si mai ales a PSE-9 a generat o suita de sugestii pentru imbunatatiri si ele au incepute odata cu aparitia nevoia de adaptare la noua clasificare internationala a bolilor, CIB-10; noua versiune ar fi fost PSE-10 care a devenit insa parte integranta din interviul SCAN. In prima versiune a acest interviu au fost implinite principalele cerinte aparute in utilizarea PSE printre care aparitia unor noi sectiuni pentru tulburarile de somatizare, disociative, a tulburarilor de alimentatie, de folosire a alcoolului si drogurilor si a afectarii cognitive sau extrinderea scalei de severitate la toti itemii interviului. Perfectionarea si tinerea la zi a interviului SCAN este preluata de studiul WHO/ADAMHA si astfel apare in 1988 versiunea 0 folosita in primele faze ale acestui studiul multicentru (Wing si coalb. 1990). In functie de rezultatele trialurilor succesive la care interviul SCAN a fost supus in acest studiu si a recomandarilor comitetului editorial international, apare in 1992 versiunea SCAN 1.0 care incorporeza clasificarea si criteriile de diagnostic din RDC, DSM-II-R si ICD-10. Versiunea SCAN 2.0 a fost prezentata in 1994 la Congresul Asociatiei Europene de Psihiatrie si incorporeaza si diagnosticele din DSM-IV.

Asa cum spunea parintele lui, scopul major al interviului SCAN este "*de a furniza un mijloc comprehensiv, acurat si specific de descriere si clasificare a fenomenelor clinice cu scopul de a le compara"* (Wing, 1996).

Interviul SCAN este un interviu clinic diagnostic *semi-structurat* care contine mai multe componente care vor fi descrise pe larg in cele ce urmeaza: 1) manualul SCAN care contine la randul lui programul de examinare PSE-10, programul de evaluare a istoriei clinice (*Clinical History Schedule)* sau asa-zisa sectiune 26, lista grupurilor de itemi (*Item Group Checklist*) sau sectiunea 27 si caietul de inregistrare (*recording booklets*); 2) glosarul SCAN; 3) programul de computer; 4) materialele de invatare-antrenament.

Examinarea Starii Prezente-10 (*PSE-10*) este inima acestui interviu si cuprinde 25 sectiuni reprezentand simptome grupate in functie de semnificatia lor psihopatologica. Fiecare sectiune contine o serie de simptome care sunt numerotate. Simptomul contine o "proba" care este o intrebare pentru a fi pusa de catre intervievator. Sunt furnizate si probe optionale, respectiv intrebari care sunt sugerate a fi puse subiectului examinat. Intervievatorul poate fraza si altfel intrebarile in functie de definitia simptomului furnizata in glosar. PSE-10 are o anumita conventie de utilizare care trebuie urmata intocmai. Astfel, dupa punerea intrebarii/intrebarilor urmeaza o cotare a severitatii fiecarui simptom dupa scorarea din scala de evaluare prevazuta a fi utilizata in sectiunea respectiva. In dreptul fiecarui simptom se afla o casuta in care se va trece numarul corespunzator. In final se utilizeaza "scorul prag" (*cut-off point*), care reprezinta scorul de la care se considera ca severitatea simptomului are semnificatie clinica.

Lista grupurilor de itemi furnizeaza posibilitatea de a evalua informatii obtinute de la inscrisuri medicale si/sau de la informanti altii decat respondentul. Itemii nu sunt grupati dupa

criterii sindromologice si nu contin toti itemi care sunt necesari pentru un diagnostic clinic. Rolul acestui modul este de a furniza informatii atunci cand PSE-10 nu se poate administra in totalitate sau cand avem nevoie de date despre evolutia anterioara a bolii sau despre episoade anterioare de boala.

Programul de istorie clinica este un instrument independent de evaluare a copilariei si educatiei respondentului, a tulburarilor de dezvoltare, a rolurilor si performantei sociale si a tulburarilor de personalitate.

Glosarul SCAN este placa turnanta a sistemului de evaluare. El contine definitiile diferentiale ale fiecarui item cu genul proxim si diferenta specifica a fiecarui element. Glosarul furnizeaza un limbaj clinic adecvat, relevant international, care permite clinicianului sa se ancoreze teoretic atunci cand evalueaza respondentul si sa cuantifice exact prezenta psihopatologiei. Cu ajutorul glosarului si a programului de evaluare PSE-10, interviul SCAN este destinat sa permita o comparare a experientelor si comportamentului subiectului cu conceptele clinice ale examinatului, definite in glosar, printr-un proces controlat de examinare incrucisata (*cross-examination*). De aici rezulta un profil simptomatologic ce poate fi folosit in monitorizarea clinica a respondentului.

Interviul SCAN a fost testat in 20 centre din 14 tari prin cercetari de teren organizate de OMS. Aceste cercetari au demonstrat o buna confidenta si validitate cu instrumente comparabile (Wing si colab. 1990).

Obtinerea unei competente de a utiliza interviul SCAN se poate face doar printr-un curs de antrenament si formare intr-unul din centrele de formare avizate de OMS printre care mentionez Atena, Ankara, Groningen, Londra, Lubeck, Luxemburg, Mannheim, Santander, Bangalore, Farmington, Sydney.

Informatii suplimentare se pot obtine de la Organizatia Mondiala a Sanatatii, Divizia de Sanatate Mentala, Via Appia 27, CH-1211 Geneva, Switzerland.

Bibliografie:

American Psychiatric Association (1995): Practice Guideline for Psychiatric Evaluation of Adults, Am.J.Psychiatry, 152, Supplement

Andrews G, Morris-Yates A, Peters L, Teesson M : CIDI-Auto. Administrator's guide and reference, Version 1.1. Sydney: Training and Reference Center for WHO CIDI

Anthony JC, Folstein M, Romanoski AJ et al (1985): Comparison of the lay Diagnostic Interview Schedule and a standardized psychiatric diagnosis: experience in eastern Baltimore, Arch.Gen.Psychiatry, 42: 667-675.

Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ et al (1972): Psychiatric Diagnosis in New York and London, Maudsley Monograph No.20, London: Oxford University Press.

Cottler LB, Robins LN, Helzer JE (1989): The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview, Brit.J.Addicition, 84: 801-814.

Drill R, Nakash O, DeFife JA, Westen D (2015): Comparison of the validity of a Structured Clinical Interview (the SCID) and the Clinical Diagnostic Interview, Journal of Nervous and Mental Disorder, 203: 459-462.

Eaton WW, Holzer CE, Von Korff M, Anthony JC et al (1984): The design of the Epidemiologic Catchment Area surveys. The control and measurement of error, Arch Gen Psychiatry. 41(10): 942–948.

Ekselius L, Lindstrom E, von Knorring L, Bodlund O, Kullgren G (1994): SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. Acta Psychiatr. Scand., 90: 120-123

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al (1976): The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, Arch.Gen.Psychiatry, 33: 766-771.

Endicott J, Spitzer RL (1978): A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Arch.Gen.Psychiatry, 35: 837-844.

Erdman HP, Klein MH, Greist JH et al (1992): A comparison of two computer-administered version of the NIMH Diagnostic Interview Schedule, J.Psychiatr.Res., 26: 85-95.

Farmer AE, Katz R, McGriffin P, Bebbington P (1987): A comparison between the Present Satte Examination and the Composite International Diagnostic Interview, Arch.Gen.Psychiatry, 44: 1064-1068.

Feighner JP, Robins E, Guze SB et al (1972): Diagnostic criteria for use in psychiatric research, Arch. Gen. Psychiatry, 26: 57-62.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1997): Structured Clinical Interview for DSM-IVAxis I Disorders—Clinician Version (SCID-CV). NewYork:Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL (2015): Structured Clinical Interview for DSM-5—Research Version (SCID-5 for DSM-5, Research Version; SCID-5-RV). Arlington, VA, American Psychiatric Association.

First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL (2015): User's Guide for the SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder). Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Folstein MF, Romanoski AJ, Nestadt G et al (1985): Brief report on the clinical reappraisal of the Diagnostic Interview Schedule carried out at the John Hopkins sith of the Epidemiological Catchment Area Program of the NIMH, Psychol.Med., 15: 809-814.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975): "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J.Psychiatr.Res., 12: 189-198.

Jacobsberg L, Perry S, Frances A (1995): Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the Personality Disorder Examination. J. Pers. Assess., 65: 428-433.

Janca A, Robin LN, Bucholz KK et al (1992): Comparison of Composite International Diagnostic Interview and clinical DSM-III-R criteria checklist diagnoses, Acta Psychiatr.Scand., 85: 440-443.

Jensen PS, Hoagwood K (1997): The book of names: DSM-IV in context, Development and Psychopathology, 9:231-249.

Keller MB, Lavori PW, Andrease NC et al (1981): Test-retest reliability of assessing psychiatrically ill patients in a multicenter design, J.Psychiatric Research, 16: 213-227

Kendell RE, Everitt B, Cooper JE et al (1968): The reliability of the Present State Examination, Social Psychiatry, 3: 123-129.

Kendell RE, Sharpe L, Cooper JE et al (1971): Diagnostic criteria of American and British psychiatrists, Arch.Gen.Psychiatry, 25: 123-130.

Kreitman N (1961): The reliability of psychiatric diagnosis, J.Ment.Sci.,107: 876-886.

Leff J (1977): International variations in the diagnosis of psychiatric illness, Brit.J.Psychiatry, 131: 329-338.

Malgady RG, Rogler LH, Tyron WW (1992): Issues of validity in the Diagnostic Interview Schedule, J. Psychiatr. Res., 26: 59-67.

Mellsop GW, Thomas CS, Ellis PM et al (1991): Reliability of the draft diagnostic criteria for research of ICD-10 in comparisons with ICD-10 and DSM-III-R, Acta Psychiatr.Scand., 84: 332-335.

Nussbaum D, Rogers R (1992): Screening Psychiatric Patients for Axis II Disorders. Can. J. Psychiatry, 37: 658-660.

Okasha A, Sief El Dawla A (1992): Reliability of ICD research criteria: an Arab perspective, Acta Psychiatr. Scand., 86: 484-488.

Okasha A, Sadek A, Al-Haddad MK, Abdel-Mawgoud A (1993): Diagnostic agreement in psychiatry. A comparative study between ICD-9, ICD-10 and DSM-III-R, Brit.J.Psychiatry,162: 621-626

Page AC (1991): An assessment of structured diagnostic interviews for adult anxiety disorders, Intl.Rev.Psychiatry, 3: 265-278.

Puig-Antich J, Chambers WJ, Tambrizi MA (1983): The clinical assessment of current depressive episodes in children and adolescents: Interviews with parents and children, in Affective Disorders in Childhood and Adolescence: An Update, DP Cantwell, GA Carlson (Eds.), New York: SP Medical & Scientific Books.

Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Jr, Rae DS et al (1988): One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. Arch Gen Psychiatry, 45(11): 977–986

Regier DA, Kaebler CT, Roper MT et al (1994): The ICCD-10 clinical field trial for mental and behavioral disorders: results in Canada and the United States, Am.J.Psychiatry, 151: 1340-1350.

Robins LN, Heltzer JE, Croughan J et al (1981): National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity, Arch.Gen.Psychiatry, 38: 381-389.

Robins LN, Wing J, Wittchen HU et al (1988): The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures, Arch.Gen.Psychiatry, 45: 1069-1077.

Robins L, Helzer J, Cottler L, Goldring E (1989): NIMH Diagnostic Interview Schedule, version III revised, November 1989, Washington University School of Medicine, St. Louis.

Robins LN, Cotler L (2004): Making a Structured Psychiatric Diagnostic Interview Faithful to the Nomenclature, American Journal of Epidemiology, 160: 808-813

Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE et al (1993): Progress toward achieving a common language in psychiatry, results from the international field trials of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10, Arch.Gen.Psychiatry, 50: 115-124.

Sartorius N, Ustun TB, Korten A et al (1995): Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 Diagnostic Criteria for Research for mental and Behavioral disorders, Am. J.Psychiatry, 152 :1427-1437.

Semler G, Wittchen HU, Joschke K et al (1987): Test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS/CIDI), Eur.Arch.Psychiat.Neurol.Sci., 236: 214-222.

Shepherd M, Brooke EM, Cooper JE, Lin T (1968): An experimental approach to psychiatric diagnosis, Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.201.

Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1978): Research Diagnostic Criteria: rational and reliability, Arch. Gen Psychiatry, 35: 773-782.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1987): Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, 4/1/87 revision), New York, Biometrics Research Department, New York Psychiatric Institute.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB (1990): Structured Clinical Intervie for DSM-III-R, Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB (1992): The Structures Clinical Intervies for DSM-III-R (SCID): I: History, rationale, and description, Arch.Gen.Psychiatry, 49: 624-629.

Spitzer RL, Williams JWB, Gibbon M (1994): Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders, Washington DC: American Psychiatric Press.

Ustun TB, Sartorius N (1995): The background and rationale of the WHO collaborative study on psychological problems in general health care, Chichester: Wiley

Ustun TB, Goldberg DP, Cooper JE et al (1995): A new classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care: The ICD-10 PHC, Brit.J.Gen.Pract., 45: 211-215.

Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974): Measurement and Clasification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and Catego Program, London: Cambridge University Press.

Williams JBW, Gibbon M, First MB et al (1992): The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), II: Multisite test-retest reliability, Arch.Gen.Psychiatry, 49: 630-636.

Wing JK, Babor T, Brugha T et al (1990): SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Arch.Gen.Psychiatry, 47: 589-593.

Wing JK (1994): SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neurpsychiatry, ICD-10 Postgradulate training course, European Psychiatry, 9, suppl.1.

Wing J (1996a): SCAN and PSE tradition, Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol., 31: 50-54.

Wing J: (1996b) SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) and PSE (Present State Examination) tradition, in Mental Health Outcome Measures, G Thornicroft & M Tansella (Eds.), Berlin: Springer.

Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB et al (1991): Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Brit.J.Psychiatry, 159: 57-84.

Wittchen HU (1994): Reliability and validity of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review, J.Psychiat.Res., 28 :57-84.

Wittchen HU, Beloch E, Garzcynski E et al (1995): Munchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, paper-pencil 2.2, 2/95), Max-Plank Institute fur Psychiatrie, Klinisches Institute, Munchen.

Wittchen HU, Nelson CB (1996): The Composite International Diagnostic Interview: An instrument for measuring mental health outcome? In Mental Health Outcome Measures, G Thornicroft & M Tansella (Eds.), Berlin: Springer.

World Health Organization (1970): The International Pilot Study of Schizophrenia, vol. 1, Geneva: WHO

World Health Organization (1990): Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI-interview (version 1.0), b) CIDI-user manual, c) CIDI training manual, d) CIDI-computer programs, Geneva.

World health Orhanization (1992) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10), Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research, Geneva, World Health Organization

World Health Organization (1994): Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Americal psychiatric Press, Washington, DC.

Zanarini MC, Frankenburg FR (2001): Attainment and maintenance of reliability of Axis I and Axis II disorders over the course of a longitudinal study, Comprehensive Psychiatry, 42: 369–374.

- oo O oo -

3. SCALELE DE EVALUARE GLOBALA A SIMPTOMELOR PSIHICE

In aceasta sectiune este vorba de instrumente care ajuta la identificarea simptomelor psihice dintr-un amalgam de simptome cu care un pacient se poate prezenta la un medic sau psiholog clinician. In acest sens, ultimele versiuni ale DSM-ului a stabilit un "*prag de semnificatie clinica*" dincolo de care un simptom sau un sindrom are o valoare sau severitate care trebuie luata in considerare de profesionistii ingrijirii sanatatii. O alta problema care se ridica aici este si distinctia care trebuie facuta intre simptomele clinice si dizabilitatea pe care acestea o genereaza.

Problema relatiei dintre dizabilitate si boala mentala este reluata in DSM-5 cand se vorbeste de stabilirea unui prag intre sanatate si boala, dintre normal si patologic. Astfel, DSM-5 reformuleaza "criteriu de semnificatie clinica" dincolo de care o boala exista si postuleaza: "*OMS separa conceptul de bola mentala si cel de dizabilitate (afectare in functionarea sociala, ocupationala sau in alte arii importante ale functionarii). OMS foloseste Clasificarea Internationala a Bolilor ca sa acopere toate bolile si tulburarile, iar Clasificarea internationala a functionarii, dizabilitatii si sanatatii (International Classification of Functioning - ICF) pentru o clasificare separata a dizabilitatilor. Totusi, in absenta unor markeri biologici sau clinici, clari, care sa sustina bolile mentale, nu este posibil sa se separe complet normalul de simptomele patologice ce sunt considerate criterii diagnostice. Cu toate acestea, s-a stabilit un prag de distress sau de dizabilitate dincolo de care se poate considera ca exista o boala mentala, in mod obisnuit utilizandu-se definitia: "tulburare ce cauzeaza distress sau afectarea semnificativa in aria de functionare sociala, ocupationala sau alte arii importante ale functionarii*".

Pentru a identifica acest prag de semnificatie clinica, instrumentele de masura prezentate mai jos, ofera o plaja dimensionala de frecventa si severitate a simptomelor, pe care un subiect evaluat se poate plasa intr-o anume perioada de timp, si, astfel, se deschide poarta pentru o evaluare specifica a problemelor dezvaluite in acel moment de evaluare.

3.1. SISTEMUL AMDP

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) sau Asociatia de Metodologie si Documentare in Psihiatrie este un instrument de masurare a

simptomelor psihice care s-a nascut din dorinta de standardizare necesara in evaluarile psihofarmacologice, dorinta exprimata de 5 clinici psihiatrice din Germania si alte cinci din Elvetia si una din Wiena (Bobon, 1978). S-a dorit sa se obtina un sistem de documentare psihiatrica care sa includa date demografice, anamnestice, somatice si psihopatologice ale subiectilor cuprinsi in studii privind efectele medicamentelor psihotrope. Prima versiune a fost publicata de Angst si colab. (1969) ca apoi sa apara imbunatatiri succesive la versiunile ulterioare. sub egida Collegium Internaationale Psychiatriae Scalarum.

Sistemul AMDP este mai mult folosit in tarile de limba germana

Sistemul AMDP este constituit din 5 fise:

- Fisa AMDP-1 este fisa anamnezei generale (date demografice, familia, educatie, etc);
- Fisa AMDP-2 este fisa care evalueaza evenimentele stresante anterioare;
- Fisa AMDP-3 este destinata antecedentelor patologice:
- Fisa AMDP-4 este o scala de evaluare pentru cuantificarea simptomelor psihice actuale cu o scalare in mai multe trepte (de la 0 la 3 pentru versiunea germana si de la 0 la 4 pentru cea franceza); cuprinde 100 itemi ce acopera tot atatea simptome psihice;
- Fisa AMDP-5 este scala de evaluare a simptomelor somatice cu 40 itemi.

Evaluarea simptomelor prin sistemul AMDP se face pe baza observatiei si la aprecierea acestora pot participa si alte surse de informatie. Prin coroborarea tuturor acestor informatii se evalueaza in final intensitatea, durata si frecventa simptomelor conform descriptiei din manualul de utilizare.

Prin selectarea anumitor simptome din fisa AMDP-4 si fisa AMDP-5 s-au dezvoltat scale de evaluare cu o utilitate specifica: scala manie-depresie cu 27 itemi sau scala de schizofrenie cu 19 itemi (Woggon si Dittrich, 1979). Prin analiza factoriala, sistemului AMDP i s-au descris noua dimensiuni corespunzand sindroamelor Paranoid-halucinator, maniacal, ostilitate, depresiv, apatie, vegetativ si obsesiv (Moller, 2009).

Aplicarea sistemului AMDP cere un antrenament specific care presupune cunoasterea manualului de administrare, asimilarea definitiilor operationale si modul de completare a fiselor in functie de datele pacientului sau a altor informanti. Acest antrenament se poate obtine in centrele abilitate de secretariatul international AMDP.

Administrarea scalelor AMDP necesita aproximativ 40-60 minute, in functie de abilitatea intervievatorului si de disponibilitatea datelor necesare.

Exista un program de stocare computerizata a datelor obtinute din sistemul AMDP care foloseste pachetul statistic SPSS.

Mai multe studii au aratat o buna validitate si confidenta a scalelor de psihopatologie si somatica (Pietzcker si Gebhardt, 1983; Bobon, 1981, Renfordt si colab. 1983) ceea ce confera o utilizare robusta acestui sistem in activitati clinice diverse.

Programul AMDP este utilizat cu succes mai ales in studiile psihofarmacologice, in practica clinica, pentru a urmari eficacitatea unui program terapeutic sau atunci cand se doreste stocarea si documentarea exacta a simptomelor la un grup de pacienti cu acelasi diagnostic.

Exista versiuni si manuale oficiale in engleza, franceza si germana. Deasemeni, sistemul AMDP este tradus in multe alte limbi ca japoneza, spaniola, portugheza, croata, daneza, olandeza, italiana, greaca, estoniana si rusa. Exista si o versiune romana facuta de Prof. dr. Pompilia Dehelean de la Clinica Psihiatrie din Timisoara.

Numarul crescut de traduceri si utilizatori ai sistemului AMDP a impus crearea unui secretariat international insarcinat cu coordonarea activitatilor de diseminare a acestui sistem, a reuniunilor internationale si a grupelor anglofon, germanoforn, francofon si hispanic.

3.2. SCALA DE EVALUARE COMPREHENSIVA A PSIHOPATOLOGIEI *(Comprehensive Psychopathological Rating Scale – CPRS)*

Aceasta scala a fost construita in mod explicit pentru a masura schimbarile in psihopatologie in timpul diferitelor interventii precum tratamente medicamentoase si nemedicamentoase (Asberg si colab. 1978).

Introducerea unei multitudini de tehnici de interventii in domeniul sanatatatii mentale a creat nevoia unor metode de evaluare a schimbarilor ce sunt generate de acestea, respectiv de masurare a “efectivitatii” acestora. Multe din scale au fost construite mai mult pentru diagnosticul si clasificarea tulburarilor mentale si s-a trecut cu vederea daca ele sunt suficient de “sensibile” pentru a masura schimbarile genereate de interventiile terapeutice (“sensibilitatea la schimbare”).

In 1971 un grup interdisciplinar de 15 psihiatrii, psihologi si farmacologi clinicieni au format un grup de studiu asupra modalitatii standardizate de evaluare a schimbarilor clinice sub

tratament. Din cauza ca nici una din scalele vechi examinate nu indeplinea pe deplin criteriile cerute, s-a decis construirea unei noi scale care sa acopere variabilele psihopatologice care sunt predispuse cel mai ades la schimbare sub tratament. Activitatea de constructie a noii scale de evaluare a inceput cu extragerea unui numar mare de itemi din literatura stiintifica si din experienta clinica practica in functie de relevanta lor pentru tulburtrile psihiatrice si pentru capacitatea lor de a varia sub influenta procedurilor terapeutice. Din acest motiv au fost evitate trasaturile de personalitate sau mecanismele de defensa precum si variabilele influentate de diferentele socio-culturale. Acest grup de cercetatori a recunoscut ambiguitatea multor termeni psihiatrici si din acest motiv a furnizat o descriere pentru fiecare din ei. Aceste descrieri pot fi considerate "*definitii operationale*" care sa ingusteze si sa dea incredere modalitatii de recunoastere si culegere simptomelor incriminate. Asa s-a nascut Scala de evaluare comprehensive a psihopatologiei (*Comprehensive Psychopathological Rating Scale* - CPRS) (Asberg si Schalling, 1979).

Aceasta scala este un interviu semistructurat. Cadrul temporal la care se refera evaluarea subiectului depinde de obiectivele urmarite putand fi ultima saptamana, luna sau ultimul an, de exemplu.

Scala cuprinde 67 itemi dintre care 40 sunt raportati de subiect, 25 observati de examinator, unul pentru o apreciere globala a severitatii si unul pentru evaluarea confidentei procesului de examinare. In acest fel scala CPRS este ata o scala de auto-raportare, cat si una de observatie.

Fiecare item este scorat de la 0 la 6. Este furnizata o scurta descriere a fiecarui scor de 0, 2, 4 si 6 (puncte de ancorare). In tabelul Nr. 4 se prezinta itemii scalei CPRS, iar in anexa Nr. 1 a acestui capitol este prezentata versiunea integrala a scalei CPRS.

Pentru cele 25 de itemi care sunt de observatie, este posibil ca sa se utilizeze aceasta parte a scalei ca un chestionar, dar multe informatii ar fi pierdute. De aceia se recomanda ca pe langa chestionarea subiectului sa se foloseasca si alti informanti sau inscrisuri clinice.

Scorul total se face prin adunarea scorului individual al fiecarui item iar scorul total scalei da o privire de ansamblu asupra incarcarii psihopatologice a subiectului corespunzator axei I din DSM.

Studiul de confidenta facut de Amati si colab. (1978) arata o nota foarte buna obtinuta la analiza inter-cotatorti si, la fel, o buina confidenta atunci cand scala este administrata de catre cotatori laici.

Itemi auto-raportati	Itemi de obsertare
1. Tristete	41. Tristete aparenta
2. Exaltare	42. Dispozitie exaltata
3. Tensiune interioara	43. Ostilitate
4. Sentimente ostile	44. Raspunsuri emotionale labile
5. Incapacitatea de a simtii	45. Lipsa emotiei adecvate
6. Ganduri pesimiste	46. Perturbari vegetative
7. Ganduri suicidare	47. Somnolenta
8. Hipocondrie	48. Distractibilitate
9. Ingrijorare pentru lucruri minore	49. Izolare, retragere sociala
10. Ganduri compulsive	50. Perplexitate
11. Fobii	51. Blocajul vorbirii
12. Ritualuri	52. Dezorientare
13. Indecizie	53. Presiunea vorbirii
14. Apatie	54. Reducerea vorbirii
15. Fatigabilitate	55. Defecte specifice vorbirii
16. Dificultati de concentrare	56. Fuga de idei
17. Scaderea memoriei	57. Vorbire incoerenta
18. Scaderea apetitului	58. Perseverare
19. Reducerea somnului	59. Activitate crescuta
20. Cresterea somnului	60. Incetineala in miscari
21. Reducerea interersului sexual	61. Agitatie
22. Cresterea interesului sexual	62. Miscari involuntare
23. Tulburari vegetative	63. Tensiune musculara
24. Dureri	64. Manierisme si posturi
25. Tensiune musculara	65. Comportament halucinatori
26. Pierderea senzatiei sau miscarii	
27. Derealizare	**Itemi generali de evaluare**
28. Depersonalizare	66. Aprecierea globala a bolii
29. Sentimentul de a fi controlat	67. Increderea conferita evaluarii (confidenta)
30. Perturbarea gandirii	
31. Idei de persecutie	
32. Idei de grandoare	
33. Dispozitie deliranta	
34. Trairi extatice	
35. Gelozie morbida	
36. Alte deliruri	
37. Voci comentative	
38. Alte halucinatii auditive	
39. Halucinatii vizuale	
40. Alte halucinatii	

Tabelul Nr. 4: Itemii de auto-evaluare si de observare a scalei CPRS

Analiza factoriala a intregii scale arata ca se pot distinge factori pentru anxietate-depresie-astenie si pentru schizofrennie (Denecker si colab. 1980; Martinsen si colab. 1989). Administrarea concurentiala cu alte scale a aratat o buna validitate a scalei CPRS (Knorring si Strandman, 1978). Confidenta si robustetea acestei scale, atat pentru depresie cat si pentru schizofrenie, este foarte buna dupa cum demonstreaza studiile de concordanta inter-cotatori (Montgomery si colab. 1978; Jacobson si colab., 1978). Cum am spus mai sus, exista subscale pentru depresie, schizofrenie, dar si pentru neurastenie sau anxietate. Ele se pot administra separat pentru evaluarea standardizata a pacientilor cu astfel de afectiuni. Exista si o versiune scurta cu 50 itemi a scalei numita CPRS-50, cu 16 itemi auto-raportati si 23 itemi de observatie si un item de evaluare generala. Si aceasta scala scurta are proprietati psihometrice bune: confidenta inter-cotatori intre 0,89-0,99 si validitate concurentiala de 0,48 (Johnson, 2010).
Tyrer si colab. (1984) construiesc o subscala de anxietate din itemii CPRS, scala care contine 10 simptome cotati pe o scala Likert cu 7 ancore, de la 0 la 6.

Utilizarea cea mai frecventa a scalei CPRS este in cazul pacientilor cu afectiuni psihiatrice severe, precum psihozele.

Aplicarea scalei CPRS necesita un antrenament si experienta in intervievarea pacientilor psihiatrici. Scala poate fi utilizata de toti cei cu experienta clinica precum psihiatrii, psihologi sau surori. Este recomandat ca inainte de a utiliza aceasta scala sa existe cateva sedinte de antrenament si evaluare (*"supervision"*).

3.3. SCALA SCURTA DE EVALUARE PSIHIATRICA *(Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS)*

Aceasta scala a fost dezvoltata de Overall si Gorham (1963) cu scopul de a masura schimbarea in severitatea simptomelor psihiatrice in conditiile diferitelor interventii terapeutice. Ea a fost dezvoltata pornind de la Scala de evaluare multidimensionala a lui Lorr (1953) si cuprinde 16 sau 18 itemi, in functie de versiune, evaluate pe o scala cu 7 ancore (absent, foarte usor, usor, moderat, moderat sever, sever si extrem de sever). Itemii au fost selectionati din trei surse, din scala lui Lorr, dintr-o analiza multivariata a unei colectii extinse de date psihiatrice obtinute de o cercetare condusa de "*Veterans Administration Cooperative Studies in Psychiatry*" si dupa consensul a 12 psihiatrii si psihologi clinicieni urmare a sesiuni de evaluare in grup a bolnavilor psihici (NIHM, 1978). Pentru versiunea originala au fost selectati 16 itemi iar ulterior

sau mai adaugat doi, asa ca a doua generatie a scalei BPRS are 18 itemii si, in general, se recomanda folosirea acestei versiuni (vezi anexa Nr. 2 unde se prezinta versiunea BPRS actualizata de Bech (1993). Itemii acopera o plaja larga de simptome care sunt intalniti in mod curent in recaderile psihotice, incluzand halucinatiile, delirurile si dezorganizarea, ca si ostilitatea, anxietatea sau depresia (Overall si Groham, 1988) Lukoff si coloab. (1986) au expandat scala cu alti itemi si astfel ei au promovat o scala BPRS cu 24 itemi pe care o considera mult mai adecvata pentru evaluarea bolnavilor cu schizofrenie.

Scala BPRS este o scala de observatie, semistructurata, si poate fi consideraca si un ghid de interviu cu subiectul. Unii dintre itemi se refera la timpul prezent al evaluarii, respectiv "aici si acum" iar alti itemi acopera ultimele 72 ore (respectiv itemii: 2 - anxietate psihica, 10-ostilitate, 11-suspiciozitate, 12-comportament halucinator, 15-continut neobisnuit al gandirii si 16-afectivitate neadecvata sau tocita).

Itemii au o definitie destul de sumara, fara criterii operationale. Cu toate acestea, ei corespund consensului semiologic si diagnostic larg acceptat international. Ei sunt: preocupari somatice, anxietate, retragere emotionala, dezorganizare conceptuala, sentimente de vinovatie, tensiune, manierisme si posturi, grandiozitate, dispozitie depresiva, ostilitate, suspiciozitate, comportament halucinator, incetinire motorie, necooperare, gandire conceptuala neuzuala, tocire afectiva, excitatie si dezorientare.

Dupa cum se poate constata, scala BPRS este o scala de observatie si se completeaza usor dupa un interviu clinic psihiatric. Completarea ei nu ia mai mult de 30 minute. Completarea ei se face de catre clinician dupa ce a facut un interviu complet cu pacientul. Scala este folosita mai ales sa masoare simptomele psihotice si un scor mare indica severitatea psihozei. Este foarte potrivita pentru evaluarea severitatii schizofreniei. Daca se foloseste versiunea cu 18 itemi pentru a evalua severitatea, un scor de 0-9 indica "nici un sindrom", 10-20 un "sindrom minor" si un scor de 21 si peste un "sindrom major" (Beck, 1993).

Prin analiza factoriala s-au conturat cinci factori (Hedlund si Vieweg, 1980): tulburari de gandire (itemii dezorganizare conceptuala, comportament halucinator si continut neobisnuit al gandirii), retragere emotionala (itemii retragere emotionala si retardare motorie), ostilitate/suspiciozitate (itemii ostilitate, suspiciozitate, necooperare), anxietate/depresie (itemii anxietate, vinovatie, depresie). Gurr si colab (1991) grupeaza itemii in doua clase: 1) clasa

schizofreniei si clasa simptomelor generale (preocupari somatice, anxietate, vinovatie, tensiune, depresie, ostilitate, retardare motorie, necooperare, excitatie, dezorientare).

Analiza de confidenta intercotatori a dat un indice kappa de peste 0,80 ceea ce inseamna o nota excelenta. Hedlund si Vieweg (1980) arata o validitate foarte buna cand BPRS s-a comparat cu evaluarile clinice pentru a detecta schimbarile clinice sub tratament. Indicele de agreement intre cotatori a fost foarte bun de 0,72 (Gabbard si colab. 1987). Cat priveste validitatea scalei BPRS, ea a obtinut note foarte bune cand scala a fost comparata cu Scala pentru evaluarea simptomelor pozitive si cu Scala pentru evaluarea simptomelor negative (Gur si colab. 1991) sau cu scala PANSS (Bell si colab. 1992).

Cum am spus mai sus, utilitatea principala a scalei BPRS este in cazul evaluarii pacientilor cu schizofrenie. Ea continua sa ramana o scala populara in ciuda "vechimii" ei pentru ca este usor de administrat, ia timp putin si este robusta. Ea insa este mai putin sensibila atunci cand se evalueaza pacienti cu un nivel de psihopatologie mai scazut (Rush, APA, 2000).

3.4. LISTA DE SIMPTOME - 90 *(Symptom Check List - 90; SCL-90)*

SCL-90 este un inventar multidimensional de autoevaluare a simptomelor dezvoltat de Derogatis (1977). Din punct de vedere istoric, SCL-90 a derivat din Hopkins Symptom Checklist (HSCL), scala care fusese destinata sa masoare disconfortul si bunastarea psihologica ca un criteriu de eficacitate a psihoterapiei. Astfel, scala serveste mai mult pentru masurarea rezultatului unei terapii si nu este un instrument diagnostic (Bech, 1993) si de aceea a fost utilizata la inceput pentru evaluarea severitatii simptomelor in trialurile de psihofarmacologie. Ea a fost revizuita fata de prototipul originalul cu scopul de a fi folosita si pentru evaluarea descriptica a psihopatologiei in diferite grupuri populationale (Desogatis, 1983. Aeasta versiune poarta indicativul SCL-90-R. Aceasta versiune a scalei este prezentata in anexa 4.

Scopul principal al versiunii actuale a scalei SCL-90-R este de a fi folosita ca un instrument de screening pentru determinarea tipului si severitatii unor variate simptome mentale. Ea poate fi utilizata si pentru aprecierea evolutiei simptomelor in timp sub o interventie terapeutica sau recuperatorie.

Scala se administreaza subiectului ca un auto-chestionar si completarea ei ia in jur de 15 minute. Ea poate fi si citita subiectului care furnizeaza raspunsurile conform unei planse care infatiseaza variantele de raspuns. Scala poate fi administrata atat de un clinician experimentat cat

si de un novice, ea nu necesita antrenament special di doar experienta de a relationa si a conversa cu un pacient.

Scala SCL-90-R cuprinde 90 itemi alesi in special din scala Cornell Medical Index si din alte scale, itemi care acopera 9 arii simptomatologice: somatizare ci 12 itemi, obsesie-compulsie cu 10 itemi, senzitivitate interpersonala cu 9 itemi, depresie cu 13 itemi, anxietate cu 19 itemi, ostilitate cu 6 itemi, fobie cu 7 itemi, ideatie paranoida cu 6 itemi si psihoticism cu 7 itemi si 3 indici globali ai suferintei psihologice. Fiecare item se coteaza pe o scala Likert cu 5 puncte de la deloc = 0, la extrem = 4 si se refera la ultimele 7 zile (o saptamana) din viata subiectului.

Scala furnizeaza trei indici globali:

- Indicele general de severitate care reflecta atat numarul cat si intensitatea simptomelor;
- Totalul simptomelor pozitive, un total al simptomelor cotate ca prezente;
- Indexul suferintei simptomelor pozitive, o masura a intensitatii simptomelor in functie de numarul simptomelor prezente.

Cotarea itemilor poate duce si la constructia unor profile simptomatologice.

Scala SCL-90-R are o farte buna confidenta test-retest (0,78 - 0,90) si o buna consistenta interna (Derogatis, 1977a; Derogatis, 1983; Derogatis, 2000) si validitate constructive (Derogatis, 1977b). La fel, senzitivitatea clinica, respectiv abilitatea de a detecta simptome este foarte buna (Weissman si colab. 1977). Scala mai prezinta si o buna validitate (Peveler si Fairburn,1990: Koeter, 1992)

SCL-90-R a fost utilizata intr-un larg evantai de contexte. Exista norme publicate pentru pacientii internati sau ambulatorii sau pentru populatia generala, adulti, adolescenti sau varstnici. Sunt disponibile, la fel, profile pentru un numar mare de grupe clinice. Aceste norne sunt prezentate in manualul testului publicat de Derogatis. Un scor total intre 40 si 60 reprezinta pragul dincolo de care se poate vorbi de o suferinta globala psihopatologica. Totusi, scorurile trebuie judecate mai mult in functie de raspandirea raspunrurilor pe diferite subscale ale SCL-90-R. Cea mai comuna utilizare este cea de evaluare a sebveritatii simptomelor cand scala este administrata in diferite momente in timp si se judeca evaluatia temporala a scorurilor si astfel utilitatea programului terapeutic pe care pacientul il urmeaza.

Scala SCL-90-R mai poate fi folosita si pentru evaluarea rezultatului final ("outcome") unui program sau interventie terapeutica sau ca o masura imediata a statutului sananatii mentale

intr-un program de interventie in criza. Nu se recomanda insa ca scala sa fie utilizata in studii epidemiologice. (Holi, 1993).

Exista si o versiune scurta de numai 53 itemi numita Inventarul scurt de simptome (*Brief Symptom Inventory)* sau subscale pentru starile anxioase *(Harvard Subscale for Anxiety),* pentru depresie *(Harvard Subscale for Depression)*, fobie sau discomfort (Bech, 1993.

3.5. SCALA DE OBSERVATIE A SURORILOR PENTRU EVALUAREA PACIENTILOR INTERNATI *(Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation – NOSIE-30)*

Scala NOSIE-30 este o scala pentru evaluarea simptomelor si comportamentelor din timpul spitalizarii bazata pe simptomele raportate de subiect si pe observatia directa a evaluatorului dezvoltata de Honigfeld si colab. (1966) si cu o larga raspandire in sectiile clinice de psihiatrie pentru monitorizarea standardizata a pacientilor aflati sub interventii terapeutice.

Dintr-un grup initial de 100 de itemi apartinand mai multor scale clinice, prin studii de confidenta si de analiza factoriala s-au ales 80 itemi ca mai apoi sa se selectioneze numai 30 itemi care constituie versiunea actuala a scalei. Itemii se coteaza conform observarii pacientului in ultimele 3 zile si nu cere nici o deductie sau interpretare din partea evaluatorului. Itemii sunt cotati pe o scala Likert cu 5 puncte: 0 – niciodata, 1 – uneori, 2 – adesea, 3 – uzual, 4 – totdeauna, in functie de frecventa de aparitie a simptomului sau comportamentului. Scala si foaia de scor sunt prezentata in anexa Nr. 4.

Cadrul de timp la care se refera evaluarea este de "ultimele trei zile".

Pe baza scorarii itemilor se pot calcula 7 factorii impartiti in doua grupe: i) factorii pozitivi precum competenta sociala, interesul social sau igiena personala, si ii) factorii negativi precum iritabilitate, lentoare psihomotorie, psihoza manifesta sau depresie. Exista o subscala de agresivitate constituita din itemii: 2, 6, 11, 12, 29.

Un scor total al pacientului poate fi obtinut din adunarea scorurilor de la cei 7 factori.

Scala poate fi administrata de surori si infirmiere cu experienta clinica si antrenament de evaluare standardizata a pacientilor (administrare de scale si chestionare).

Scala demonstreaza o rezonabila validitate predictive (Philip, 1979). Confidenta intercotatori arata un indice de confidenta de bun la foarte bun, atunci cand scala este folosita de un personal foarte bine antrenat (Hafkenscheid, 1991; Bech, 1993). Aceasta confidenta

intercotatori este insa mica pentru unele subscale precum cea de iritabilitate, psihoza sau depresie (Hafkenscgeid, 1991).

Prin analiza factoriala scalei NODSI i s-au descris 7 factori sau subscale precum i) competenta sociala (itemii 1, 8,9,13, 14, 16, 21, -22, 24, 25, 26, 30), ii) interes social (itemii 4, 9, 14, 15, 17, 19, -22), iii) iritabilitate (itemii 2, 6, -9, 10, 11, 12, -24, 26, 28, 29), iv) psihoza (itemii 7, 20, 26, 28), v) retardare motorie (itemii 5, 11, 22, 17) si vi) (itemii 3, 10, 18, 23) (Dingemans si colab., 1986)

Utilizarea cea mai indicata a scalei NOSIE-30 este pentru evaluarea pacientilor cu schizofrenie internati in sectii de terapie psihofarmacologica sau in programe de recuperare. O alta utilizare curenta este pentru evaluarea probabilitatii violentei pacientilor internati asupra personalului de ingrijire (Swett si Mills, 1997).

Bibliografie:

Amati A, Del Vecchio M, Kemali D et al (1978): THe Comprehensive psychopathological Rating Scale (CPRS) : communicability to, and inter-rater reliability among untrained raters, Acta Psychiatrica Scandinavica, Supp.271.

Angst J, Battegay R, Bente D et al (1969): Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft fur Metodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP), Arzneimittel-Forsch, 19: 399-405.

Asberg M, Montgomery SA, Perris C et a (1978): A Comprehensive Psychopathological Rating Scale, Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl.271: 5-9.

Asberg M, Schalling D (1979): Construction of a new psychiatric rating instrument, The Comprehensive psychopathological Rating Scale (CPRS), Prog. Neuro-Psychopharmacol. 3: 405-412.

Bech P (1993): Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life, Berlin: Springer-Verlag

Bell M, Milstein R, Beam-Goulet J, et al (1992): The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale: reliability, comparability, and predictive validity. J Nerv Ment Dis., 180:723–728.

Bobon DP (1978): Comparaison du systeme AMDP a d'autre dossier psychiatriques standardises et echelles multifactorielles d'evaluation de la psychopathologie, Acta Psychiat.Belg., 78: 559-572.

Bobon DP (1981): Le Systeme AMDP, Bruxelles: Pierre Mardaga Ed.

Dencker SJ, Frankenberg J, Hansen V, Malt U (1980): Clopenthixol and flupenthixol depot preparations in outpatient schizophrenics: II: Factor analysis of the CPRS subscale for schizophrenia, Acta Psychiatrica Scandinavica, 61, suppl 279: 29-40.

Derogatis LR (1977a): The SCL-90 Manual I;Scoring, administration and procedures for the SCL-90, Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Derogatis LR, Cleary PA (1977b): Conformation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validity, J.Clin.Psychology, 33: 981-989.

Derogatis LR (1983): SCL-90-R Administration, Scoring & Procedures Manual-II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research, 3: 14–15.

Derogatis LR (2000). Symptom Checklist-90-Revised. in Ruch AJ (Eds.): Handbook of psychiatric measures. American Psychiatric Association.

Dingemans PM, Strobberingh R, Smit B (1986); A cross-cultural study of the factorial dimensions of the NOSIE: a follow-up note, Journal of Clinical Psychology, 42(3): 479-482.

Gur RE, Mozley PD, Resnick SM, et al (1991): Relations among clinical scales in schizophrenia. Am J Psychiatry, 148: 472–478.

Hafkenscheid A (1991) Psychometric evaluation of the NOSIE for inpatient evaluation in the Netherlands, Acta psychiatrica Scaninavia, 83: 46-52.

Hedlund JL, Vieweg BW (1980): The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): a comprehensive review. Journal of Operational Psychiatry, 11:48–65.

Heglund JL, Vieweg BW (1980): The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): A comprehensive review, J.Operational Psychiatry, 11: 48-65.

Holi M (2003): Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90, academic dissertation, University of helsinki, Finland.

Honigfeld G, Gillis RD, Klett JC: NOSIE-30 (1966): A treatment-sensitive ward behavior scale, Psychological Reports, 19:180-182.

Jacobsson L, Knorring L von, Mattsson B et al (1978): The Comprehensive Psychopathological Rating Scale - CPRS - in patients with schizophrenic syndromes, Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl.271: 39-44.

Johnson DL (2010): A Compendoum of Psychosocial Measures: Assessment of People with Serious Mental Illness in the Community, New York: Springer

Koeter MW (1992): Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: A comparative study. J Affect Disord., 24: 271–279.

Knorring L von, Strandman E (1978): A comparison between "Cronholm-Ottoson Depression Rating Scale" and variables concerned with depressive psychopathology in the CPRS, Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl.271: 45-51.

Lorr M (1953): Multidimensional scale for rating psychiatric patients, Veterans Administration Technical Bulletin, 10: 507.

Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J (1986): Appendix A. Manual for Expanded Brief Rating Scale (BPRS). Schizophrenia Bulletin, 12: 594–602

Martinsen EW, Friis S, Hoffart A (1989): A factor analytical study of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale among patients with anxiety and depressive disorders, Acta Psychiatrica Scandinavica, 80: 492-498

Moller HJ (2009): Standardised rating scales in Psychiatry: Methodological basis, their possibilities and limitations and descriptions of important rating scales, World Journal of Biological Psychiatry, 10(1); 6-26

Montgomery S, Asberg M, Jornested L et al (1978): Reliability of the CPRS between the disciplines of psychiatry, general practice, nursing and psychology in depressed patients, Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl.271: 29-32.

National Institute of Mental Health (1978): Handbook of Psychiatric Rating Scales, 2nd ed. NIMH, Rockville, Maryland, 1978

Overall JE, Gorham DR (1962): The brief psychiatric rating scale, Psychological Reports, 10: 799-812.

Overall JE (1974): The Brief Psychiatric Rating Scale in pharmacological research, in M. Pichot ed. Modern Problems of Pharmacopsychiatry, Basel, Karger.

Overall JE, Gorham DR (1988): The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. Psychopharmacol Bull 24: 97–99.

Peveler RC, Fairburn CG (1990): Measurement of neurotic symptoms by self-report questionnaire: validity of the SCL-90R, Psychol Med., 20(4): 873-879.

Philip A (1979): Prediction of successful rehabilitation by nurse rating scale, Brit.J.Psychiatry, 134: 422-426

Pietzcker A, Gebhardt R (1983): Depressive syndromes and scales in the AMDP-system, Ascta Psychiatr.Scand., 68, suppl.310 : 65-84.

Rush AJ, American Psychiatric Association Task Force (2000): Handbook of Psychiatric Measures, Washington, DC: Americal Psychiatric Association Publ.

Renfordt E, Busch H, Cranach M, Gulbinat W, Tegeler J (1983): Special aspects of interrater reliability in the AMDP psychopathological version. in D Bobon, U Baumann et al (Eds.): AMDP-System in pharmacopsychiatry, Basel: Karger.

Swett C, Mills T (1997): Use of the NOSIE to predict assaults among acute psychiatric patients, Psychiatric Services, 48: 1177-1180.

Tyrer P, Owen RT, Cicchetti DV (1985): The brief cale for anxiety: a subdivision of the comprehensive psychopathological rating scale, Journal of Neurology, Neurosurgery and psychiatry, 47: 970-975.

Weissman MM, Sholomskas D, Pottenger M et al (1977): Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study, Am.J.Epidemiol., 106: 203-214.

Woggon B, Dittrich A (1979): Konstruktion ubergeordneter AMP-Skalen: "minisch-depressives" und "schizophrenes Syndrom", Int.Pharmacopsychiat., 14: 325-337.

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 1

SCALA DE EVALUARE COMPREHENSIVA A PSIHOPATOLOGIEI
(*THE COMPREHENSIVE PSYCHOPATHOLOGICAL RATING SCALE - CPRS*)

Instructiuni pentru evaluator:
Evaluarea trebuie sa se bazeze pe un interviu clinic flexibil cand subiectul este incurajat mai intai sa descrie in cuvinte proprii si cu cat mai multe detalii simptomele sale. Intervievatorul trebuie sa decida care item din scala nu este pe deplin acoperit si sa puna intrebari largi si neutre astfel incat subiectul sa abordeze acele domenii. Daca aceasta nu este suficient pentru evaluare, se pot pune si intrebari specifice. Primul interviu dintr-o serie destinata sa masoare schimbarea este, intr-o anumita privinta, un interviu de antrenament, atat pentru intervievator, cat si pentru intervievat. Poate fi folositor sa se lase interviul sa tina cat mai mult timp pentru ca sa fim siguri ca subiectul a inteles pe deplin intrebarile si ca evaluatorul sa se familiarizeze cu istoria subiectului. Aceasta va permite evaluatorului sa puna intrebari mai pertinente in interviurile ulterioare. Noi recomandam ca o foaie de scor separata sa fie utilizata pentru fiecare noua evaluare.

PSIHOPATOLOGIA RAPORTATA DE SUBIECT

1. Tristete
Reprezinta o dispozitie traita subiectiv, indiferent daca este reflectata obiectiv sau nu. Include dispozitia depresiva, indispozitie, descurajare si sentimentul de a fi fara ajutor sau speranta.
Evaluati in functie de intensitate, durata si masura in care dispozitia este influentata de evenimente.
Dispozitia exaltata este evaluata 0 la acest item.

0 Tristete ocazionala ce poate apare in diverse circumstante
2 Sentimente predominente de tristete dar apar ii momente mai luminoase
4 Sentimente generale de tristete sau mahnire. Dispozitia este cu greu influentata de circumstantele exterioare
6 Traire continua de suferinta sau indispozitie extrema.

2. Exaltare
Reprezinta o dispozitie traita subiectiv, indiferent daca este reflectata in comportare sau nu. Include relatari despre bunastare, buna dispozitie sau exuberanta invariabila.
Evaluati in functie de intensitate, durata si masura in care dispozitia este influentata de circumstantele exterioare.
Deosebiti-o de trairile extatice (34).
Dispozitia depresiva este cotata 0.

0 Veselie ocazionala care poate apare in diferite circumstante
2 Sentimente predominente de bunastare si buna dispozitie dar pot aparea si proaste dispozitii
4 Sentimente generale de bunastare si buna dispozitie. Dispozitia este cu greu influentata de circumstante. Lungi perioade de umor abundent.
6 Exuberanta invariabila, bunastare suprema, veselie intensa

3 Tensiune interioara
Reprezinta sentimente de discomfort maladiv, nervozitate, tensiune iritabila, dezordine interioara, panica, teama si chin.
Evaluati in functie de intensitate, frecventa si intinderea perioadei de linistire necesara.
Deosebiti-o de tristete (1), ingrijorare (9) si tensiune musculara (25).

0 Placid. Numai tensiune interioara trecatoare
2 Sentimente ocazionale de nervozitate si disconfort rau definit

4 Sentimente continue de tensiune interioara sau panica intermitenta pe care pacientul le poate stapani numai cu oarecare dificultate
6 Spaima nestapanita sau chin. Panica coplesitoare.

4 Sentiment de ostilitate si manie

Reprezinta sentimente de manie, ostilitate si agresivitate indiferent daca se regasesc in comportament sau nu.
Evalueaza in functie de intensitate, frecventa si masura in care provocarea este tolerata.
Incapacitatea de a se mania este evaluata cu zero la acest item.

0 Nu se supara usor
2 Usor de suparat. Raporteaza sentimente ostile care sunt usor de risipit.
4 Reactioneaza la provocare cu manie sau ostilitate excesiva.
6 Manie persistenta, furie sau ura intensa care este dificil sau imposibil de controlat.

5. Incapacitatea de a simtii

Reprezinta experienta subiectiva a interesului redus fata de ambianta sau activitati care in mod normal si furnizau placere. Capacitatea de a reactiona cu emotie adecvata la circumstante sau oameni este redusa.
Deosebiti-o de apatie (14)

0 Interes normal fata de ambianta sau fata de alti oameni.
2 Capacitatea redusa de a se bucura de interesele uzuale. Capacitatea redusa de a simti suparare a.
4 Pierderea interesului pentru ambianta. Pierderea sentimentelor pentru prieteni si cunostinte.
6 Sentimentul de a fi paralizat emotional, inabilitatea de a simti suparare a sau suferinta si o imposibilitate completa sau chiar dureroasa de a avea sentimente pentru rude apropiate sau prieteni.

6. Ganduri pesimiste

Reprezinta ganduri de vinovatie, inferioritate, autorepros, pacatuire, remuscari si ruina.

0 Fara ganduri pesimiste
2 Idei fluctuante de insuficienta, autorepros si autodepreciere.
4 Autoacuzari persistente sau idei definite dar inca rationale de vinovatie sau pacat. Pesimism crescut referitor la viitor.
6 Deliruri de ruina, remuscari si pacat de nereparat. Autoacuzarii absurde.

7. Ganduri suicidare

Reprezinta sentimentul ca viata nu este demna de a fi traita, ca o moarte naturala ar fi de dorit, ganduri de sinucidere si pregatiri de sinucidere.
Incercarile de sinucidere nu trebuie prin ele insele sa influenteze evaluarea.

0 Se bucura de viata si o ia ca atare.
2 Plictisit de viata. Doar ganduri suicidare trecatoare.
4 Mai bine moartea. Gandurile suicidare sunt comune si sinuciderea este considerata o solutie posibila, dar fara planuri sau intentii anume.
6 Planuri explicite de sinucidere cand se iveste vreo ocazie. Pregatiri active de sinucidere.

8. Hipocondrie

Reprezinta preocupari exagerate sau ingrijorare nerealista referitoare la sanatate sau boala.
Deosebiti-o de ingrijorarea in legatura cu lucruri mici (9), durerea (24) si pierderea senzatiilor sau miscarii (26).

0 Nici o preocupare speciala pentru sanatate
2 Reactioneaza la disfunctii corporale minore cu presimtiri rele. Frica exagerata fara de boli
4 Convingerea ca are o boala dar poate fi linistit dar numai pentru putin timp.
6 Convingeri hipocondriace absurde si incapacitante (organism descompus, intestine care nu au functionat luni de zile, etc).

9. Ingrijorare pentru lucruri minore

Reprezinta grija si preocuparea excesiva in legatura cu lucruri minore care este dificil de oprit si disproportionata fata de circumstante.
Deosebiti-o de tensiunea interioara (3), ganduri pesimiste (6), hipocondrie (8), ganduri compulsive (10), fobie (11) si indecizie (13).

0 Nu exista ingrijorari deosebite.

2 Preocupare excesiva, griji ce pot fi inlaturate.
4 Ingrijorat si agasat de fleacuri sau lucruri rutinirere minore.
6 Ingrijorare adesea dureroasa si neimpacata. Linistirea nu este eficienta.

10. Ganduri compulsive

Reprezinta ganduri tulburatoare sau infricosatoare sau dubii care sunt traite ca absurde sau irationale dar care se desfasoara impotriva vointei proprii.
Distingeti-o de hipocondrie (8), ingrijorare pentru lucruri marunte (9) si perturbarea gandirii (30).

0 Nu exista ganduri repetitive.
2 Ganduri compulsive ocazionale care nu sunt deranjante.
4 Ganduri compulsive frecvente care sunt deranjante.
6 Obsesii incapacitante sau respingatoare ce ocupa intreagul camp al gandirii.

11. Fobii

Reprezinta sentimente de frica irationala in situatii specifice (precum in autobuze, magazine, aglomerari, in spatii inchise, cand este singur) care sunt evitate daca este posibil.

0 Nici o fobie
2 Sentimente de discomfort vag in situatii particulare care pot fi invinse fara ajutor sau in luarea unor precautii simple precum evitarea orelor de aglomerare cand este posibil.
4 Anumite situatii provoaca constant discomfort marcat si sunt evitate fara a deteriora performanta sociala.
6 Fobie incapacitanta cu restrangerea severa a sferei activitatilor, de ex. neputinta totala de a iesii din casa.

12 Ritualuri

Reprezinta o repetare compulasiva a unor acte speciale sau ritualuri care sunt considerate ca nefiind necesare sau absurde si rezistente dar care nu pot fi reprimate fara discomfort.
Evaluarea este bazata pe timpul petrecut cu aceste ritualuri si pe baza gradului de incapacitate sociala.

0 Nici un comportament compulsiv.
2 Verificare compulsiva ocazionala sau usoara.
4 Ritualuri compulsive clare care nu interfera cu performanta sociala.
6 Ritualuri extinse sau obiceiuri de verificare care sunt consumatoare de timp si incapacitante.

13. Indecizie

Reprezinta oscilatia si dificultatea in alegere intre alternative simple.
Deosebiti-o de ingrijorarea pentru lucruri mici (9) si ganduri compulsive (10).

0 Nici un fel de indecizie
2 O oarecare oscilatie, dar totusi poate lua o decizie cand este necesar.
4 Indecizie sau oscilatie care restrange sau impiedica actiuni, care face dificil sa se raspunda la intrebari simple sau sa se faca alegeri simple.
6 Indecizie extrema chiar in situatiile in care hotararea constienta nu este in mod normal ceruta, precum daca sa stea sau sa plece, sa intre sau sa ramana afara.

14. Apatie

Reprezinta o dificultate in a porni sau incetineala in a initia si a face activitati cotidiene.
Deosebiti-o de indecizie (13) si fatigabilitate (15).

0 Vaga dificultate in a porni activitatea. Nu exista apatie sau indolenta.
2 Dificultati in demararea activitatilor.
4 Dificultati in demararea activitatilor simple de rutina care sunt efectuate numai cu efort.
6 Inertie completa. Incapacitate de a incepe activitatea fara ajutor.

15. Fatigabilitate

Reprezinta experienta de oboseala ce se instaleaza mai uaor decat de obicei. Cand apatia (14) este extrema, acest item este dificil de evaluat. Daca este imposibil, nu-l evaluati.
Deosebiti-l de apatir (14).

0 Are puterea obisnuita. Nu oboseste repede.
2 Oboseste usor dar nu trebuie sa intrerupa mai des decat de obicei.

4 Se epuizeaza usor. Adesea obligat de a face o pauza pentru a se odihni.
6 Puizarea intrerupe aproape toate activitatile sau le face imposibile.

16. Dificultati de concentrare

Reprezinta dificultatea de a-si aduna gandurile culminand cu pierderea capacitatii de concentrare care incapaciteaza subiectul.
Evaluati in functie de intensitate, frecventa si gradul de incapacitate produs.
Deosebiti-le de scaderea memoriei (17) si perturbarea gandirii (30).

0 Nici o dificultate de concentrare.
2 Dificultati ocazionale in a-si aduna gandurile.
4 Dificultati in concentrare si in sustinerea judecatii ce interfera cu lectura si conversatia.
6 Lipsa de concentrare incapacitanta.

17. Scaderea memoriei

Reprezinta perturbari subiective ale amintirii comparativ cu capacitatea anterioara.
Deosebiti-o de dificultatile de concentrare (16).

0 Memorie ca deobicei.
2 Ocazional cresc lapsirile memoriei.
4 Relatari despre inconvenientele sociale sau alte tulburari din cauza scaderii memoriei.
6 Plangeri despre incapacitatea completa de rememorare.

18. Reducerea apetitului

Reprezinta sentimentul de pierdere a apetitului comparativ cu cel cand era bine.

0 Apetit normal.
2 Apetit usor redus
4 Fara apetit. Mancarea este lipsita de gust. Trebuie sa se forteze sa manance.
6 Trebuie sa fie fortat ca sa manance. Refuza mancarea.

19. Reducerea somnului

Reprezinta experienta subiectiva de somn redus ca durata sau adancime comparativ cu modelul normal propriu subiectului cand era bine.

0 Somn ca de obicei.
2 Usoara dificultate de a dormi sau somn usor redus sau superficial.
4 Somn redus sau intrerupt pentru cel putin 2 ore.
6 Mai putin de 2 sau 3 ore de somn.

20. Cresterea somnului

Reprezinta o experienta subiectiva de crestere a duratei si adancimii somnului comparativ cu modelul normal ale subiectului cand era bine.

0 Nici un somn suplimentar
2 Doarme mai adanc sau mai mult decat deobicei.
4 Mai multe ore de somn suplimentar.
6 Petrece o mare parte a zilei dormind in ciuda somnului normal sau prelungit de noapte.

21. Reducerea interesului sexual

Reprezinta descrierea unui interes sexual redus sau a reducerii activitatii sexuale (aceasta trebuie judecata intotdeauna fata de obiceiurile sexuale obisnuite cand subiectul era bine).
Impotenta obisnuita sau frigiditatea trebuie ignorate cand evaluam interesul sexual.
Interesul sexual crescut este cotat cu 0.

0 Nici o reducere a interesului sexual.
2 Admite ca interesul sexual este redus dar activitatea nu este stanjenita.
4 Reducerea definita a interesului sexual. Activitatile sexuale obisnuite sunt reduse sau inexistente.
6 Indiferenta sexuala completa.

22. Cresterea interesului sexual

Reprezinta descrierea unui interes sexual mai puternic dacat in mod obisnuit care poate fi reflectat intr-o crestere a activitatilor sau fantasmelor sexuale (Aceasta trebuie intotdeauna sa fie judecata dupa obisnuintele sexuale ale subiectului cand era bine).

0 Nici o reducere a interesului sexual
2 Cresterea interesului sexual sau fantasmelor ce nu se reflecta in activitatea sexuala.
4 Cresterea definita a interesului sau activitatilor sexuale sau fantasmelor sexuale deranjante.
6 Total preocupat de fantasme sexuale. Cresterea foarte marcata a activitatilor sexuale.

23. Tulburari vegetative

Reprezinta descrierea de palpitatii, dificultati de respiratie, ameteli, transpiratii crescute, maini si picioare reci, gura uscata, indigestii, diaree, mictiuni frecvente.
Deosebiti-le de tensiunea intersioara (3), dureri (24) si pierderea senzatiilor si miscarii (26).

0 Nici un fel de perturbari vegetative
2 Sim,ptome vegetative ocazionale care apar dupa stressuri emotionale.
4 Perturbari frecvente sau intense vegetative care sunt traite ca deranjante sau ca inconvenient social.
6 Foarte freecvente tulburari vegetative care intrerup alte activitati sau sunt incapacitante.

24. Dureri

Reprezinta relatari despre discomfortul corporal, dureri si suferinte.
Evaluati in functie de intensitate, frecventa si durata si in functie de cerintele necesare ameliorarii. Sa nu se ia in seama opinia despre cauza organica.
Deosebiti-le de hipocondrie (8), tulburari vegetative (23) si tensiune musculara (25).

0 Dureri absente sau trecatoare
2 Definite dureri si sufewrinte ocazionale.
4 Dureri si suferinte prelungite si suparatoare. Cereri de analgezice.
6 Dureri severe sau invalidante.

25. Tensiune musculara

Reprezinta descrierea cresterii tensiunii in muschi si o dificultate in relaxarea fizica.
Deosebiti-le de dureri (24).

0 Nici o crestere a tensiunii musculare.
2 Crestere ocazionala a tensiunii musculare, mai evidenta in situatii de solicitare.
4 Dificultate considerabila in gasirea unei pozitii comfortabile cand sta jos sau culcat. Tensiune musculara deranjanta.
6 Tensiune musculara dureroasa. Complet incapabil de relaxare fizica.

26. Pierderea senzatiilor si miscarii

Reprezinta deteriorarea sau pierderea functiilor specifice motorii sau senzoriale.
Neglijati orice fond organic.
Deosebiti-o de hipocondrie (8), tulburari vegetative (23) si dureri (24).

0 Nici o deteriorare afunctiilor senzoriale sau motorii.
2 Usoara si tranzitorie deteriorare care nu tulbura activitatile uzuale.
4 Deteriorare clara sau pierdere a unor functii, dar efectueaza activitatile zilnice fara nici un fel de ajutor.
6 Pierdere senzorio-motorie persistenta si sever incapacitanta care necesita◈ ajutor, cum ar fi orbirea, incapacitatea de a vorbi sau de a merge.

27. Derealizarea

Reprezinta o schimbare in calitatea perceperii mediului, care poate apare artificial. Se include la fel "deja-vu", deja-vecu" si schimbarea intensitatii perceptiilor.
Deosebiti-o de depersonalizare (28).

0 Nici o schimbare in perceptie.
2 Episoade ocazionale de fenomene de deja-vu sau derealizare.
4 Frecvente episoade de derealizare.
6 Foarte frecventa si persistenta derealizare.

28. Depersonalizare

Reprezinta o schimbare in propria cunoastere combinata cu sentimente de ireal, schimbare corporala, detasare sau schimbare radicala a persoanei.

Distingeti-o de incapacitatea de a simtii (5), derealizare (27), sentimentul de a fi controlat (29).

0 Nici o experienta de schimbare.
2 Sentimente vagi si ocazionale de schimbare a propriei persoane.
4 Sentimente deranjante de schimbare a persoanei.
6 Experienta continua a schimbarii radicale a propriei persoane.

29. Sentimentul de a fi controlat

Reprezinta experienta influentarii sau controlarii din afara si experienta ca sentimentele, impulsurile sau vointa sunt impuse din afara.

Se noteaza tot aici experienta de a fi capabil de controla pe altii in acelasi mod.

0 Influenta obisnuita din parte fortelor sociale.
2 Vaga sau neconvingatoare relatare ca ar fi controlat, influentat nenatural din afara.
4 Experiente ocazionale dar clare de a fi controlat dinafara, de ex. prin hipnoza
6 Experiente continue ca sentimentele sau impulsurile nu deriva din propria persoana ci sunt introduse fortat precum prin intermediul radiatiilor.

30. Perturbarea gandirii

Reprezinta experienta unei opriri bruste a gandurilor (blocarea gandirii) sau ganduri care au fost inserate in cap (insertia gandirii) sau care au fost luate (furtul gandirii) sau ascultate sau difuzate.

Deosebiti-o de gandurile compulsive (10) sau de dificultatile de concentrare (16).

0 Nu exista intreruperi.
2 Relatari vagi sau neconvingatoare de episoade de intreruperea gandurilor.
4 Ganduri blocate ocazional dar clar sau episoade ocazionale de ganduri inserate sau extrase. Sentimentul ca gandurile sunt citite.
6 Intreruperea perturbanta sau dizabilitanta a gandurilor. Transmiterea gandurilor.

31. Idei de persecutie

Reprezinta suspiciozitatea, exagerarea constiintei proprii, convingerea ca se vorbeste rau despre sine, ca este urmarit sau persecutat cu intentii rautacioase.

0 Nici o suspiciune sau constiinta de sine nepotrivita.
2 Vagi sentimente de a fi observat. Suspiciuni ocazionale de rautate.
4 Sentimente generale ca este discutat, amenintat sau persecutat.
6 Convingerea nealterata ca este victima unei persecutii sistematice. Interpretari delirante ale intamplarilor obisnuite sau a "semnelor". Convingerea ca se refera la persoana sa dincolo de domeniul verosimilului (de ex. la televiziune sau in ziare).

32. Idei de grandoare

Reprezinta opinia exagerata asupra propriei importante, asupra capacitatilor sau sanatatii bune.

Deosebiti-le de exaltare (2) si trairi extatice (34).

0 Nici o ideie de grandoare.
2 Incredere in sine cu o ingamfare asupra propriei importante.
4 Opinie clar exagerata asupra propriei importante si capacitati. Planuri de viitor marete, facile, nerealiste.
6 Idei de grandoare delirante, absurde.

33. Dispozitie deliranta

Reprezinta premonitii nerealiste, puternice, sentimente sau brusca convingere ca evenimentele obisnuite sau lucruri obisnuite au o profunda si bizara semnificatie.

Deosebiti-o de derealizare (27) si trairi extatice (34).

0 Numai superstitii obisnuite. Nu dispozitie deliranta.
2 Vagi presentimente ca ceva personal si necunoscut trebuie sa i se intample.
4 Un puternic sentiment ca evenimente obisnuite in general au o semnificatie speciala (dispozitie deliranta).
6 Convingerea brusca si de nezdruncinat, ivita din senin, ca o serie de evenimente au o profunda si adesea bizara semnificatie (delire autohtone).

34. Trairi extatice

Reprezinta experienta de natura mistica, bucurie sau fericire extatica ce poate implica o brusca iluminare, percepere in probleme religioase sau unuine cu Dumnezeu.
Distingeti de exaltare (2) si idei de grandoare (32).

0 Nici un fel de experienta extatica
2 Ocazional sentimente inexplicabile de fericire cu tonalitati metafizice.
4 Frecvente experiente de incantare extatica in legatura cu sentimente de brusca patrundere in probleme metafizice.
6 Sentimente marcate sau continue de incantare sau extaz metafizic, uniune mistica cu Dumnezeu.

35. Gelozie patologica

Reprezinta o preocupare absorbanta despre posibila neloialitate a partenerului sexual.

0 Nici o suspiciune nefondata fata de partener.
2 Sentimente vagi de insecuritate si suspiciune despre fidelitatea partenerului.
4 Cauta si interpreteaza eronat "dovezi" de infidalitate.
6 Idei morbide de gelozie domina viat si actiunile. Ameninta partenerul si incearca sa obtina "confesiuni".

36. Alte deliruri

Reprezinta alte deliruri fata de cele de mai sus [ganduri pesimiste (6), hipocondria (8), sentimentul de a fi controlat (29), idei de persecutie (31), idei de grandoare (32), dispozitie deliranta (33), gelozie morbida (35)].

0 Nici un fel de alte deliruri.
2 Descrieri vagi si neconvingatoare.
4 Idei hotarat patologice atingand forta deliranta.
6 Deliruri absurde care pot fi reflectate in comportament.

37. Voci comentative

Reprezinta experienta auzirii propriilor ganduri vorbite sau reprezentate cu glas tare sau auzirea unor voci comentand sau argumentand despre sine la persoana a treia.
Distingeti-le de alte halucinatii auditive (38).

0 Nici un fel de voci halucinatorii comentative.
2 Vagi sau neconvingatoare relatari despre voci care comenteaza.
4 Voci halucinatorii definite dar care nu dizabiliteaza pacientul.
6 Voci halucinatorii frecvente care dizabiliteaza pacientul.

38. Alte halucinatii auditive

Reprezinta toate sunetele halucinatorii sau voci cu exceptia vocilor comentative (37). Includeti deasemenea halucinatiile auditive legate de dispozitia psihica predominenta, precum depresia sau exuberanta.

0 Nici un fel de halucinatii auditive cu exceptia fenomenului hipnagogic.
2 Interpretarea eronata a unor stimuli auditivi, relatari vagi si neconvingatoare despre halucinatii auditive.
4 Halucinatii definite care pot fi persistente dar nu intrusive.
6 Halucinatii puternice si neplacute. Comenzi imperative.

39. Halucinatii vizuale

Reprezinta o interpretare eronata a stimulilor vizuali (iluzii) sau o falsa perceptie vizuala fara vre-un stimul anume din afara (halucinatie).

0 Nici o falsa experienta vizuala cu exceptia posibilelor fenomene hipnagogice.
2 Iluzii ocazionale.
4 Frecvente iluzii sau halucinatii vizuale ocazionale.
6 Halucinatii persistente, frecvente sau clare.

40. Alte halucinatii

Reprezinta halucinatii ale gustului, mirosului sau senzatiilor corporale. Specificati tipul simtului si bazati evaluarea pe simtul care da halucinatiile cele mai preganante.

0 Nici un fel de halucinatie.

2 Raportari vagi sau neconvingatoare de halucinatii.
4 Halucinatii ocazionale dar definite.
6 Halucinatii clare, frecvente sau persistente.

PSIHOPATOLOGIA OBSERVATA

41. Tristete aparenta
Reprezinta indispozitia, desnadejdia si disperarea (mai mult decat o indispozitie trecatoare) reflectata in vorbire, expresia fetei si postura. Evaluati pe baza adancimii si incapacitatii de a invinge aceasta stare.
0 Nici un fel de tristete.
2 Pare indispus dar se insenineaza ocazional.
4 Apare trist si nefericit tot timpul.
6 Desnadejdie si mahnire continua si extrema.

42 Dispoztia expansiva
Reprezinta o stare de buna dispozitie si exuberanta (excludeti buna dispozitie obisnuits si trecatoare).
Include cresterea evidenta a bunei dispozitii, increderii de sine, exapnsivitatii, umorului ,si exuberantei din vorbire, alegeri, expresia fetei, postura si acvititate. Evalueaza in functie de intensitatea si inabilitatea de a raspunde serios atunci cand este cerut.
0 Veselie normala
2 Increzator in sine si oarecum expansiv dar serios cand se cere.
4 Ilaritate expansiva cu increderea in sine exagerata si veselie care nu cedeaza.
6 Arata o exuberanta extrema si persistenta, veselie si ilaritate absurda.

43. Ostilitate
Reprezinta iritabilitatea si priviri, cuvinte sau actiuni maniate. Evaluati in functie de intensitate si frecventa si de faptul ca o mica provocare scoate la iveala raspunsul manios si in functie de timpul cerut pentru a se calma.
0 Nici o ostilitate evidenta.
2 Protestatat, iritabil, susceptibil la provocari. Ocazional priviri suparate.
4 Gesturi foarte agresive, certaret, sicanator, dar poate fi calmat.
6 Comportament amenintator sau chiar violenta fizica.

44. Raspunsuri emotionale labile
Resprezinta schimbarea rapida a dispozitiei precum brusca exaltare sau tristete cu o tendinta de a etala raspunsuri emotionale intense. Nu trebuie confundata cu starea preponderenta a dispozitiei.
Evaluati in functie de viteza si frecventa schimbarii.
0 Nu exista schimbari bruste de dispozitie.
2 Schimbari de dispozitie rapide ocazionale si de inteles.
4 Schimbari de dispozitie exagerate sau frecvente si bruste.
6 Schimbari foarte rapide intre dispozitii opuse intense.

45. Lipsa emotiei adecvate
Reprezinta tocirea sentimentelor (afectelor) exprimata prin lipsa expresiei emotionale sau prin aparitia unor trairi emotionale incongruente cxare sunt evident neadecvate situatiei.
Deosebiti-o de tristetea evidenta (41) si dispozitie exuberanta (42).
0 Afect adecvat in concordanta cu dispozitia.
2 Lipsa aparenta de interes, etalare usor ciudata a emotiilor.
4 Raspunde in mod clar neadecvat la probleme sensibile sau apare sa nu raspunda la toate.
6 Numai raspunsuri emotionale clar bizare sau indiferenta emotionala totala.

46. Tulburari vegetative
Reprezinta semne de disfunctie vegetativa, hiperventilatie sau oftat frecvent, roseata, transpiratii, maini reci, pupile marite, gura uscata, ameteli.
0 Nici o perturbare vegetativa observata.
2 Tulburari vegetative usoare sau ocazionale precum roseata, paliditate sau transpiratii in conditi de stress.

4 Perturbari vegetative clare in diferite ocazii chiar fara stress.
6 Perturbari vegetative care intrerup interviul.

47. Somnolenta

Reprezinta abilitatea evident diminuata de a sta treaz ce poate fi observata din expresia fetei, vorbire, postura. Deosebiti-o de izolare (49), perplexitate (50) sau incetineala in miscare (60).

0 Complet treaz.
2 Pare somnoros. Casca ocazional.
4 Tinde sa adoarma daca este lasat in pace.
6 Adoarme in timpul interviului sau este dificil de trezit.

48. Distractibilitate

Reprezinta atentia usor de distras de stimul externi irelevanti. Deosebiti-o de izolare (49), perplexitate (50), blocarea vorbirii (51), fuga ideilor (56) sau comportamentul halucinator (65).

0 Atentie adecvat sustinuta
2 Atentie ocazional distrasa de stimuli irelevanti (cu ar fi zgomote din fundal).
4 Usor de distras.
6 Distras continuu de evenimente incidentale si obiecte care fac intervievarea dificila sau imposibila.

49. Izolare, retragere din mediu

Reprezinta atentia evident redusa si aparenta nebagare in seama a oamenilor si ambiantei. Deosebiti-o de somnolenta (47), perplexitate (50), blocajul vorbirii (51) si vorbire redusa (54).

0 Evident bine integrat in mediu.
2 Retragere ocazionala dar atentia poate fi readusa fara dificultate.
4 Pare absent si izolat si doar cu greu poate fi readus la situatia interviului.
6 Complet retras. Pare sa nu reactioneze la cuvinte sau atingere.

50. Perplexitate

Reprezinta consternarea, o mare dificultate de a intelege orice situatie si de a interpreta contextul. Deosebiti-o de somnolenta (47), distractibilitate (48) si izolare (49).

0 Nici o perplexitate.
2 Incurcat. Ocazional dificultate de a intelege ceea ce ar trebui sa reprezinte intrebari simple.
4 Pare consternat. Chestiuni simple trebuie repetate pentru a fi intelese. Ocazional raspunsurile nu sunt corelate cu intrebarea.
6 Evident perplex si consternat. Vorbirea si comportamentul evident nepotrivite ca si cum ar fi in vis.

51. Blocarea vorbirii

Reprezinta stopari bruste si neatentie in timpul vorbirii care dureaza cateva secunde sau mai mult. Adesea este insotita de imobilitate si blocarea evidenta a gandirii.
Deosebiti-o de reducerea vorbirii (54), defecte specifice de vorbire (55), vorbire incoerenta (47).

0 Nici un fel de blocaj al vorbirii.
2 Lapsusurile ocazionale care ar putea fi interpretate ca devieri ale ideilor.
4 Blocaj evident ale vorbirii chiar daca nu se afla sub influenta unui stress special.
6 Blocaj al vorbirii frecvent si indelungat care interfereaza cu conversatia.

52. Dezorientare

Reprezinta deficienta orientarii in timp si spatiu.

0 Complet orientat.
2 Dezorientare minima in ceea ce priveste ziua si data.
4 Marcata dezorientare pentru data sau orice dezorientare in timp.
6 Marcat dezorientat in timp si spatiu.

53. Presiunea vorbirii

Reprezinta presiunea de a vorbi, cresterea fluxului vorbirii si locvacitate inoportuna. Reducerea vorbirii este cotata 0 la acest item.

0 Vorbire comuna fara locvacitate inoportuna.
2 Vorbire rapida - guraliva. Raspunde detaliat la intrebari.
4 Sporovaiala, dificil de intrerupt.
6 Conduce interviul. Cuvintele se rostogolesc din el. Nu poate fi intrerupt.

54. Vorbire redusa

Reprezinta vorbirea retinuta sau incetinita, cu multe pauze si intreruperi. Presiunea vorbirii este cotata 0 la acest item. Deosebiti-o de izolare (49), perplexitate (50), blocajul vorbirii (51), defecte specifice de vorbire (55).

0 In mod obisnuit vorbeste fara pauze inoportuire
2 Necesita timp pentru a da raspunsuri scurte.
4 Raspunsuri scurte extrem de monosilabice, cu lungi intarzieri. Cu greu apare vreun comentariu si atunci cand apare, el este foarte lent.
6 Raspunsurile monosilabice sunt date doar cu efort mare. Aproape sau complet mut.

55. Defecte specifice de vorbire

Reprezinta de ex. balbaiala, dizartria si afazia - specificati tipul si oricare motiv evident.

0 Nici o dificultate de vorbire.
2 Defecte ocazionale de verbire, mai ales cand e suparat.
4 Defecte de vorbire foarte evidente care sunt deranjante dar nu interfera cu comunicarea.
6 Defecte de vorbire persistente si deranjante care interfera marcat cu comunicarea.

56. Fuga de idei

Reprezinta un flux rapid de idei exprimat prin vorbire. Exista o continuitate a ideilor, chiar daca este foarte dificil sau chiar imposibil de a le prinde, in contrast cu vorbirea incoerenta (57).

0 Flux obisnuit al ideilor.
2 Asociatii libere si vii cu tendinta de a intra in discutie.
4 Flux rapid al ideilor care poate fi urmarit. Frecvente schimbari ale subiectului care interfera cu conversatia.
6 Schimbari rapide ale subiectului si bogatia si viteza asociatiilor fac conversatia extrem de dificila sau imposibila.

57. Vorbirea incoerenta

Reprezinta vorbirea evident ilogica sau dezorganizata cu digresiuni, trecerea inexplicabila de la un subiect la altul, distorsiuni si fragmentari ale cuvintelor si sintaxei.
Deosebiti-o de fuga de idei (56).

0 Vorbire coerenta si comprehensiva.
2 Vorbire pedanta si discret digresiva. Folosirea idiosincretica dar comprehensiva a cuvintelor sau frazelor, mai ales la stress.
4 Asociatii ilogice intre cuvinte sau fraze, chiar fara stress.
6 Vorbire evident disjunctiva si ilogica. Fragmentarea frazelor sau cuvintelor sau neologisme bizare care interfera serios comunicarea.

58. Perseverare

Reprezinta tendinta de a se opri, de a repeta propozitii sau actiuni astfel incat sa se repete raspunsul de la o intrebare anterioara si sa se intoarca constant la acelasi subiect sau sa nu fie capabil sa intrerupa un gand sau actiune.

0 Nici o perseverare.
2 Aceiasi fraza este repetata ocazional. Se reintoarce la aceiasi intrebarea de mai multe ori.
4 Repeta aceiasi fraza dar poate fi constrans sa dea raspunsuri mai adecvate. Dificultati in intreruperea unui sir de idei sau a unei actiuni odata pornita.
6 Fraze sau comportament perseveratoriu ce face comunicare dificila sau imposibila.

59. Activitate crescuta

Reprezinta o crestere in frecventa si marimea miscarilor voluntare (miscari faciale, mers, miscari acompaniatoare sau gesturi) si o crestere a vitezei in initierea si efectuarea lor.
Deosebiti-o de agitatie (61) si miscari involuntare (62).

0 Schimbare normala intre activitate si odihna.

2 Gesturi vii si mers grabit dar poate sa se opreasca.
4 Miscari sau gesturi evident expansive si rapide. Reactii bruste. Paraseste ocazional scaunul in timpul interviului.
6 Activitate motorie exagerata continua. Nu poate sa fie constrans sa se aseze sau sa stea intins.

60. Incetinirea miscarilor

Reprezinta o descrestere in frecventa si extinderea miscarilor voluntare. Miscarile faciale, mersul, miscarile acompaniatoare sau gesturile sunt lente, incetinite.

0 Schimbarea normala intre activitate si repaus.
2 Gesturi si miscari faciale minime.
4 Aproape nici o activitate motorie spontana. Miscari incete si efectuate cu greutate.
6 Trebuie sa fie condus la interviu. Nici o miscare spontana. Fata imobila. Stupoare.

61. Agitatie

Reprezinta activitatea motorie ”fara scop", cum ar fi miscarea mainilor, tragerea de obiecte sau haine, incapacitatea de a sta linistit.
Deosebiti-o de cresterea activitatii (59), miscari involuntare (62), si manierisme (64).

0 Nici o agitatie.
2 Dificultatea de a tine mainile linistite. Schimba de cateva ori pozitia in timpul interviului. Trage de obiecte, le aranjeaza.
4 Evident nelinistit. Tragere inoportuna si absenta de obiecte. Ocazional se ridica pe jumatate.
6 Nu poate fi convins sa stea cu exceptia unor scurte perioade. Deambulare neincetata fara scop.

62. Miscari involuntare

Reprezinta urmatoarele miscari involuntare: ticuri, tremuraturi, miscari coreo-atetozice, dischinezii, distonii si torticolis. Specificati tipul.
Deosebiti-le de cresterea activitatii activitatii (59), agitatie (61), si manierisme (64).

0 Nici o miscare involuntara.
2 Ocazional miscari involuntare sub stress.
4 Miscari involuntare frecvente si evident accentuate sunt stress. Reuseste sa nu le lase sa impiedice activitatea motire obisnuita.
6 Miscari involuntare continue care interfera serios cu activitatile obisnuite.

63. Tensiunea musculara

Reprezinta tensiunea musculara observabila evidentiata prin expresia faciala, postura si miscari.

0 Apare relaxat.
2 Facies si postura usor tensionate.
4 Tensiune moderata la fata si postura (usor de urmarit la muschii fetei si gatului). Nu pare sa gaseasca o pozitie relaxata cand sta. Miscari rigide si greoaie.
6 Foarte incordat. Adesea sta cocotat si ghemuit sau incordat si rigid, drept la marginea scaunului.

64. Manierisme si posturi

Reprezinta miscari complexe sau posturi repetate sau stereotipe precum grimaserii, miscari stilizate, posturi curioase, catalepsie. Aprecierea se face pe baza frecventei si gradului de interferenta cu alte activitati.
Deosebiti-le de perseverare (58), agitatie (61), si miscari involuntare (62), in special de ticuri.

0 Nici un manierism.
2 Miscari stilizate sau grimase ocazionale sau cu dubiu.
4 Manierisme sau posturi pronuntate care sunt evidente dar nu interfera cu alte activitati.
6 Manierisme sau posturi pronuntate care trec dincolo de aspectul activitatii motorii obisnuite.

65. Comportament halucinator

Reprezinta comportamentrul bizar sugestiv pentru halucinatii, de ex. intoarcerea brusca, strigate sau raspunsuri ca pentru a raspunde sau auzi voci, retragerea din fata unor presupuse halucinatii vizuale. Trebuie interpretate indiferent daca halucinatiile sunt admise sau nu de bolnav.
Deosebiti-le de miscarile involuntare (62), manierisme si posturi (64).

0 Nici un comportament halucinator.
2 Comportament ciudat ca si cum ar vorbi cu sine insusi care poate reprezenta un comportament halucinator dar nu este considerat ca atare.
4 Comportament halucinator convingator.
6 Comportament halucinator frecvent sau bizar care interfera cu interviul.

66. Aprecierea globala a bolii

0 Nimic. Absenta bolii.
2 Boala indoielnica sau minima care nu deranjeaza.
4 Boala definita sau moderata.
6 Boala severa sau incapacitanta.

67. Increderea conferita evaluarii

0 Foarte slaba
2 Satisfacatoare
4 Buna
6 Foarte buna

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 2

SCALA SCURTA DE EVALUARE PSIHIATRICA
(*BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE - BPRS)*

Numele si pronumele pacientului_____ Varsta_____

Diagnosticul_____

Data evaluarii_____

Numele evaluatorului _____

	Absent	Foarte usor	Usor	Moderat	Moderat sever	Sever	Extrem de sever
1. **PREOCUPARI SOMATICE** - interes pentru sanatatea fizica, frica de boli fizice, hipocondrie	?	?	?	?	?	?	?
2. **ANXIETATE** - ingrijorare, interes crescut pentru prezent si viitor, neliniste	?	?	?	?	?	?	?
3. **RETRAGERE AFECTIVA** - lipsa de interactiune spontana, izolare in relatie cu altii	?	?	?	?	?	?	?
4. **DEZORGANIZARE CONCEPTUALA** tulburare formala a gandirii (de ex. pierderea asociatiilor, incoerenta, fuga de idei, neologisme)	?	?	?	?	?	?	?
5. **SENTIMENTE DE VINA** - culpabilizare, rusine, reprosuri pentru comportamentul trecut	?	?	?	?	?	?	?
6. **TENSIUNE** - manifestari fizice si motorii ale nervozitatii, activitate crescuta	?	?	?	?	?	?	?
7. **MANIERISME SI POSTURI** - comportament motor bizar, particular (nu se include ticurile)	?	?	?	?	?	?	?
8. **GRANDIOZITATE** - parere foarte buna despre sine, aroganta, convingerea despre puteri sau abilitati neobisnuite	?	?	?	?	?	?	?
9. **DISPOZITIE DEPRESIVA** - tristete, deceptie, pesimism	?	?	?	?	?	?	?

10. **OSTILITATE** - animozitate, desconsiderare, beligeranta, dispret fata de altii	?	?	?	?	?	?	?
11. **SUSPICIOZITATE** - neincredere, credinta ca altii au intentii malitioase sau discriminatorii	?	?	?	?	?	?	?
12. **COMPORTAMENT HALUCINATOR** - perceptii fara un stimul normal corespunzator	?	?	?	?	?	?	?
13. **LENTOARE MOTORIE** - incetinirea si lentoarea miscarii sau vorbirii, reducerea tonusului	?	?	?	?	?	?	?
14. **NECOOPERARE** - rezistenta, dusmanie, resentimente rejectia autoritati	?	?	?	?	?	?	?
15. **GANDURI NEOBISNUITE** - ganduri bizare, neobisnuite, stranii, insolite	?	?	?	?	?	?	?
16. **TOCIRE AFECTIVA** - reducerea tonului emotional, reducerea intensitatii sentimentelor, aplatizare	?	?	?	?	?	?	?
17. **EXCITARE** - cresterea tonalitatii emotionale, agitatie, cresterea reactivitatii	?	?	?	?	?	?	?
18. **DEZORIENTARE** - confuzie sau lipsa asociatiei corecte referitor la persoana, loc si timp.	?	?	?	?	?	?	?

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 3

SCALA SCURTA DE EVALUARE PSIHIATRICA
(BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE – ANCHORED)

Margaret G. Woerner, Salvatore Manuzza, John M. Kane (1988)
folosita de Spitalul Hillside (Glen Oaks)
Departamentul de Cercetare

Numele pacientului _____ Data _____

Evaluator _____

Introduce-ti toate intrebarile cu "In ultima saptamana ati avut…"

1. **PREOCUPARI SOMATICE:** Interes crescut fata de sanatatea fizica. Evalueaza gradul in care sanatatea fizica este perceputa ca o problema pentru pacient, daca plangerile lui au o baza reala sau nu. Nu evalua numai simptopmele somatice. Evalueaza numai interesul pentru sau grija fata de problemele fizice (reale sau imaginare). **Evalueaza pe baza informatiilor raportate (de ex. subiective) privitor la ultima saptamana.**
   1. Nici o raportare
   2. Foarte usor: ocazional exista o preocupare usoara asupra corpului sau sanatatii fizice
   3. Usoara: ocazional exista un interes moderat sau adesea oarecare interes.
   4. Moderat: ocazional este foarte interesat sau adesea este moderat interesat.
   5. Moderat sever: adesea este foarte interesat.
   6. Sever: este foarte interesat majoritatea timpului
   7. Foarte sever: este foarte interesat aproape tot timpul
   9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor de gandire, necooperarii sau pentru evavizitate/defensivitate marcata .

2. **ANXIETATE:** Ingrijorare, teama sau interes crescut pentru prezent sau viitor. **Evalueaza numai pe baza raportarii verebale a propriei experiente subiective a pacientului din ultima saptamana.** Nu deduce anxietatea din semne fizice sau mecanisme de defensa nevrotica.
   1. Nimic raportat
   2. Foarte usor: ocazional simte ceva anxietate.
   3. Usor: ocazional simte anxietate moderata sau adesea simte oarecare anxietate
   4. Moderat: ocazional se simte foarte anxios sau adesea se simte moderat anxios
   5. Moderat sever: adesea se simte foarte anxios
   6. Sever: se simte foarte anxios majoritatea timpului
   7. Foarte sever: se simte foarte anxios aproape tot timpul
   9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor formale de gandire, necooperarii sau pentru evazitate/defensivitate marcata.

3. **RETRAGERE AFECTIVA:** Deficienta in relatie cu intervievatorul si cu situatia de interviu. Manifestarile deschise ale acestei deficiente include contactul vizual prost sau absent, incapacitate de a se orienta corporal spre itervievator si o lipsa generala a implicarii sau angajarii in interviu. A se deosebi de APLATIZAREA AFECTIVA in care deficitele din expresia faciala, gesualitatea corporala si voce sunt cotate. **Evalueaza pe baza observatiei din timpul interviului.**
   1. Nimic observat
   2. Foarte usor: de ex. arata ocazional contact vizual defectuos
   3. Usor: de ex. ca mai sus dar mai frecvent
   4. Moderat: de ex. evidentiaza slab contact vizual dar inca pare angajat in interviu si raspunde adecvat la toate intrebarile

5. Moderat sever: de ex. se uita fix in podea si se orienteaza departe de intervievator dar inca pare moderat angajat in interviu
6. Sever: de ex. ca mai sus dar mai persistent si generalizat
7. Foarte sever: de ex. apare ca cazut din cer (absenta totala a incetinirii emotionale) si este neimplicat si neangajat cu totul in interviu. (SA NU SE COTEZE DACA SE EXPLICA PRIN DEZORIENTARE)

4. **DEZORGANIZARE CONCEPTUALA:** Gradul incomprehensivitatii vorbirii. Include orice tip de tulburare formala a gandirii (de ex. pierderea asociatiilor, incoerenta, fuga de idei, neologisme). NU include presiunea sau circumstantialitatea vorbirii, chiar daca este marcata. NU evalua pe baza impresiei subiective a pacientului (de ex. "gandurile mele curg repede, nu pot sa tin un gand", "gandurile mi se amesteca"). **Evalueaza NUMAI pe baza observatiei din timpul interviului.**
   1. Nimic observat
   2. Foarte usor: de ex. oarecum vag dar fara semnificatiei clinica
   3. Usor: frecvent vag dar interviul progreseaza fluent; pierderea asociatiilor ocazional
   4. Moderat: de ex. afirmatii irelevante ocazional, foloseste rar neologisme, pierderea moderata a asociatiilor
   5. Moderat sever: ca mai sus dar mai frecvent
   6. Sever: tulburari formale de gandire prezente in majoritatea timpului interviului si interviul este sever perturbat
   7. Foarte sever: foarte putina informatie coerenta poate fi obtinuta.

5. SENTIMENTE DE VINOVATIE: Interes crescut sau remuscari pentru comportamentul trecut. **Evalueaza pe baza experientelor subiective ale pacientului evidentiate prin spusele lui despre ultima saptamana.** Nu deduce sentimentele de vina din depresie, anxietate sau defense nevrotice.
   1. Nimic raportat
   2. Foarte usor: ocazional ceva sentimente de vina
   3. Usor: ocazional sentimente moderate de vina sau adesea ceva sentimente de vina
   4. Moderat: ocazional sentimente puternice de vina sau adesea sentimente moderate de vina
   5. Moderat sever: adesea ssentimente puternice de vina
   6. Sever: sentimente puternice de vina majoritatea timpului sau delir de vinovatie incapsulat
   7. Foarte sever: constante sentimente chinuitoare de vina sau delir incapsulat de vina
   9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor formale de gandire, necooperarii sau pentru evazitate/defensivitate marcata.

6. **TENSIUNE: Coteaza nelinistea motorie (agitatie) observata in timpul interviului.** NU evalua pe baza experientei subiective raportate de subiect. Nu ia in consideraie patogeneza suspectata (de ex. diskinezia tardiva).
   1. Nimic observabil
   2. Foarte usor: ocazional neliniste
   3. Usor: neliniste frecventa
   4. Moderat: neliniste constanta sau frecventa neliniste, frecare a mainilor sau trasul de haine
   5. Moderat sever: constanta neliniste, freecatul mainilor si trasul hainelor
   6. Sever: nu poate ramane locului (de ex. trebuie sa se plimbe)
   7. Foarte sever: se plimba in mod frenetic.

7. **MANIERISME SI POSTURI:** Comportament motor anormal si nenatural. **Evalueaza numai anormalitatile miscarii.** Nu cota simpla crestere a activitatii motorii. Ia in consideratie frecventa, durata si gradul bizareriilor. Nu tine seama de patogeneza suspectata.
   1. Nimic observabil
   2. Foarte usor: comportament straniu dar fara semnificatie clinica evidenta, de ex. ocazional zambet neadecvat, rare miscari ale buzelor
   3. Usor: comportament ciudat dar nu bizar in mod evident, de ex. rare balansari ale capului in mod ritmic, miscari intermitente anormale ale degetelor
   4. Moderat: ia pozitii nenaturale pentru scurte perioade de timp, rare protruzii ale limbii, grimase faciale, balansari
   5. Moderat sever: isi mentine pozitii nenaturale in timpul interviului, miscari neobisnuite in mai multe arii ale corpului

6. Sever: ca mai sus dar mai frecvent, intens sau generalizat
7. Foarte sever : posturi bizare majoritatea timpului interviului, continue miscari anormale in mai multe arii ale corpului.

8. GRANDIOZITATE: Stima de sine crescuta (increderea in sine) sau valorizare crescuta a propriilor talente, puterii, abilitati, realizari, cunostinte, importanta sau identitate. Coteaza numai calitatea grandioasa a clamarii (de ex. Nu coteaza astfel de afirmatii: "Eu sunt cel mai mare ghinionist din lume", "Intreaga tara incearca sa ma omoare") in afara de cazul ca vina/persecutia este legata de unele exagerari speciale ale atributelor individului. La fel, pacientul trebuie sa clameze atribute exagerate: de ex. daca pacientul neaga talente, puteri, etc. chiar daca el spune ca altii arata ca el are aceste atribute, acest item nu trebuie sa fie cotat. **Coteaza pe baza raportarii (subiective) din ultima saptamana.**

1. Nici o raportare
2. Foarte usor: este mai increzator decat majoritatea oamenilor dar nu are o semnificatie clinica definita
3. Usor: crestere definite a stimei de sine sau exagerarea talentelor oarecum disproportionata fata de circumstante
4. Moderat: stima de sine crescuta clar disproportionata fata de circumstante sau suspiciune de delir grandios
5. Moderat sever: un singur delir grandios definit si incapsulat sau multiple delire grandioase definite dar fragmentate
6. Sever: un singur delir grandios definit sau un sistem delirant sau multiple definite deliruri grandioase de care pacientul pare preocupat
7. Foarte sever: ca mai sus dar aproape toata conversatia este directionata catre delirul/delirurile grandioase ale pacientului
9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor formale de gandire, necooperarii sau pentru evazitate/defensivitate marcata.

9. DISPOZITIA DEPRESIVA: Raportarea subiectiva a trairii depresive, tristete, mahnire, etc. Evalueaza nu pe baza deductiilor privind depresia conform lentoarei generale si plangerilor somatice. **Evalueaza pe baza informatiilor raportate (subiective) referitor la ultima saptamana.**

1. Nimic raportat
2. Foarte usor: ocazional trairi oarecum depresive
3. Uaor: ocazional trairi moderat depresive sau adesea trairi oarecum depresive
4. Moderat: ocazional trairi foarte depresive sau adesea trairi moderat depresive
5. Moderat sever: adesea trairi foarte depresive
6. Foarte sever: trairi foarte depresive majoritatea timpului
7. Foarte sever: trairi foarte depresive aproape tot timpul
9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor formale de gandire, necooperarii sau pentru evazitate/defensivitate marcata.

10. OSTILITATE: Animozitate, dispret, beligeranta, desconsiderare a altor oameni din afara situatiei de interviu. **Coteaza numai pe baza raportului verbal al sentimentelor si actiunilor pacientului fata de altii in timpul ultimei saptamani.**

Nu deduce ostilitatea din defensele nevrotice, anxietate sau pl•ngeri somatice.

1. Nimic raportat
2. Foarte usor: ocazional simte ceva manie
3. Usor: adesea simte ceva manie sau ocazional simte manie moderata
4. Moderata: ocazional simte multa manie sau adesea simte manie moderata
5. Moderat sever: adesea simte multa manie
6. Sever: a actionat pe baza maniei devenind verbal sau fizic abuziv in una sau mai multe ocazii
7. Foarte sever: a actionat in baza maniei in mai multe ocazii
9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor formale de gandire, necooperarii sau pentru evazitate/defensivitate marcata.

11. SUSPICIOZITATE: Credinta (deliranta sau altcumva) ca altii au in prezent sau au avut in trecut intentii rele sau discriminatorii fata de pacient. Pe baza raportarii verbale evaluati numai acele suspiciuni care sunt in mod

curent active si privesc circumstante trecute sau prezente. **Coteaza pe baza raportarii (de ex. subiective) informatiei privind ultima saptamana.**

1. Nimic raportat
2. Foarte usor: rare momente de neincredere care pot sau nu sa fie eplicate de situatie
3. Usor: ocazional momente de suspiciozitate care sunt in mod sigur nelegate de situatie
4. Moderat: mai frecvent suspiciozitate sau tranzitorii idei de referinta
5. Moderat sever: suspiciozitate generala, frecvente idei de referinta sau un delir incapsulat
6. Sever: delir/deliruri definite de referinta sau persecutie care nu sunt pe de-a'ntregul generalizate (de ex. un delir incapsulat)
7. Foarte sever: ca mai sus dar mai raspandit, frecvent si intens
9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor formale de gandire, necooperarii sau pentru evazitate/defensivitate marcata.

12. COMPORTAMENT HALUCINATOR: Perceptii (in oricare modalitate senzoriala) in absenta unui stimul extern identificabil. **Evalueaza numai acele experiente care s-au petrecut in timpul ultimei saptamani.** Evaluati "vocile din capul meu" sau "viziuni in mintea mea" numai daca pacientul le poate deosebi pe acestea de gandurile sale.

1. Nimic raportat
2. Foarte usor: numai suspiciune de halucinatii
3. Usor: halucinatii definite dar nesemnificative, rare sau tranzitorii (de ex. ocazionale halucinatii vizuale fara forma, o voce strigandu-i pe nume pe pacient)
4. Moderat: ca mai sus dar mai frecvente sau intense (de ex. frecvent vede diavolul, doua voci converseaza)
5. Moderat sever: halucinatiile sunt traite aproape in fiecare zi sau sunt o sursa de suferinta extrema
6. Sever: ca mai sus si au avut un impact moderat asupra comportamentului pacientului (de ex. dificultati de concentrare cu interferente asupra capacitatii de functionare in munca)
7. Foarte sever: ca mai sus si a avut un impact sever (de ex. tentative de suicid ca urmare a comenzilor halucinatorii)
9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor formale de gandire, necooperarii sau pentru evazitate/defensivitate marcata.

13. LENTOARE MOTORIE: Reducerea nivelului energiei evidentiata in lentoarea miscarilor. **Evalueati numai pe baza comportamentului pacientului.** Nu evaluati pe baza impresiei subiective a pacientlui asupra nivelului energiei lui.

1. Nimic observabil
2. Foarte usor si fara semnificatie clinica evidenta
3. Usor: de ex. conversatia este oarecum incetimita, miscarile oarecum lente
4. Moderat: de ex. conversatia este evident incetinita dar nu fortata
5. Moderat severa: de ex. conversatia este fortata, miscarile sunt foarte lente
6. Sever: de ex. conversatia este dificil de mentinut, miscari foarte grele
7. Foarte sever: de ex. conversatia este aproape imposibila, nu se misca de loc

14. NECOOPERARE: Evidenta rezistentei, neprieteniei, resentimentului si lipsei de cooperare cu intervievatorul. **Evalueaza numai pe baza atitudinii pacientului si raspunsurilor la intervievator si a situatiei din timpul interviului.** Nu cota pe baza resentimentului raportat sau necooperarii din afara situatiei de interviu.

1. Nimic observat
2. Foarte usor: de.ex. nu pare motivat
3. Usor: de ex. Pare evaziv in anumite arii
4. Moderat: de ex. Este monosilabic, nu poate elabora ceva spontan, oarecum neprietenos
5. Moderat sever: de ex. Exprima resentimente si este neprietenos in timpul interviului
6. Sever: de ex. Refuza sa raspunda la un numar de intrebari
7. Foarte sever: de ex. Refuza sa raspunda la majoritatea intrebarilor

15. GANDURI NEOBISNUITE: Severitatea delirurilor de orice tip - ia in consideratie convingerea si efectul asupra actiunilor. **Evaluati pe baza informatiilor raportate (de ex. subiective) referitor la ultima saptamana.**

1. Nimic raportat
2. Foarte usor: deliruri suspectate sau probabile
3. Usor: pe moment, deliruri partiale sau fragmentate, pacientul intreba despre credintele lui
4. Moderat: convingeri delirante dar delirul/delirurile nu au influenta asupra comportamentului
5. Moderat sever: convingeri delirante ferme dar au numai un impact ocazional asupra comportamentului
6. Sever: delirurile au un efect semnificativ, de ex. ignorarea responsabilitatilor din cauza preocuparilor cu credinta ca este el este in legatura cu Dumnezeu.
7. Foarte sever: delirurile au un impact major, de ex. nu mai mananca pentru ca crede ca mancarea este otravita
9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor formale de ga•ndire, necooperarii sau pentru evazitate/defensivitate marcata.

16. TOCIRE AFECTIVA: Diminuarea raspunsului afectiv caracterizat prin deficit in expresia fetii, gestualitate sau inflexiune a vocii. Deosebiti-o de RETRAGEREA EMOTIONALA in care este vorba mai mult de o afectare interpersonala decat de afect. Luati in considerare si consistenta afectarii. **Cotati pe baza observatiei facute in timpul interviului.**

1. Nimic observat
2. Foarte usor: de ex. ocazional pare indiferent la lucrurile care in mod obisnuit sunt acompaniate de oarecare emotie
3. Usor: de ex. expresie faciala oarecum diminuata sau voce oarecum monotona sau gestica oarecum redusa
4. Moderat: de ex. ca mai sus dar mai intensa, prelungita sau frecventa
5. Moderat sever: de ex. aplatizarea afectivitatii incluzand cel putin doua din trei caracteristici: pierderea severa a expresiei faciale, voce monotona sau reducerea gestualitatii.
6. Sever: de ex. aplatizare profunda a afectivitatii
7. Foarte sever: de ex. voce total monotona si lipsa totala a expresivitatii gestuale din timpul evaluarii.

17. EXCITATIE: Cresterea tonului emotional incluzand iritabilitate si expansivitate (afectivitate hipomanica). Nu deduceti afectivitatea din declaratiile delirurilor grandioase. **Evaluati bazati pe observatiile facute in timpul interviului.**

1. Nimic observat
2. Foarte usor si dubiu despre semnificatia clinica
3. Usor: de ex. momente de iritabilitate sau expansivitate
4. Moderat: de ex. frecvent iritabil sau expansiv
5. Moderat sever: constant iritabil sau expansiv sau momente de furie sau euforie
6. Sever: de ex. furie sau euforie in cea mai mare parte a interviului
7. Foarte sever: de ex. ca mai sus dar la un grad asa de mare incat interviul s-a terminat prematur

18. DEZORIENTARE: Confuzia sau lipsa asociatiilor corecte privind persoana, locul sau timpul. **Evaluati bazati pe observatiile facute in timpul interviului.**

1. Nimic observat
2. Foarte usor: de ex. pare oarecum confuz
3. Usor: de ex. indica usor gresit anul (in loc de 2007 spune 2008)
4. Moderat: de ex. indica foarte gresit anul (de ex. spune 1978)
5. Moderat sever: de ex. este nesigur unde se afla
6. Sever: de ex. nu are ideie unde se afla
7. Foarte sever: de ex. nu cunoaste cine este
9. Nu poate fi evaluat adecvat din cauza tulburarilor formale de gandire, necooperarii sau pentru evazitate/defensivitate marcata.

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 4

LISTA A SIMPTOMELOR - 90 - R

(SYMPTOMS CHECKLIST - 90 - R)

Leonard DEROGATIS, PhD
Clinical Psychometric Research, Inc.
Riderwood MD 21139
USA

NOTA: Aveti in fata o lista de probleme si simptome pe care oamenii le au cateodata. Va rugam sa citit atent fiecare din ele. Apoi bifati numarul care corespunde sau descrie cel mai bine CAT DE MULT SIMPTOMUL SAU PROBLEMA RESPECTIVA V-A SUPARAT IN ULTIMA SAPTAMANA INCLUSIV ZIUA DE AZI.

Cat de mult ati fost suparat de:

	Deloc	Putin	Moderat	Tare	Extrem
1. Dureri de cap	0	1	2	3	4
2. Nervozitate sau tremor interio	0	1	2	3	4
3. Ganduri nedorite, cuvinte sau idei ce nu vor sa paraseasca mintea	0	1	2	3	4
4. Senzatie de lesin sau ameteala	0	1	2	3	4
5. Pierderea interesului sau a placerii sexuale	0	1	2	3	4
6. Sentimentul ca altii sunt primejdiosi	0	1	2	3	4
7. Ideia ca cineva va controleaza gandurile	0	1	2	3	4
8. Sentimentul ca altii v-au cauzat majoritatea problemelor dumneavoastra	0	1	2	3	4
9. Probleme de memorie	0	1	2	3	4
10. Grija legata de murdarie sau delasare	0	1	2	3	4
11. Sentimentul de a fi usor de suparat sau iritat	0	1	2	3	4
12. Dureri de inima sau in piept	0	1	2	3	4
13. Senzatie de frica in locuri largi sau pe strada	0	1	2	3	4
14. Senzatie de lipsa de energie si incetineala	0	1	2	3	4

15. Idei de a sfarsi cu viata	0	1	2	3	4
16. Auzul de voci pe care altii nu le aud	0	1	2	3	4
17. Tremurtturi	0	1	2	3	4
18. Neincredere in majoritatea oamenilor	0	1	2	3	4
19. Pofta de mancare scazuta	0	1	2	3	4
20. Plangeti usor	0	1	2	3	4
21. Timiditate si neliniste fata de persoane de sex opus	0	1	2	3	4
22. Sentimentul ca ati fost prin in cursa	0	1	2	3	4
23. Spaima brusca fara motiv	0	1	2	3	4
24. Explozii de nervi necontrolate	0	1	2	3	4
25. Frica de a iesi singur din casa	0	1	2	3	4
26. Faptul de a va invinovatii singur	0	1	2	3	4
27. Dureri de spate	0	1	2	3	4
28. Imposibilitatea de a face ceva	0	1	2	3	4
29. Sentimentul de singuratate	0	1	2	3	4
30. Sentimentul de tristete	0	1	2	3	4
31. Ingrijorare exagerata	0	1	2	3	4
32. Lipsa de interes	0	1	2	3	4
33. Sentimentul de frica	0	1	2	3	4
34. Sentimentele Dvs. sunt usor de ranit	0	1	2	3	4
35. Sentimentul ca altii va cunosc g•ndurile	0	1	2	3	4
36. Sentimentul ca altii nu va inteleg si nu va sunt simpatici	0	1	2	3	4
37. Sentimentul ca oamenii sunt neprietenosi sau va antipatizeaza	0	1	2	3	4
38. Necesitatea de a face lucrurile incet pentru a fi sigur de corectitudine	0	1	2	3	4
39. Batai rapide sau tari de inimi	0	1	2	3	4
40. Greturi sau varsaturi	0	1	2	3	4
41. Sentiment de inferioritate fara de altii	0	1	2	3	4

42. Dureri musculare	0	1	2	3	4
43. Sentimentul ca sunteti urmarit sau vorbit de altii	0	1	2	3	4
44. Greutate la adormire	0	1	2	3	4
45. Nevoia de a verifica si reverifica ceea ce ati facut	0	1	2	3	4
46. Dificultatea de a hotara	0	1	2	3	4
47. Frica de a calatori cu autobuzul, tramvaiul sau trenul	0	1	2	3	4
48. Greutatea de a respira	0	1	2	3	4
49. Valuri de caldura sau frig	0	1	2	3	4
50. Nevoia de a ocoli anumite locuri, obiecte sau activitati pentru ca va infricoseaza	0	1	2	3	4
51. Senzatia ca mintea functioneaza in gol	0	1	2	3	4
52. Amorteli si furnicaturi in parti ale corpului	0	1	2	3	4
53. Senzatia de nod in gat	0	1	2	3	4
54. Lipsa de speranta in viitor	0	1	2	3	4
55. Tulburari de concentrare	0	1	2	3	4
56. Senzatii de slabiciune in diferite parti ale corpului	0	1	2	3	4
57. Senzatia de tensiune sau apasare	0	1	2	3	4
58. Greutate in maini si picioare	0	1	2	3	4
59. Ganduri de sinucidere	0	1	2	3	4
60. Apetit exagerat	0	1	2	3	4
61. Senzatie de tulburare cand altii va privesc sau discuta despre dumneavoastra	0	1	2	3	4
62. Faptul de a avea ganduri care nu sunt ale dumneavoastra	0	1	2	3	4
63. Nevoia de a bate, injura sau rani pe cineva	0	1	2	3	4
64. Trezitul devreme dimineata	0	1	2	3	4
65. Nevoie de a repeta actiuni ca atinsul, numaratul, spalatul	0	1	2	3	4
66. Somn care este neodihnitor sau tulburat	0	1	2	3	4

67. Nevoia de a sparge sau sfarama obiecte	0	1	2	3	4
68. Idei sau convingeri pe care altii nu le impartasesc	0	1	2	3	4
69. Sentimentul ca sunteti foarte constiincios si corect cu altii	0	1	2	3	4
70. Sentimentul de neliniste in multime, ca de ex. la cinematograf sau in magazine	0	1	2	3	4
71. Sentimentul ca orice este un efort	0	1	2	3	4
72. Perioade de teroare sau panica	0	1	2	3	4
73. Sentimentul de inconfort cand mancati sau beti in public	0	1	2	3	4
74. Faptul ca va certati frecvent	0	1	2	3	4
75. Sentimentul de nervozitate cand ramaneti singur	0	1	2	3	4
76. Altii nu va dau credit pentru a obtine ceea ce doriti	0	1	2	3	4
77. Sentimentul de singuratate chiar cand sunteti intre oameni	0	1	2	3	4
78. Neliniste asa de mare ca nu puteti sta locului	0	1	2	3	4
79. Sentimente de lipsa de valoare, inutilitate	0	1	2	3	4
80. Sentimentul ca lucruri familiare va sunt straine si ireale	0	1	2	3	4
81. Faptul ca strigati si aruncati cu lucruri	0	1	2	3	4
82. Frica de a lesina in public	0	1	2	3	4
83. Sentimentul ca oamenii vor profita daca ii lasati	0	1	2	3	4
84. Gandurile despre sex	0	1	2	3	4
85. Ideia ca ati putea fi pedepsit pentru pacatele Dvs.	0	1	2	3	4
86. Sentimentul de a fi impins sa faceti ceva	0	1	2	3	4
87. Ideia ca ceva grav este in organismul Dvs.	0	1	2	3	4
88. Faptul ca niciodata nu v-ati simtit apropiat de o alta persoana	0	1	2	3	4
89. Idei de vinovatie	0	1	2	3	4
90. Ideia ca ceva este rau cu mintea Dvs.	0	1	2	3	4

SCALELE SCL-90-R:

SOMATIZARE: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58

OBSESIV-COMPULSIV: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65

SENZITIVITATE INTERPERSONALA: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73

DEPRESIE: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79

ANXIETATE: 1, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86

MANIE-OSTILITATE: 11, 24, 63, 67, 74, 81

ANXIETATE FOBICA: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82

IDEATIE PARANOIDA: 8, 18, 43, 68, 76, 83

PSIHOTICISM: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90

ALTE SCALE DERIVATE DIN SCL-90:

Starile anxioare (Bech si colab. 1992): 2, 11, 17, 23, 31, 33, 39, 57, 72, 78.

Fobia (Bech si colab. 1992): 4, 13, 23, 25, 29, 33, 47, 50, 70, 71, 72, 75, 82.

Discomfort (Bech, 1990): 5, 6, 9, 11, 14, 15, 24, 26, 29, 30, 34, 38, 44, 46, 51, 54, 55.

Subscala Harvard pentru anxietate (Mollica si colab. 1992): 1, 2, 4, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78.

Subscala Harvard pentru depresie (Mollica si colab. 1992): 5, 14, 19, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 44, 54, 59, 71, 79.

Anexa Nr. 5

Scala NOSIE-30

0-niciodata; 1-uneori; 2-adesea; 3-obinuit; 4-totdeauna

Nr.	*Item*	*Subscala*	*Scorul*
1	Este neingrijit		
2	Este nerabdator		
3	Striga	x	
4	Prezinta interes fata de activitatile din jurul lui		
5	Sta daca nu este impins la activitate		
6	Se enerveaza sau supara usor	x	
7	Aude lucruri care nu sunt		
8	Pastreaza hainele curate		
9	Incearca sa fie prietenos cu ceilalti		
10	Se indispune usor daca ceva nu-i convine	x	
11	Refuza sa faca lucrurile obisnuite ce se asteapta de la el		
12	Este iritabil si ursuz (morocanos)	x	
13	Are tulburari de memorie		
14	Refuza sa vorbeasca		
15	Rade sau zambeste la comentarii sau intamplari vesele		
16	Mananca urat		
17	Porneste o conversatie cu altii		
18	Spune ca este trist si amarat		
19	Vorbeste de interesele lui		
20	Vede lucruri care nu sunt		
21	Trebuie sa i se reaminteasca ce are de facut		
22	Doarme daca nu este impins la activitate		
23	Spune ca nu este bun		
24	Trebuie sa i se spuna sa respecte regulile spitalului	x	
25	Are dificultati sa faca singur chiar lucruri simple		
26	Vorbeste, borboroseste, mormaie de unul singur		
27	Se misca incet si e lenes		
28	Rade si zambeste singur fara motiv		
29	Isi pierde calmul repede	x	
30	Se pastreaza curat		
	Subscala de agresivitate (itemii notati cu x)		
	SCORUL TOTAL		

4. SCALELE DE EVALUARE A DEPRESIEI

Depresia este domeniul unde evaluarea psihometrica s-a dezvoltat cel mai mult. Numeroase scale de autoevaluare, scale de observare sau interviuri diagnostice au fost produse si este deja destul de greu de a alege intr-un spatiu limitat care din acestea trebuie prezentate. In tabelul Nr. 5 se prezinta cele mai populare instrumente de diagnostic a tulburarilor depresive si de evaluare a simptomelor depresive intr-o ierarhie conform de numarul de citari pe an in studii internetionale si reviste de specialitate (primele sapte locuri) (Tyrer si Mathuen, 2007) si apoi alte instrumente conform listei lui Rabkin si Klein (1987) .

Nume	***Tip***	***Autor***
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)	OB	Hamilton 1960
Beck Depression Inventary	AE	Beck et al. 1961
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	AE	Zigmond si Snaith 1983
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	OB	Montgomery & Asberg, 1979
Zung Self-Rating Depression Scale	AE	Zung 1965
Hopelessness Scale	AE	Beck si colab. (1974)
Edinburegh Postnatal Depression Scale (EPDS)	AE	Cox si colab. 1987
Center for Epidemioliogical Studies Depression Scale	AE	Radlof, 1977
Carroll Rating Scale for Depression	AE	Carroll et al 1981
Inventory to Diagnose Depression - IDD	AE	Zimmerman et al. 1986
A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale (SIGH-D)	IS	Williams 1988
A Structured Interview version of the Hamilton Depression Rating Scale (SI-HDRS)	IS	Potts et al. 1990
WHO Schedule for a Standardized Assessment of Depressive Disorders (WHO-SADD)	IS	WHO 1983
Calgary Depression Rating Scale	OB	Addington si colab. 1990
Melancholia Scale Bech-Rafaelsen	OB	Bech-Rafaelsen 1978
Newcastle Depression Scale	OB	Carney et al. 1965
Zimmerman Inventory to Diagnose Depression - IDD	AE	Zimmerman si colab. 1986

AE = autoevaluaret OB = observatie IS = interviu structurat

Tabelul Nr. 5: Cele mai populare instrumente de diagnostic si evaluare a tulburarilor depresive (modificat dupa Rabkin si Klein, 1987 si Tyrer si Mathusen, 2007).

In aceast capitol se prezinta doar instrumentele de evaluare a severitatii simptomelor depresive, a schimbarilor ei sub interventii terapeutice si nu sunt infatisate instrumentele de diagnostic ale depresiei, instrumente care in mare parte au fost discutate in sectiunle anterioare ale acestei carti.

Identificarea subiectilor cu depresie clinica inseamna decelarea cazurilor de depresie semnificativa din populatia generala sau diferentierea pacientilor cu depresie clinica de pacientii cu alte tulburari clinice. Aceasta diferentiere este una de natura categoriala sau tipologica in care evaluatorul trebuie sa afle daca subiectul implineste criteriile de includere intr-una sau alta din categoriile nosologice stabilite dinainte (Wetzler si Van Praag, 1989)[i]. Abordarea dimensionala sau functionala este diferita, in sensul ca aici se cauta sa se determine acele dimensiuni sau trasaturi psihopatologice fundamentale din care o categorie nosologica este compusa. Pentru a fi confidenta, o dimensiune trebuie sa se deosebeasca de alta. Aceiasi dimensiune (simptom) poate fi intalnita in mai multe categorii si ele nu sunt specificie unui cadru nosologic dat. Dimensiunile psihopatologice se amesteca in diferite proportii in diferite categorii nosologice si foarte rar se intalnesc tipuri categoriale pure din punct de vedere dimensional. In sectiunea de fata se pune intrebarea daca depresia poate fi disecata in dimensiuni caracteristice precum tristetea, pierderea sperantei, neajutorarea, etc. si daca ele sunt coerente si bine definite ca dimensiuni independente ale depresiei si care sunt acele instrumente de evaluare care le poate distinge si masura.

4.1. SCALA DE EVALUARE A DEPRESIEI HAMILTON *(Hamilton Depression Rating Scale – HDRS)*

Scala HRSD a fost introdusa in 1960 de Hamilton[ii] si ea a devenit cea mai folosita scala in domeniu. Desi a aparut in acelasi an cu scala de depresie Cronholm-Ottoson (1960)[iii], scala Hamilton a devenit pe departe cea mai utilizata scala si un instrument international de comunicare intre investigatori. Ea este folosita mai ales in studii psihofarmacologice intr-o baterie standard de evaluare a severitatii simptomelor si a sensibilitatii la schimbare si a generat un urias “data-base” pentru studii analitice sau comparative (Rhoades si Overall, 1983)[iv]. Scala Hamilton este foarte mult folosita si pentru valoarea ei instructiva in procesul de formare a noilor psihiatrii sau psihologi clinicieni.

Scala originala a fost construita sa cuantifice severitatea depresiei la pacientii deja diagnosticati ca avand depresie si nu ca un instrument de identificare a depresiei.

Desi Hamilton a identificat 21 de itemii de evaluare in lucrarea sa din 1960, el s-a oprit numai la primii 17. Ceilalti 4 itemi, variatia diurna a dispozitiei, derealizarea, simptomele paranoide si cele obsesionale au fost excluse, fie din cauza ca ele nu masoara depresia sau intensitatea ei, fie ca ele apar prea rar in sindromul depresiv. Itemii au fost selectionati din

experienta interviurilor clinice cu pacientii depresivi si din descrierile clinice din tratatele de specialitate. Din nefericire, scala a fost utilizata in mai multe variante, cu 17 itemi, 21 itemi sau cu 24 itemi (itemii aditionali au fost: lisa de ajutor, lipsa de speranta si lipsa de valoare).

Treptat, s-a folosit versiunea cu 21 itemi care a devenit astfel versiunea "standard" pentru trialurile clinice sau de cercetare. Unsprezece itemi sunt evaluati pe o scala 0-4 si restul itemilor pe o scala 0-2. In activitatea clinica se foloseste adesea versiunea cu 17 itemi pentru ca Hamilton a spus ca ultimii patru itemi (variatia diurna, depersonalizare/derealizare, simptome paranoide si simptome obsesiv-compulsive) sa nu fie adaugati la scorul total din cauza ca aceste simptome nu reflecta severitatea depresiei (Hamilton, 1960).

Hamilton a construit scala pentru a cunatifica informatiile de la pacient luate de un clinician cu experienta pe baza unui interviu nestructurat (fara specificarea intrebarilor sau a probelor). El recomanda sa se foloseasca si datele obtinute din alte surse precum informatii de la familie, prieteni, surori medicale, etc. Pe de alta parte Hamilton preconiza ca evaluarea pacientului sa fie facut de doi clinicieni, unul care sa conduca interviul si altul care pune intrebari suplimentare la sfarsitul lui. Scorul final al HDRS consta din suma scorurilor celor doi evaluatori. Aceasta recomandare nu a fost aplicata niciodata in practica.

Scorul fiecarui item sintetizeaza frecventa si severitatea simptomelor. Evaluatorul este invitat sa "*coteze atat frecventa cat si ponderea atunci cand judeca*" (Hamilton, 1960). Pe baza scorului fiecarui item se calculeaza scorul general al scalei si scorul factorilor scalei. Cel mai frecvent raportat in lucrari stiintifice este scorul total. Pentru scala cu 17 itemi scorul total se poate intinde de la 0 la 50, iar pentru scala cu 21 itemi scorul poate fi in plaja de la 0 la 62. Scala Hamilton nu furnizeaza "scoruri prag" (*cut-off points)* dar in practica este in general agreat ca un scor de 7-17 semnifica o depresie usoara, 18-24 reprezinta o depresie de severitate medie, iar peste 25 o depresie de severitate mare (Endicott si colab. 1981)[v]. Hoojer si colab. (1991) prezinta o versiune mai noua si o metoda de scorare in functie de antrenamentul cotatorului si de versiunea folosita[vi]. In versiunea HDRS-17, un scor mai mic sau egal cu 7 este considerat un criteriu pentru a externa din spital un pacient care a fost internet pentru depresie (Rush si colab. 2006).

Exista si doua versiuni de interviu structurat pe baza scalei Hamilton, unde itemi de observare sunt transformati in intrebari la care subiectul trebuie sa raspunda: Ghidul structurat de interviu pentru scala HDRS *(Structured Interview Guide for the HDRS - SIGH-D)* dezvoltatm de

Williams (1988)[vii] (vezi anexa Nr. 2) si Interviul Structurat pentru scala HDRS *(A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale - SI-HDRS)* dezvoltat de Potts si colab. (1990)[viii].

Prin analiza factoriala s-au conturat mai multi factori ai scalei HDRS. Guy (1976)[ix] prezinta 6 factori: anxietate/somatizare, greutate, tulburari cognitive (vinovatie, agitatie, idei suicidare, derealizare, simptome paranoide si simptome obsesionale), variatie diurna a dispozitiei, retardare si tulburari de somn. Hedlund si Vieweg (1979)[x] trece in revista 6 studii si constata ca exista cel putin doi factori relativ stabili: un factor legat de severitatea simptomelor si altul cu o variabilitate bipolara (anxietate, depresie agitata si depresia retardata). In 1983 Rhoades si Overall[5] fac o analiza factoriala care contureaza 7 factori ca prin intercorelarea lor sa obtina numai doi factori de ordinul doi: depresia vegetativa si depresia cognitiva. Prin *"analiza in clustere" (cluster analysis)* a scorurilor obtinute la 240 pacienti evaluati cu HDRS, acesti autori identifica cinci subtipuri de depresie: anxios, suicidar, somatizant, vegetativ si paranoid. Toate studiile au aratat ca cei mai importanti factori sunt: factorul somn (itemii 4, 5, 6), factorul anxietate (itemii 9, 10, 11) si factorul severitatea depresiei (itemii 1, 2, 7, 8, 10, 13) (O'Brien si Glaudin, 1988).[xi].

Indicii de calitate a scalei HDRS sunt foarte inalti. Coeficientii de confidenta interna in mai multe studii au fost gasiti ca fiind foarte buni in trei studii din patru (Potts si colab. 1984)[8]. Cicchetti si Prusoff (1983)[xii] au studiat confidenta intercotatori pentru fiecare item al scalei si au gasit un indice de confidenta bun la 8 itemi. Analizele succesive ale confidentei au aratat indici intre 0,76 si 0,92 (Rhem si O'Hara, 1985; Gaspar si Gilsdorf, 1990; Reynolds si Kobak, 1995). Cusin si colab. (2010) inventariaza peste 70 publicatii asupra confidentei scalei HRSD care in majoritatea covarsitoare gasesc o confidenta foarte buna. Cit priveste validitatea, scala HRSD a fost administrata concomitent cu o scala globala de evaluare a severitatii si mai multi autori gasesc un indice de corelatie cuprins intre 0,48 si 0,73 (Bech si colab. 1981)[xiii] sau un indice mai mare de 0,80 (Hamilton, 2000)

In ciuda raspandirii sale scala Hamilton a fost criticata pentru introducerea de prea multe simptome somatice (Bech si colab. 1993)[xiv]. Ea nu prevede definitii operationale pentru fiecare item si de aceea administrarea ei necesita un grad anume de expertiza clinica. Insusi Hamilton (1960)[3] spunea ca valoarea scalei depinde "*in intregime de abilitatea intervievatorului de a extrage informatia necesara*". Bech si colab. (1986)[xv] impreuna cu Hamilton realizeaza o

versiune in care se modifica unele definitii ale scalei itemilor. In anexa 1 se prezinta scala HDRS versiunea Bech si colab. cu 23 itemi, traducere romaneasca prezentata pentru prima oara in 1996 (Bech, 1996[xvi]) publicata in lucrarea Depresii - Noi Perspective, Vrasti & Eisemann (1996) publicata in Editura All Bucuresti[xvii]. Din aceasta scala se poate deduce scala HRSD-17 care are itemii care contine primii 17 itemi ai scalei prezentate de Bech. Scala HRSD-21 mai prezinta patru itemi in plus fata de cei 17 itemi: variatia diurna, depresonalizare si derealizare, simptome paranoide si simptome obsesive si compulsive. In anexa 2 se prezinta interviul structurat pentru HDRS realizat de Williams.

4.2. SCALA DE MELANCOLIE BECH SI RAFAELSEN (*Melancholia Scale Bech si Rafaelsen– MES)*

Scala de melancolie este o scala de simptome dezvoltata de Bech si Rafaelsen in 1980[xviii] pe baza analizei constructiei scalei Hamilton si a analizei structurii latentea ei. Astfel s-a constatat ca din cei 17 itemi originari ai scalei Hamilton, doar 6 din ei au o mare validitate de constructie pentru evaluarea unei melancolii: dispozitia depresiva (item 1), dispozitia anxioasa (item 10), lentoarea motorie (item 8), sentimentele de vinovatie (item 2), interese sociale (item 7) si simptome vegetative (item 13). La acesti itemi autorii au adaugat 4 altii itemi ce au legatura cu lentoarea psihomotorie: retardarea emotionala, intelectuala, verbala si motorie si un item privind oboseala si durerile (Bech ei colab. 1993, Bech si colab. 1986)[14,15]. Acesti itemi adaugati de Bech sunt exact acei itemi pe care Bech i-a adaugat la HDRS-17 pentru a face versiunea lui de HDRS-23 (Bech si colab. 1986), prezenetata in anexa Nr. 1. Astfel versiunea definitiva a scalei de melancolie are 11 itemi.

Itemi scalei sunt evaluati pe o scala Likert cu 5 ancore, de la 0 la 4. In anexa 3 se prezinta itemii scalei HDRS si MES si foaia de scor in cazul aplicarii scalei HDRS/MES.

Scala de melancolie a demonstrat a avea o buna validitate de constructie in diverse populatii, cu alte cuvinte, scorul total al MES reprezinta un "suficient statistic" (Maier si Philipp, 1985 si 1988)[xix,xx]. Cand a fost utilizata la batrani, analiza factoriala a confirmat ca MES reprezinta un singur factor (Marcos si Salamero, 1990)[xxi]. Cat priveste confidenta, corelatia interclase a aratat o foarte solida incredere intre cotatori (Chambon si colab. 1990; Komer si colab. 1990)[xxii,xxiii].

Scala MES s-a dovedit mult mai senzitiva la schimbarea tabolului depresiv sub interventii terapeutice decat scala Hamilton sau scala Montgomery-Asberg (Marcos si Salamero, 1990). [21].

Un scor MES de 29 sau mai mult este congruent cu diagnosticul de depresie majora din DSM-III, iar scorul de 10-14 reprezinta "mai putin decat depresie" si este echivalent cu scorul de sub 13 la HDRS (Bech, 1993)[xxiv]. Un scor de 15-20 indica o depresie usoara si un scor de 21-28 o depresie medie (Lam si colab. 2005).

4.3. SCALA DE DEPRESIE MONTGOMERY-ASBERG (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - MADRS)*

In anii '70 cand trialurile farmacologice au inceput sa fie la moda, s-a constatat ca multe scale de evaluare a depresiei sunt de fapt scale diagnostice sau simptometologice si nu sunt suficient de sensibile la schimbare pentru a decela cele mai mici modificari clinice ce s-ar putea petrece atunci cand un depresiv foloseste medicamente antidepresive. Scala MADRS a fost conceputa cu scopul de a avea senzitivitatea si acuratetea necesara studiilor psihofarmacologice. Ea a fost dezvoltata de Montgomery si Asberg (1979)[xxv] pornind de la itemii scalei Comprehensive Psychopathological Rating Scale -CPRS (Asberg si colab, 1978)[xxvi].

Selectia itemilor s-a bazat pe evaluarea cu scala CPRS a 106 depresivi ce implineau criteriile diagnostice a lui Feighner in timpul unui tratament de 4 saptamani cu variate antidepresive, evaluare care s-a facut de catre 2 clinicieni. In doua sedinte de selectare a itemilor s-au alers la inceput 17 itemi in functie de senzitivitatea lor (corelatia dintre schimbarea scorului la fiecare item si scorul general) ca mai apoi sa se selecteze doar 10 itemi cei mai sensibili care reprezinta structura finala a scalei MADRS: tristetea aparenta, tristetea raportata, tensiunea interna, reducerea somnului, reducerea apetitului, dificultatile de concentrare, lentoarea, incapacitatea de a simti, gandurile pesimiste si gandurile suicidare.

Scala Montgomery-Asberg este deci o scala de observatie care se refera la evaluarea simptomelor depresive cu trei zile in urma sau intr-un alt cadru de timp pe care investigatorul si-l poate stabili. . Fiecare item are o definitie operationala si este scorat pe o scala Likert cu 7 puncte in care "0" reprezinta absenta simptomului si "6" reprezinta frecventa si intensitatea cea mai mare a simptomului.

Snaith si colab. (1986)[xxvii] au prezentat urmatoarele plaje de scor pentru diferite severitati ale depresiei: 0-6 = absenta depresiei; 7-19 = depresie minora; 20-34 = depresie moderata si 35-60 = depresie severa. Scala MADRS este prezentata in anexa Nr. 4.

Scala prezinta o foarte buna confidenta intercotatori atat cand se ia in consideratie scorul total, cat si pentru fiecare item in parte si o buna validitate atunci cand a fost administrata concurent cu scala Hamilton de evaluare a depresiei, mai ales pentru depresia endogena (Davidson si colab. 1986)[xxviii]. Scoruri mai mari se obtin atunci cand scala este administrata de clinicieni comparativ cu persoane cu mai putin experimenta (Bech si colab. 1993)[15]. Atunci cand scala MADRS este aplicata in concurenta cu scala HDRS, scala Montgomery-Asberg prezinta o mai mare senzitivitate in identificarea cazurilor de depresie decat scala Hamilton.

Scala MADSR se foloseste mai ales pentru ca fiind mai scurta decat HDRS este mai simplu de administrat, iar pentru ca se bazeaza mai mult pe simptome psihice este utilizabila in tulburarile psihosomatice cand se doreste evaluarea comorbiditasii depresiei.

4.4. SCALA SPITALICEASCA DE ANXIETATE SI DEPRESIE (Hospital *Anxiety and Depression Scale - HADS*)

Scala de anzxietate si depresie spitaliceasca a fost dezvoltata de Zigmond si Snaith (1983) dupe un studiu facut pe pacientii ambulatori pendinte de un spital general. Aceasta scala este foarte simpla si a devenit extrem de populara in sectiile spitalicesti aplicata la pacienti cu diferite afectiuni. In 2014, o cautare pe internet pe site-ul PubMed a dat 1961 de articole stiintifice care utilizeaza aceasta scala (Stern, 2014).

Scala HADS este o scala de auto-evaluare si cuprinde 14 intrebari privind intensitatea trairilor depresive si anxioase. Fiecare item este evaluat pe o scala likert cu 4 ancore, de la 0 = , la 3 = totdeauna. Un scor de 8-10 indica prezenta de usoare depresie/anxietate, 11-14 intensitate medie si un scor de la 15 la 21 indica o intensitate severa a depresiei/anxietatii. Scala se prezinta in Anexa nr. 5. In constructia scalei, in amestecul de itemi pentru depresie si anxietate, autorii au pornit de la ideea ca anxietatea si depresiea sunt tulburari foarte frecvent asociate, aproape imposibil de distins una de alta.

Administrarea scalei ia in jude de 4-5 minute. Se recomanda ca subiectul sa citeasca cu glas tare fiecare intrebare si sa raspunda in functie de cum s-a simtit in ultima saptamana.

Scala s-a tradus in mai multe limbi si in toate studiile cross-culturale a produs un scor de validitate foarte bun (Bjelland si colab. 2002) la fel ca si notele de validitate (Herrman, 1997). De exmplu, in Norvegia, pe un lot de 17.384 de indivizi, scala s-a comportat expemplar in identificarea experientelor de depresie/anxietate (Sane si colab. 2003).

Datorita usurintei aplicarii ei si a confidentei in decelarea anxietatii/depresiei, scala HADS se recomanda a fi folosita in sectiile clinice ale spitalului general, pentru a decela cu caz ce necesita de depresie/anxietate ce necesita investigatii suplimentare, pentru a decela comorbiditatea afectiva din bolile generale, sau in practica curenta din cabinetele de medicina generala, psihiatrie sau psihologie clinica. Un scor de la 0 la 7 semnifica ca nu este vorba de nici o problema de depresie/anxietate, un scor de 8-10 indica un caz la limita iar un scor peste 11 indica prezenta unui caz ce necesita atentie suplimentara.

4.5. SCALELE DE DEPRESIE NEWCASTLE *(Newcastle Depression Scales)*

Aceste scale de observare sunt destinate sa deosebeasca depresia endogena/autonoma de depresia nevrotica/reactiva cu scopul de a identifica subiectii care raspund cel mai probabil la tratamentul somatic si mai ales la tratamentul electroconvulsiv (ECT) (Rabkin si Klein, 1987)[1]. Carney si colab. (1965)[xxix] au selectat 35 itemi considerati capabili sa distinga intre cele doua entitati, incluzand istoria bolii, istoria familiala, personalitatea si simptomatologia. Acesti itermi au fost evaluati la 129 pacienti depresivi inainte de de ECT si la 3 si 6 luni interval. Au fost alesi 10 itemi care au corelat cel mai inalt cu diagnosticul si acestia au constituit scala Newcastle versiunea 1968: personalitatea devianta, calitatea depresiei, scaderea in greutate, episoadele depresive anterioare, activitatea motorie, anxietatea, delirurile nihilistice, acuzarea altora si sentimentele de vinovatie. Fiecare item prezinta o definitie operationala si este evaluat pe o scala mergand de la 2 = item clar prezent, la 0 = item absent, iar ponderea fiecarui item este in functie de puterea discriminativa independenta a lui, si nu in functie de severitatea sau frecventa simptomului ca in cazul celorlalte scale de evaluare a depresiei.

Scorul total al scalei este dat de suma algebrica a "greutatii" fiecarui item. Un scor mai mare de +6 indica depresia endogena iar sub +5 depresia nevrotica sau reactiva (Carney & Sheffield, 1972)[xxx]. In anexa Nr. 6 se prezinta foaia de scor a scalei Newcastle-I.

In 1971 Gurney[xxxi] dezvolta a noua versiune (Newcastle-II) in care sunt introdusi noi itemi: debutul brusc, durata episodului prezent, stresorii psihologici, fobia, persistenta depresiei,

simptomele reactive, variatia diurna, insomnia de trezire, inhibitia motorie si delirurile. Scorarea itemilor se face la fel, iar greutatea lor in functie de ponderea lor discriminativa, dar plaja valorilor este diferita de la item la item, avand valori mai mari ca in cazul versiunii anterioare.

Scala Newcastle-I si II prezinta un indice de confidenta foarte bun (Gurney, 1971; Gjerris si colab. 1984)[xxxii],[34] si o validitate predictiva adecvata pentru diagnosticul de depresie endogena (Bech si colab. 1983)[xxxiii].

Utilizarea scalelor Newcastle I si II este oarecum restransa in spatiul anglo-saxon, dar valoarea lor stiintifica ramane intreaga.

4.6. INVENTARUL DE DEPRESIE BECK *(Beck's Depression Inventory - BDI)*

Ca si scala Hamilton, inventarul de depresie Beck este un prototip al scalelor de auto-evaluare (*self-rating*). Scala BDI a fost dezvoltata de Aaron Beck si colab. (1961)[xxxiv] ca un chestionar care este destinat sa evalueze severitatea simptomelor depresive.

Acest chestionar este compus din 21 de simptome (itemi), fiecare fiind evaluat dupa patru grade de severitate, de la 0 absent la 3 foarte sever. Fiecarui grad de severitate ii corespunzande o intrebare iar subiectul este invitat sa aleaga acea intrebare a carui raspuns i se potriveste cel mai bine. Aceasta inseamna ca inventarul Beck contine un total de 84 intrebari. Cele 21 simptome au fost alese din simptomatologia comuna a tulburarilor depresive si din literatura psihiatrica: dispozitia depresiva, pesimism, sentimentul eseculi, lipsa de satisfactie, sentimente de vinovatie, sentimentul pedepsei, auto-dezgust, autoacuzare, dorinte auto-punitive, plans, iritabilitate, retragere sociala, nehotarare, modificarea imaginii de sine, dificultati in munca, tulburari de somn, fatigabilitate, pierderea apetitului, pierderea in greutate, preocupari somatice, pierderea libidoului. Cu privire la felul cum a ales simptomele Aaron Beck spunea in 1967[xxxv] : "*In cursul psihoterapiei pacientilor depresivi am facut observatii sistematice si am inregistrat simptomele si atitudinile lor caracteristice. Am selectat un grup din aceste atitudini si simptome care par a fi specifice pacientilor depresivi si care au fost consistente cu descriptiile depresiei din literatura psihiatrica*".

Aceasta veresiune originala, numita si BDI-I a fost amendata prin adaugarea de patru noi itemi (agitatie, lipsa de valoare, dificultati de concentrare si scaderea energiei) pentru a corespunde criteriilor de diagnostic pentru episodul depresiv major din DSM-IV si versiunea s-a

numit BDI-II iar cadrul de timp pentru care subiectul este chemat sa evalueze a crescut de la ultima saptamana, la ultimele doua saptamani (Beck si colab. 1996; Steer si colab. 1999).

In anexa Nr. 7 se prezinta Inventarul de depresie Beck-I, iar in anexa Nr. 8 foaia de scor pentru BDI.

Scorul total al scalei se poate intinde de la 0 la 63. Cat priveste pragurile de scor, Beck recomanda un scor de 13 peste care se poate considera ca subiectul precinta o stare depresiva. Mai tarziu, Beck si Baumesderfer (1974)[xxxvi] recomanda un scor de 21 pentru a se obtine o populatie depresiva pura necesara in studii stiintifice, dar trebuie sa recunoastem ca aceste praguri au fost stabilite arbitrar, fara o metoda stiintifica. Dupa Beck si colab. (1988) scorul intre 0-16 indica depresie minima, intre 14-19 depresie usoara, intre 20-28 depresie moderata si intre 29-63 depresie severa.

In forma originala, BDI a fost administrata subiectului de un intervievator cu experienta clinica care citea cu glas tare fiecare intrebare, iar subiectul alegea ceea ce i se potrivea. Ulterior subiectului il citeste singur si coteaza singur alegerile sale, fiind o scala de auto-administrare. Bech si colab. (1981) gaseste ca procentajul de raspuns la toate intrebarile BDI este in medie de 96%[14] . Din experienta practica se constata ca motivatia pacientului de a completa chestionarul depinde de motivatia investigatorului de a explica valoarea instrumentului, scopul si de a obtine cooperarea lui.

Comparativ cu scala Hamilton, inventarul Beck contine mai multe simptome depresive si doar 6 simptome somatice, si spre deosebire de alte scale de evaluare a depresiei contine multe aspecte cognitive ale depresiei ceea ce face ca aceasta scala sa fie predilecta pentru evaluarea schimbarilor sub interventia psihoterapiilor cognitiv-comportamentale in tulburarile depresive.

Validitatea convergenta cu alte scale de auto-evaluare este relativ buna, astfel corelatia cu scala de depresie Zung este de 0,72 (Hautzinger si colab. 1995), inca corelatia dintre scalele de auto-evaluare ale depresiei si scalele de observatie ale depresiei este scazuta ceea ce iridica problema senzitivitatii si specificitatii scalelor de auto-evaluare!

Beck si colab. (1981) si Bech si colab. (1988)[xxxvii] au demonstrat scoruri inalte ale consistentei interne prin corelatiile dintre scorul fiecarui item si scorul total sau corelatia dintre scorurile jumatatiilor scalei sau prin metoda test-retest. Validitatea concurenta facuta prin administrarea BDI impreuna cu scale de evaluare clinica globala sau cu scala Hamilton au aratat scoruri moderate (Rabkin si Klein, 1987; Bech si colab. 1993; Richter si colab. 1998)[1,15].

Pornind de la intreaga scala DBI, Bech a construit o subscala cu 12 itemi care a demonstrat o validitate mai mare decat scala cu 21 itemi (Bech 1981)[14]. Itemii ei sunt prezentati in foaia de scor de la anexa Nr. 8.

Cu toate limitarile ei, scala BDI ramane una din cele mai uzitate scale de autoevaluare in depresie si scala de predilactie din evaluarea rezultatelor terapiilor cognitive din tulburarile depresive.

4.7. SCALA ZUNG DE AUTO-EVALUARE A DEPRESIEI *(Zung Self-Rating Depression Scale - SDS)*

Acest instrument a fost dezvoltat de Zung (1965)[xxxviii] cu scopul de a fi un instrument de auto-evaluare rapida a pacientilor cu depresie primara (vezi anexa Nr. 9). Este vorba o scala de apreciere a severitatii depresiei.

Scala SDS contine 20 itemi selectati conform experientei clinica a autorului si a literaturii de specialitate, itemi ce acopera trei domenii: afectivitate (2 itemi: 1, 17), simptome somatice (8 itemi: 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13) si simptome psihologice (10 itemi: 2, 3, 6, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 20). Subiectul este invitat sa evalueze fiecare item pe o scala Likert cu 4 ancore in functie de frecventa simptomului (1 = niciodata sau rar, 2 = uneori, 3 = o buna parte din timp, 4 = majoritatea timpului) in ultima saptamana. Scorul total este obtinut prin adunarea scorului fiecarui item si impartirea acestuia lui la scorul maxim posibil, respectiv 80, si inmultirea cu 100. Scorul obtinut se poate intinde de la 25 la 100.

Zung (1974)[xxxix] a furnizat pragurile scor (*cut-off points*) pentru mai mult nivele de severitate a depresiei: sub 50 = nu exista depresie; 50-59 = depresie minima sau usoara; 60-69 = depresie moderata; 70-99 = depresie severa.

Scala SDS este o scala de autoevaluare a severitatii depresiei dar poate fi folosita si in studiile epidemiologice din populatia generala pentru detectarea simptomelor depresive sau a “cazurilor” de depresie.

Conform studiilor intreprinse de Zung (1974 si 1990)[40], scorul mai mare de 50 la scala SDS identifica corect 88% din subiectii depresivi (senzitivitate = 0,88) si 88% din subiectii normali (specificitate = 0,88). In schimb, scala Zung nu poate distinge cu acuratete depresia psihotica sau depresia majora de depresia de severitate medie (Zung, 1974)[xl]. La fel, scala dovedeste o slaba sensibilitate la schimbare si deci nu se preteaza pentru a fi folosita in studii psihofarmacologice (Carroll si colab. 1973)[xli]. Validitatea scalei s-a studiat prin corelarea

scorurilor scalei Zung cu cele ale scalei Hamilton si indicii de corelatie au fost intre 0,68 si 0,76 (Biggs si colab. 1978).

Scala se administreaza subiectului sub forma unui chestionar care nu ia mai mult de 5 minute pentru completare. Instructajul pentru completarea scale este minim, dar totusi unii pacienti nu reusesc sa completeze corect scala fara ajutor. Indecizia, lentoarea sau dificultatile de concentrare ale subiectilor interfera semnificativ cu gradul de precizie a scalei SDS.

4.8. SCALA CARROLL DE EVALUARE A DEPRESIEI *(Carroll Rating Scale for Depression - CRS)*

Scala Carroll (1981)[xlii] este o adaptare a scalei de observatie Hamilton (HDRS) cu 17 itemi si transformarea ei intr-o scala de autoevaluare a depresiei. Itemii din HDRS care sunt scorati 0-4 sunt aici prezentati sub forma a patru afirmatii ce evidentiaza cresterea progresiva a depresiei, iar itemii scorati cu 0-2 din HDRS sunt reprezentati prin doua afirmatii, astfel ca intreaga scala CRS contine 52 afirmatii si scorul total maxim va fi de 52. Scala este prezentata in anexa Nr. 10). Pentru 40 afirmatii raspunsul pentru depresie va fi “da”, iar pentru 12 afirmatii raspunsul caracteristic pentru depresie va fi “nu”, subiectul fiind invitat sa evaluaze in functie de cum s-a simtit in ultima saptamana.

Exista si varianta lunga,cu 61 intrebari, "Caroll Depression Scales - Revised" care incearca sa raspunda la criteriile diagnostice DSM-IV si poate identifica depresia majora, tulburarea distimica, depresia cu trasaturi melancoliforme si depresia cu trasaturi atipice, precum exista si o versiune scurta doar cu 12 itemi.

Validitatea concurenta a scalei Carroll a fost evaluata in mai multe studii, prin corelarea scorului total CRS cu scorul altor scale de depresie, administrate in aceiasi sedinta de evaluare. Coreland scorurile la CRS si HDRS la 46 depresivi endogeni, Carroll si colab. (1973)[41] au gasit un indice de 0,85, iar cu alta ocazie, comparand scorurile la cele doua scale la 97 depresivi endogeni, Carroll si colab. (1981)[43] gasesc un indice de 0,80. Cand s-a comparat cu scala Beck indicele de validitate a fost de 0,86 (Beck si colab. 1996b).

Consistenta interna a fost evaluata prin corelarea scorurilor individuale ale itemilor cu scorul total si a fost gasita foarte satisfacatoare ceea ce subliniaza ca scala este consistenta cu scopul pentru care a fost construita[43]. Administrata impreuna cu alte scale la diferiti pacienti, Feinberg si colab. (1981)[xliii] gasesc ca CRS discrimineaza bine intre diversele grade de severitate

ale depresiei comparabil cu HDRS. Carlson si colab (2011) gasesc ca scala CES-D are o foarte buna consistenta interna (scor intre 0,73 si 0,88).

Scala Carroll este indicata in studii psihofarmacologice sau in evaluarea eficacitatii unei intervantii terapeutice si a fost construita tocmai pentru a suplini unele lipsuri care scala Zung le are datorita modului de constructie a ei.

Administrarea ei se poate face de catre un personal cu experienta clinica minima dupa un instructaj adecvat. Cu toate avantajele ei, scala Carroll nu este tot asa de des folosita astazi, lucru mai putin explicabil.

4.9. SCALA DE DEPRESIE A CENTRULUI STUDII EPIDEMIOLOGICE *(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D)*

Spre deosebire de celelalte scale prezentat pana acum, care erau destinate masurarii severitatii simptomelor depresive si chiar pentru scop diagnostic, scala CES-D a fost dezvoltata pentru a fi folosita in studii epidemiologice in populatia generala de Centru de Studii Epidemiologice a Institutului National de Sanatate Mentala SUA (Radloff, 1977)[xliv]. Evaluarea unei tulburari psihopatologice in populatia generala pune probleme specifice dintre care problema centrala este de a determina nivelul de afectare dincolo de care se poate considera ca s-a identificat un "caz" si ce grup de simptome este caracteristic acestuia. Scala CES-D masoara nivelul simptomatologiei depresive, in special a componentei afective, respectiv dispozitia depresiva, si astfel este capabila sa deceleze "cazul" de depresie din populatia generala.

Scala CES-D este o scala de auto-evaluare ce cuprinde 20 afirmatii referitor la felul cum un subiect se poate simti in ultimele 7 zile. Acesti 20 itemi au fost selectati din "pool-ul" itemilor depresivi care au fost validati ca atare de mai multe studii. Principalele componente sunt dispozitia depresiva, sentimentele de vinovatie si lipsa de valoare, sentimentele de neajutorare si pierderea sperantei, lentoarea psihomotorie, pierderea apetitului si tulburarile de somn. Numai patru itemi au fost frazati in directie pozitiva pentru a impiedica tendinta de a raspunde stereotip la intrebari. Scala CES-D este prezentata in anexa Nr. 11.

Fiecare item/raspuns este scorat pe o scara de la 0 la 3, in functie de frecventa de aparitie a simptomului: 0 = rar sau deloc (mai putin decat o zi), 1 = uneori sau putin timp (1-2 zile), ocazional sau un timp moderat (3-4 zile), majoritatea sau tot timpul (5-7 zile). Scorul total se obtine prin adunarea scorurilor itemilor individuali. Scorul total al scalei CES-D se poate

intinde de la 0 la 60, scorurile ridicate indicand prezenta de simptome mai multe sau frecventa mai mare de aparitie a lor. O problema majora este scorul prag dincolo de care se poate considera un respondent ca fiind "un caz de depresie". Majoritatea intervievatorilor au folosit scorul prag de 16. Comparand cu alte scale, Boyd si colab. (1982)[xlv] gasesc ca scorul de peste16 reuseste sa deceleze peste 99% din subiectii depresivi dintr-un esantion. Un scor de 16 este echivalent cu 6 simptome raportate ca aparand cea mai mare parte dintr-o saptamana sau peste jumatate din simptome pentru cateva zile (Rabkin si Klein, 1987)[1].

Cum am spus mai sus, scala a fost desemnata sa fie folosita in studii populationale, ca o scala de auto-evaluare. Ea se poate folosi si sub forma de chestionar. Administrarea ei se poate face de un operator fara experienta clinica si nu este influentata substantial de conditiile in care se desfasoara interviul. Scala este utilizabila in studiile privind relatia dintre depresie si alte variabile in diverse subgrupuri populationale, asa cum s-a folosit oamenii in varsta de catre Lyness si colab. 1997 sau la adolescenti de catre Santor si colab. 1995. .

Privitor la caracteristicile psihometrice de calitate ale scalei CES-D, Roberts si Veron (1983)[xlvi] au aratat ca scala are o buna consistenta interna si a buna confidenta test-retest. Comparand sensibilitatea de decelare a "cazului" de depresie intre CES-D si SADS (Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia), Myers si Weissman (1980)[xlvii] gasesc ca scala CES-D este superioara. Pe un lot de 482 de subiecti, senzitivitate scalei a fost de 64% (din 100 depresivi 64 au fost identificati corect) iar specificitatea de 94% (din 100 non-depresivii scala CES-D a decelat corect 94)[46].

Zimmerman (1983) face o critica a scalei CES-D spunand ca i) itemii scalei nu sunt extrasi din simptomele esentiale ale depresiei si sunt prezenti si in alte sindroame psihopatologice (de ex. singuratatea, frica, senzitivitatea); ii) itemii nu acopera criteriile de diagnostic ale depresiei (de ex. lipseste ideatia suicidara, vinovatia, lipsa de interes, etc); iii) modalitatea de scorare nu este adecvata, la scorul total participand simptomele in functie de frecventa, dar nu se specifica severitatea lor, ceea ce este mult mai important in conturarea diagnosticului de depresie (Zimmerman, 1983)[xlviii].

In concluzie, CES-D poate fi considerara doar un indicator general al prezentei depresiei clinice in comunitate si ar fi o pretentie prea mare de a crede ca poate diferentia diferitele forme de depresie clinica. Personal, am folosit scala CES-D intr-un studiu asupra prevalentei depresiei intr-o sectie de medicina interna[xlix] evidentiind o buna fezabilitate si acceptabilitate.

4.10. INVENTARUL LUI ZIMMERMAN DE DIAGNOSTIC AL DEPRESIEI
(Zimmerman Inventory to Diagnose Depression - IDD)

Dupa cum se vede, majoritatea scalelor de evaluare a simptomelor depresive au fost dezvoltate inainte de aparitia criteriilor operationale de diagnostic unanim recunoscute, precum cele din Clasificarea Internationala a Bolilor -9 sau DSM-III, manuale actuale la vremea cand majoritatea scalelor au fost concepute. Aceste scale au fost construite in special pentru a cunatifica severitatea depresiei si mai putin pentru diagnosticul ei. Aceasta a generat rezultate conflictuale intre studiile care folosesc scale de evaluare a depresiei si cele care folosesc criteriile operationale de diagnostic (Boyd si colab. 1982)[46].

Pentru a suplini aceste carente, Zimmerman si colab. (1986)[1] construiesc o scala de auto-evaluare cu scopul de a furniza diagnosticul depresiei majore conform criteriilor operationale din DSM-IV: Inventarul de Diagnostic al Depresiei - IDD. Acest inventar difera de instrumentele existente de pana atunci prin trei caracteristici: i) IDD acopera intreaga plaja de simptome folosite la diagnosticul depresiei majore; II) fiecare simptom este judecat in functie de severitatea lui si participa la scorul scalei in functie de ea, si iii) inventarul ia in consideratiei durata fiecarui simptom, pentru perioada ultimelor doua saptamani.

Inventarul cuprinde 22 de grupe a cinci afirmatii, fiecare grupa acoperind un simptom, iar cele cinci afirmatii fiind cinci grade de severitate a simptomului (de la 0 la 4). Formularul scalei este oferit subiectului evaluat si completarea ei ia aproximativ 10-15 minute. Calcurarea scorului de catre evaluator ia in jur de 5 minute. Autorii prezinta si o versiune computerizata a IDD care se bazeaza pe programul SPSS (*Statistical Package for Social Sciences)*. Exista trei versiuni ale scalei IDD: 1) versiunea "*past week"* care este versiunea pentru diagnosticul depresiei conform DSM-IV si RDC si care contine intrebari privitor la durata simptomelor, 2) versiunea"*lifetime"* si 3) versiunea pentru monitorizarea raspunsului la tratament. In anexa nr. 12 se prezinta versiunea "*past week"*.

Modul de scorare al scalei este destul de complicat datorita faptului ca trebuie sa se tina seama la fiecare item de severitatea lui, ce criteriu diagnostic acopera si durata lui. Astfel, un scor de 0 semnifica nici o tulburare, scorul de 1 sugereaza o severitate subclinica a simptomelor, iar scorul de peste 2 indica ca simptomul este prezent. Pentru ca diagnosticul de depresie majora sa fie pus trebuie ca scorul sa fie minimum 2 la itemii 1 (dispozitie scazuta), 5 (scaderea

intereselor), 6 (scaderea placerii), 20 (pierderea sperantei) si 21 (iritabilitate) care acopera criteriul DSM-IV: “dispozitia disforica sau pierderea intereselor sau placerii in majoritatea sau toate activitatile uzuale” si scorul de peste 2 la minimul patru criterii din urmatoarele simptome (care sa dureze cel putin 2 saptamani): scaderea/cresterea apetitului sau greutatii (itemii 13, 14, 15 si 16); insomnie/hipersomnie (itemii 17,18); agitatie/lentoare psihomotorie (itemii 3,4); pierderea intereselor/placerii sau scaderea interesului sexual (itemii 5, 6 si 7); scaderea energiei, oboseala (itemul 2); sentimente de inferioritate, autoreprosuri, vinovatie (itemii 8 si 9); diminuarea concentrarii, lentoare ideativa, nehotarare (itemii 11 si 12) si ganduri recurente de moarte si ideatie suicidara (itemul 10).

Scala IDD a prezentat un inalt grad de validitate atunci cand a fost administrata la 630 subiecti impreuna cu Diagnostic Interview Schedule (DIS). Confidenta la administrarea test-retest a fost la fel foarte buna (Zimmerman si Coryell, 1988)[li]. In alt studiu, IDD a prezentat o senzitivitatea (procentul de recunoastere a cazurilor) de 80% si o specificitate (procentul de recunoastere a non-cazurilor) de 98,5% (Zimmerman si Coryell, 1987)[lii].

Desi scala IDD a fost construita pentru a furniza rapid un diagnostic, autorii recomanda ca ea poate fi folosita si in studii in populatia generala ca instrument de screening.

4.11. SCALA CALGARY DE EVALUARE A DEPRESIEI DIN SCHIZOFRENIE *(Calgary Depression Scale for Schizophrenia – CDSS)*

Evaluarea depresiei in schizofrenie este o problema delicata, depresia fiind comuna atat in forma acuta cat si in cea cronica de schizophrenie, coexistand alaturi de cele trei dimensiuni definitorii ale schizofreniei: simptomele positive, negative si de dezorganizare. Depresia din schizofrenie ar aparea printr-un mecanism psihologic in conditiile in care subiectul are experienta subiectiva a deficitului de functionare mentala normala sau printr-un mecanism neuronal, depresia putand avea originea in insasi perturbarile neurobiologice bazale ale schizophreniei (Liddle si colab. 1993)[liii].

Simptomele depressive pot fi bine explorate prin scale "Calgary Depression Scale for Schizophrenia" - CDSS, scala dezvoltata de Addington si colab. (1992)[liv]. Scala este desemnata sa identifice prezenta depresiei si sa o deosebeasca de alte conditii psihopatologice cu care s-ar putea confunda, precum simptomele negative sau simptomele extrapiramidale. Acest instrument se bazeaza pe un interviu semi-structurat si pe observatia intervievatorului. Scala cuprinde 8

itemi de explorat (depresia, lipsa de speranta, lipsa de valoare, vinovatia, depresia de dimineata, insomnia de dimineata si suicidul) si un item cotat exclusive de observator (depresia observata). Fiecare intem este cotat pe o scara Likert cu 4 ancore, cu o plaja de la 0 (absent) la 3 (sever). Cotatorului i se sugereaza pentru fiecare item o serie de intrebari din care doar prima trebuie frazata ca atare, restul putand fi modificate dupa dorinta si experienta intervievatorului. Un scor peste 6 ar indica prezenta semnificativa clinica a depresiei la subiectul testat. Scale este prezentata in anexa Nr. 13.

Analiza factoriala a scorurile realizate cu CDSS a evidentiat trei factori: depresie generala, factorul cognitive si trezirea de dimineata (Addington si colab. 1996)[lv]. Cercetari recente au confirmat acesti factori si au evidentiat ca cel putin doua dimensiuni sunt caracteristice depresiei la schizofreni: i) depresia cu lipsa de speranta si ii) ideile de vinovatie adesea legate de ideile de referinta (Maggini si Raballo, 2006)[lvi].

Scala Calgary de depresie s-a dovedit superioara in decelarea si evaluarea severitatii depresiei al schizofreni atunci cand a fost comparata cu alte scale traditionale. Astfel. Kim si colab. (2006)[lvii] compara validitatea diagnostica a scalei Calgary cu a scalelor de depresie Beck, Hamilton si a subscalei de depresie din PANSS. Studiul a comparat curbele ROC (Receiver Operating Characteristic) ale celor patru scale si a reiesit fara tagada ca suprafata de sub curba ROC a scalei de depresie Calgary este mai mare decat in cazul celorlalte instrumente, deci validitatea diagnostica a scalei Calgary este mai mare. Curba ROC integreaza senzitivitatea si sensibilitatea unei scalei in decelarea cazurilor fals positive si fals negative comparative cu cele fals negative si fals positive. Aceste rezultate conforma studiul mai vechi a lui Collins si colab (1996)[lviii] care arata ca doar scale Calgary, comparative cu alte instrumente, era capabila sa deosebeasca depresia din schizofrenie de simptomele negative.

Ca o pretuire a scalei Calgary, mai multe articole prezinta studii de validitate a versiunilor nationale ale scalei, precum cea franceza (La con si colab., 1999)[lix], germana (Muller si colab. 1999)[lx], spaniola (Sarro si colab. 2004)[lxi] sau greaca (Kontaxakis si colab. 2000)[lxii].

4.12. SCALA EDINBURGH DE DEPRESIE POSTNATALA *(Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS)*

Depresia este cea mai comuna complicatie de dupa nastere si se intalneste in aproximativ 13% din femeile care au nascut (O'Hara si Swain, 1996)[lxiii]. Daca nu este correct identificata si

tratata depresia postpartum are cele mai mari sanse sa evolueze cronic. Cea mai frecventa cauza incriminata in aparitia depresiei postpartum este declinul rapid al hormonilor gonadici de dupa nastere. Alaturi de aceste modificari hormonale, evenimentele stressante, discordia familiala si istoria familiala de tulburari afective sunt factori care cresc probabilitatea aparitiei depresiei postpartum (Wisner si colab. 2002)[lxiv]. Un studiu care a cuprins un lot de 5.262 femei, a conturat si alti factori de risc precum istoria familiala de tulburari psihiatrice, nivelul crescut de stress in ultimul trimestru de sarcina si izolarea sociale (Forman si colab. 2000) [lxv].

Scala Edinburgh de depresie postnatala (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS) a fost dezvoltata de Cox si colab. (1987)[lxvi] pentru a ajuta medicii de medicina generala de a detecta femeile suferind de depresie postpartum. Scala a fost conceputa si testata in centrele de sanatate din Livingston si Edinburg si consta in 10 intrebari iar femeia testata trebuie sa aleaga un raspuns din patru eventualitati furnizate de scala referitor la felul cum s-a simtit in ultima saptamana. Scorul maxim este de 30 iar un scor peste 10 tradeaza o posibila depresie; un scor peste 13 sugereaza o depresie de severitate moderat spre sever. Evaluatorul este invitat sa se uite totdeauna la intrebarea 10-a, despre gandurile suicidare, pentru a decela din timp un posibil risc.

Studiile de validitate arata ca scala identifica correct 92,3% din femeile care sufera de depresie postpartum. Scala reuseste sa discearna aceste cazuri de tulburari anxieoase, fobice sau de tulburarile de personalitate.

Scala EPDS s-a dovedit un instrument foarte robust pentru decelarea femeilor cu risc de depresie postpartum si este folosita pe larg in activitatile de screening. Ea a fost folosita in diferite spatii culturale si a dovedit o buna sensitivitate (86%), specificitate (78%) si valoare predictive (73%) (Rowley, 2002)[lxvii]. Totusi ea nu se poate substitui unui examen clinic competent. Un studiu care compara trei scale de decelare timpurie de depresiei postpartum, Scala Edinburgh, Inventarul de predictie a depresiei postpartum (Postpartum Depression Prediction Inventory) si Scala de screening a depresiei (Postpartum Depression Screening Scale) a aratat ca rezultatele la EPDS coreleaza semnificative cu cele obtinute la inventarul de predictie a depresiei postpartum, un instrument mai recent si mai sofisticat (Hanna si colab. 2004)[lxviii]. In plus, scala EPDS s-a dovedit a furniza rezultate stabile atunci cand evaluarile sunt repetate si prezinta trei factori de structura: factorul “depresie” cu intrebarile 1,2 si 8, factorul “anxietate” cu intrebarile 3,4 si 5 si factorul “suicid” cu intrebarea 10 (Brouwers si colab. 2001)[lxix]. Scala Edinburgh de depresie postnatala este prezentata in anexa Nr. 14.

4.13. SCALA LIPSEI DE SPERANTA BECK (Beck Hopelessness Scale - BHS)

Scala lipsei de speranta a lui Beck (Beck Hopelessness Scale - BHS) a fost dezvoltata de Beck si colab. (1974) ca un instrument de auto-evaluare pentru a masura sentimentele de lipsa de speranta, respectiv sentimentele de pesimism, de viitor sumbru si de pierderea motivatiei. Beck a denumit lipsa de speranta ca o asteptare negativa generalizata asupra viitorului. Avceasta asteptare negativa este cel mai important factor de risc pe termen lung al suicidului (Joiner si colab. 2005).

Manualul scalei a fost publicate de Back si Steer in 1988. Scala BHS este prezentata in Anexa nr. 15.

Scala BHS este o scala de auto-evaluare cu 20 itemi si completarea ei ia intre 5 si 10 minute. Prin fiecare item subiectul se evalueaza pesimismul si rejeteaza optimismul cotand intrebaile cu "adevarat' sau "fals" referitor la trairile din timpul ultimei saptamani. Itemii sunt astfel cotati fie cu 1, fie cu O si astfel scorul total se poate intinde de la 0 la 20. Un scor de 0-3 este considerat ca indicand absenta total a lipsei de speranta, scorul de 4-8 indica o lipsa de speranta usoara, 9-14 nivel mediu si peste 14 lipsa severa de speranta.

Beck si Streer (1988) au raportat o confidenta interna inalta in diferite populatii clinice sau nu, indicele mergend de la 0,87 la 0,93. La fel s-a obtinut si un foarte bun scor la confidenta test-retest.

Rush si colab. (1982) au constata ca scala are o buna sensibilitate la schimbare si astfel scorurile scad odata cu imbunatatirile ce se obtin la pacientii implicati intr-un program de terapie cognitiv-comportamentala.

Prin analiza factoriala, Back si colab. (1974) au decelat trei factori: sentimente asupra viitorului, lipsa de motivatie si asteptarile fata de viitor. Steer si colab. (1997) recomanda totusi ca scala sa fie considerata ca unifactoriala. La aceeasi concluzie ajunge si Aish si Wasserman (2001) care au aratat ca o structura mai simpla a fost suficienta pentru a realiza corelatiile dintre itemi si chiar ca este posibil de a reduce numarul de itemi pentrua evalua lipsa de speranta.

Analiza de validitate arata o corelatie cu scalele de depresie, ideatie suicidara si intentia de suicid (Beck si colab. 1990; Streer, 2001). Din aceasta cauza scala BHS poate fi folosita ca o indicatie confidenta aasupra suicidalitati subiectului testat. McMillan si colab (2007) intreprind o meta-analiza a 1600 de studiilor despre suicid si comportament auto-daunator si gasesc din care 68 mentioneaza lipsa de speranta ca si factor explicit in comportamentul suicidar sau de auto-

vatamare corporala.Pe acest esantion autorii calculeaza specificitatea si senzitivitatea factorului de lipsa de speranta in predictarea comportamentului suicidar sau "self-harm" si gasesc ca pragul de scord de 9 al scalei BHS este corect pentru a indica prezenta acestui risc. Aceste rezultate releva importanta scalei acesteia atat in decelarea depresiei lagate de lipsa de speranta, dar si a intentiilor suicidare sau de auto-vatamare.

Bibliografie:

Addington D, Addington J, Matincka-Tyndale E. (1992): Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. Schizophr Res, 6: 201–208.

Addington D, Addington J, Atkinson M. (1996): A psychometric comparison of the Calgary depression scale for schizophrenia and the Hamilton depression rating scale. Schizophr Res: 9: 205–212.

Aish AM, Wasserman D (2001): Does Beck's Hoplessness Scale relly measure several components? Psychological Medicine, 31: 367-372.

Asberg M, Montgomery SA, Perris C et al (1978): A Comprehensive Psychopathological Rating Scale, Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 272.

Bech P, Rafaelsen OJ (1980): The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale, Acta Psychiatrica Scandinavica, 62, suppl.285: 128-131

Bech P (1981): Rating Scales for Affective Disorders: Their Validity and Consistency, Acta Psychiatrica Scandinavica, 64, suppl. 295.

Bech P, Gjeris A, Andersen J et al (1983): The Melancholia Scale and the Newcastle Scales, Brit.J.Psychiatry, 143: 58-63.

Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ (1986): Mini-compendium of rating scales for anxiety, depression, mania, schizophrenia with coresponding DSM-III syndromes, Acta Psychiatrica Scandinavica, 73, Suppl.326.

Bech P (1993): Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life, Heidelberg: Springer Verlag.

Bech P, Malt UF, Dencker SJ et al (1993): Scales for Assessment of Diagnosis and Sevewrity of Mental Disorders, Acta Psychiatrica Scandinavica, 87, suppl. 372.

Bech P (1996): Utilizarea corecta a scalelor de evaluare in depresie, in Depresii - Noi Perspective, R Vrasti & M Eisemann (Eds.) Bucuresti: All Publ.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al (1961): An inventory for measuring depression, Arch.Gen.Psychiatry, 4: 561-571

Beck AT (1967): Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck AT, Beamesderfer A (1974): Assessment of depression: The Depression Inventory, in Psychological Measurement in Psychopharmacology, P Pichot (Ed.), Basel: Karger.

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974): The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42: 861–865.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation, Clinical Psychology Review, 8(1): 77-100

Beck AT, Steer RA (1988): Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, Tex: Psychological Corporation.

Beck AT, Brown G, Berchick RJ, et al (1990): Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients, Am J Psychiatry, 147(2): 190–195.

Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W (1996a): Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. J Pers Assess., 67: 588–597.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996b). Manual for the Beck Depression Inventory (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Biggs JT, Wylie LT, Ziegler VE (1978): Validity of the Zung Self-rating Depression Scale. Br J Psychiatry, 132: 381–385

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D (2002): The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review, J Psychosom Res., 52**:** 69–77.

Boys JH, Weissman M, Thompson W, Myers JK (1982): Screening for depression in a community sample: Understanding the discrepancies between depression symptom and diagnostic scales, Arch.Gen. Psychiatry, 39: 1195-1200.

Brouwers EP, Van Baar AL & Pop VJ (2001): Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety? Journal of Psychosomatic Research**,** 51: 659–663.

Carney MW, Roth M, Garside RF (1965): The diagnosis of depressive syndromes and production of ECT response, Brit.J.Psychiatry, 111: 659-674.

Carney MW, Sheffield PB (1972): Depression and the Newcastle scales: Their relation to Hamilton's scale, Brit.J.Psychiatry, 121: 35-40.

Carlson M, Wilcox R, Chou C et al (2011): Psychometric properties of reverse-scored items on the CES-D in a sample of ethnically diverse older adults, Psychological Assessment, 23: 558–562.

Carroll B, Fielding J, Blashki T (1973): Depression rating scales: A critical review, Arch.Gen.Psychiatry, 28: 361-366.

Carroll BJ, Feinberg M, Smouse PE et al (1981): The Carroll Rating Scale for Depression, 1. Development, reliability and validation, Brit.J.Psychiatry, 138: 194-200.

Chambon O, Cialdella P, Kiss L, Poncet F (1990): Study of unidimensionality of the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES) using Rasch analysis in a French sample of major depressive disorders, Pharmacopsychiat., 23: 243-245.

Cicchetti D, Prusoff B (1983): Reliability of depression and associated clinical symptoms, Arch.Gen.Psychiatry, 40: 987-990.

Collins AA, Remington G, Coutler K, Birkett K (1996): Depression in schizophrenia: a comparison of three measures, Schizophrenia Research, 20: 205-209.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R, (1987): Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, Britich Journal of Psychiatry, 150:782-786.

Cronholm B, Ottoson JO (1960): Experimental studies of the therapeutic action of electroconvulsive therapy in endogenous depression, in Experimental studies of the mode of action of electroconvulsive treatment, JO Ottoson ed. Acta Psychiat. Neurol. Scand., 145:69-97

Cusin C, Yang H, Yeung A, Fava M (2010): Rating scale for depression, in L Baer, MA Blais (Eds.): Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health, New York: Humana Press.

Davidson J, Turnbull CD, Strickland R et al (1986): The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity, Acta Psychiatrica Scandinavica, 73: 544-548

Endicott J, Cohen J, Nee J et al (1981): Hamilton Depression Rating Scale, Arch.Gen.Psychiatry, 38: 98-103.

Feinberg M, Carroll BJ, Smouse PE, Rawson SG (1981): The Carroll Rating Scale for Depression. III. Comparison with other rating instruments, Brit.J.Psychiatry, 138:2 05-209

Forman DN, Videbech TP, Hedegaard M, Salvig JD, Secher NJ (2000): Postpartum depression: Identification of women at risk, British Journal of Obstetrics and Gynecology, 107: 1210-1217

Gastpar M, Gilsdorf U (1990): The Hamilton Depression Rating Scale in a WHO collaborative program, in The Hamilton Scales (Psychopharmacology Series 9). Edited by Bech P, Coppen A. Berlin, Springer-Verlag.

Gjerris A, Beck P, Bojholm S et al (1984): The Melancholia Scale, the Newcastle Scales, and the Eight International Classification of Disease: inter-observer reliability and diagnostic validity, in Biological psychiatry, Recent Studies, Depressive Illness. G Burrows et al (Eds.), London: J Libbey Co.

Gurney C (1971): Diagnostic scales for affective disorders, Proc.5th Wld Congr.Psychiat. p.330, Mexico City.

Guy W (1976): ECDEU Assessment Manual for Psychopathology, DHEW Publication N0.76-338, Washington DC; Government Printing Office.

Hamilton M (1960): A rating scale for depression, J.Neurol.Neurosurg.Psychiat., 23:56-62

Hamilton M (2000): Hamilton rating scale for Depression (Ham-D), in Rush AJ (Ed.): Handbook of psychiatric
measures. Washington DC, APA.

Hanna B, Jarman H, Savage S (2004): The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression, International Journal of Nursing Practice, 10: 72–79.

Hautzinger M, Beiler M, Worall H, et al (1995): Beck-Depressions-Inventar (BDI) Testhandbuch. 2nd ed. Bern: Huber.

Hedlund JL, Vieweg BW (1979): The Hamilton Rating Scale for Depression: A comprehensive review, Journal of Operational Psychiatry, 10: 149-165.

Hedlund JL, Vieweg BW (1979): The Zung self-rating depression scale: A comprehensive review, Journal of Operational Psychiatry, 10: 51-64.

Herrmann C (1997): International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results, J Psychosom Res., 42**:** 17–41.

Hoojer C, Zitman FG, Griez E et al (1991): The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS): Changes in scores as a function of training and version used, J.Affective Disord. 22: 21-29.

Joiner TE, Brown JS, Wingate LR (2005): The psychology and neurobiology of suicidal behavior. Annual Review of Psychology,56: 287–314.

Korner A, Nielsen BM, Eschen F et al (1990): Quantifying depressive symptomatology: intrer-rater reliability and inter-item correlation, J.Affect.Dis, 20: 143-149.

KontaxakisU VP, Havaki-Kontaxaki BJ, Margariti MM et al (2000): The Greek version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia, Psychiatry Research 94: 163-171

Lam RW, Michalak EE, Swinson RP (2005): Assessment Scales in Depression, Maia and Anxiety, London: Taylor & Francis.

Lancon C, Auquierb P, Reinea G, et al (1999): Evaluation of depression in schizophrenia: psychometric properties of a French version of the Calgary Depression Scale, Psychiatry Research, 89: 123-132.

Liddle PF, Barnes TRE, Curson DA. (1993): Depression and the experience of psychological deficits in schizophrenia. Acta Psych Scand, 88: 243–7.

Lyness JM, Noel TK, Cox C et al (1997): Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. Arch Intern Med., 157(4): 449–454.

Maggini C, Raballo A (2006): Exploring depression in schizophrenia, European Psychiatry, 21: 227-232.

Maier W, Philipp M (1985): Comparative analysis of observer depression scales, Acta Psychiatrica Scandinavica, 72: 239-245.

Maier W, Philipp M, Heuser I et al (1988): Improving depression severity assessment. Reliability, internal validity and sensitivity to change of three observer depression scales, J.Psychiatr.Res., 22: 3-12.

Marcos T, Salamero M (1990): Factor study of the Hamilton Rating Scale for Depression and the Bech Melancholia Scale, Acta Psychiatrica Scandinavica, 82: 178-181.

McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L (2007): Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analisis, Psychological Medicine, 37: 769-778.

Montgomery SA, Asberg M (1979): A nre depression scale designed to be sensitive to change, Brit. J. Psychiatry, 134: 382-389.

Muller MJ, Marx-Dannigkeitb P, Schlosser R, et al (1999): The Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia: development and interrater reliability of a German version (CDSS-G), Journal of Psychiatric Research 33: 433-443.

Myers J, Weissman M (1980): Use a self-report symptom scale to detect depression in a community sample, Am.J.Psychiatry, 137: 1081-1084

O'Brien KP, Glaudin V (1988): Factorial structure and factor reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression, Acta Psychiatrica Scandinavica, 78:113-120.

O'Hara MW, Swain AM. (1996): Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis. Int Rev Psychiatry 8:37-54.

Potts MK, Daniels M, Burnam MA, Wells KB: A structures interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: Evidence of reliability and versatility of administration

Rabkin JG, Klein DF (1987): The clinical measurement of depressive disorders, in The Measurement of Depression: Clinical, Biological, Psychological and Psychosocial Perspectives, A Marsella, R Hirschfeld & M Katz (Eds.), New York: Guilford Press.

Radloff LS (1977): The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population, Aplied Psychological Measurement, 1: 385-401.

Rehm L, O'Hara M (1985): Item characteristics of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res 19: 31–41.

Reynolds WM, Kobak KA (1995): Reliability and validity of the Hamilton Depression Inventory: a paper- and-pencil version of the Hamilton Rating Scale Clinical Interview. Psychological Assessment 7:472–483.

Rhoades HM, Overall JE (1983): The Hamilton Depression Scale: Factor scoring and profile classification, Psychopharmacology Bulletin, 19: 91-96.

Richter P, Werner J, Heerlein A et al (1998): On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. Psychopathology, 31(3): 160–168.

Roberts RE, Veron SW (1983): The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: its use in a community sample. Am.J.Psychiatry, 140: 41-46.

Rowley C. (2002): The utility of the EPDS for health visiting practice. Community Practitioner, 75: 385–389.

Rush AJ, Beck AT, Kovacs J, et al (1982): Comparison of the effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and selfconcept, American Journal of Psychiatry, 130: 862-866

Rush AJ, Kraemer HC, Sackeim HA et al (2006): Report by the ACNP Task Force on response and remission in major depressive disorder, Neuropsychopharmacology, 31: 1841-1853.

Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE, Tell GS (2003): Hordaland Health Study. Occupational differences in levels of anxiety and depression: the Hordaland Health Study, J Occup Environ Med., 45**:** 628–638.

Santor DA, Zuroff DC, Ramsay JO et al (1995): Examining scale discriminability in the BDI and CES-D as a function of depressive severity. Psychological Assessment, 7: 131–139.

Sarro S, Duenas RM, Ramırez N, et al (2004): Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia, Schizophrenia Research 68: 349– 356.

Snaith RP, Harrop FM, Newby DA, Teale C (1986): Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales, Brit.J.Psychiatry, 148: 599-601.

Steer L (2001): Further validity and reliability evidence for Beck Hopelessness Scale scores in a nonclinical sample, Educational and Psychological Measurement, 61: 303–316.

Steer RA, Beck AT, Brown GK (1997): Factors of the Beck Hopelessness Scale: fact or artifact? Multivariate Experimental Clinical Research, 11(3): 131-144.

Steer RA, Clark DA, Beck AT, Ranieri WF (1999): Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. Behav Res Ther., 37: 183–190.

Stern AF (2014): The Hospital Anxiety and Depression Scale, Occupational Medicine, 64:393-394

Sung-Wan Kim, Su-Jung Kim, Bo-Hyun Yoon, et al (2006): Diagnostic validity of assessment scales for depression in patients with schizophrenia, Psychiatry Research 144: 57– 63.

Tyrer P, Methuen C (2007): Rating Scales in Psychiatry, London, RCPsych Publication.

Vrasti R, Eisemann M (1996): Depresii - Noi Perspective, Bucuresti: All Publ.

Wetzler S,. Van Praag HM (1989): Assessment of depression, in: Measuring Mental Illness: Psychometric Assessment for Clinicians, S Wetzler (ed.), Washington DC: American Psychiatric Press Inc.

Williams JBW (1988): A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale, Arch.Gen.Psychiatry, 45: 742-747.

Wisner KL, Parry BL, Piontek CM (2002): Postpartum depression, New England Journal of Medicine, 347: 194-199.

Zigmond AS, Snaith RP (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale, Acta Psychiatr Scand; **67:** 361–370.

Zimmerman M (1983): Self-report depression scales (letter), Arch.Gen.Psychiatry, 40: 1035

Zimmerman M, Coryell W, Corenthal C, Wilson S (1986): A self-report scale to diagnose major depressive disorder, Arch.Gen.Psychiatry, 43: 1076-1080.

Zimmerman M, Coryell W (1988): The validity of a self-report questionnaire for diagnosing major depressive disorder, Arch.Gen.Psychiatry, 45: 738-740.

Zimmerman M, Coryell W (1987): The Inventory to Diagnose Depression (IDD): A self-report scale to diagnose major depressive disorder, J.Consult.Clin.Psychol., 55: 55-59.

Zung W (1965): A self-rating depression scale, Arch.Gen.Psychiatry, 12: 63-70.

Zung W (1974): The measurement of affect: Depression and anxiety, in P. Pichot (Ed.): Psychological Measurement in Psychopathology, Basel: Krager.

Zung WW (1990). The role of rating scales in the identification and management of the depressed patient in the primary care setting, J Clin Psychiatry, 51, Suppl:72–6.

- oo O oo -

Anexa Nr. 1

SCALA HAMILTON DE EVALUARE A DEPRESIEI

(HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE - HDRS)

(versiunea Per Bech, 1986)

Din "*Depresii – Noi Perspective*"
Radu Vrasti & Martin Eisemann (editori)
Editura All, Bucuresti, 1993

Numele subiectului: _____

Data evaluarii: _____

Evaluator: _____

BIFEAZA RASPUNSUL POTRIVIT PENTRU FIECARE ITEM

1. Dispozitia depresiva

Acest item acopera atat comunicarea verbala cat si cea nonverbala privind tristetea, pierderea sperantei, disperarea si neajutorarea

0 Dispozitie neutra
1 Atunci cand nu este sigur daca pacientul este mai nefericit sau depresiv ca deobicei. De ex. pacientul indica vag ca este mai depresiv ca deobicei
2 Atunci cand pacientul este mai preocupat de experientele neplacute desi nu se simte deznadajduit sau neajutorat
3 Pacientul prezinta in mod evident semne nonverbale de depresie si/sau in anumite momente este coplesit de neajutorare si deznadejdie
4 Interviul este dominat de remarcile pacientului privind nenorocirea sau neajutorarea sa sau semne nonverbale ce dovedesc aceasta, fara a i se putea distrage atentia de la acestea.

2. Autodeprecierea sau sentimentul de vinovatie

Acest item acopera scaderea stimei de sine si sentimentul de vinovatie.

0 Nu exista autodepreciere si sentimente de vinovatie
1 Nu se poate preciza daca sunt prezente mentimente de culpa din cauza ca pacientul este preocupat doar de faptul ca in cursul actualului episod a fost o povara pentru familie si colegi
2 Autodepreciere sau sentiment de vinovatie ce sunt prezente in mod mai pregnant pentru ca pacientul este preocupat de evenimente ce au avut loc in trecut
3 Pacientul sufera de sentimente de culpamai pronuntate. Poate exprima sentimentul ca suferinta actuala este in oarecare masura o pedeapsa. Se poate cota 3 atata timp cat pacientul poate constientiza faptul ca opinia sa este nefondata
4 Sentimentele de culpa sunt sustinute cu fermitate si rezista la orica contraargumente astfel incat au devenit idei paranoide.

3. Impulsuri suicidare

0 Nu exista impulsuri suicidare

1 Pacientul considera ca viata nu are nici o valoare insa nu exprima dorinta de a muri
2 Pacientul doreste sa moara dar nu are planuri sa-si ia viata
3 Este probabil ca pacientul mediteaza sa-si ia viata
4 Daca pe parcursul zilei de dinaintea interviului pacientul a incercat sq comitq suicidul sau dacq pacientul este internat si in supraveghere din cauza riscului suicidar.

4. Insomnia de adormire

0 Absent
1 Cand pacientul a fost nevoit sa stea de 1-2 ori in ultimele 3 nopti mai mult de 30 minute culcat in pat ca sa adoarma
2 Cand pacientul a stat toate cele 3 nopti mai mult de 30 minute in pat ca sa adoarma

5. Treziri nocturne
Pacientul se trezeste o data sau de mai multe ori in timpul noptii.

0 Absent
1 O data sau de doua ori in timpul ultimelor trei noptI
2 Cel putin in fiecare noapte

6. Insomnie de trezire - trezire prematura
Pacientul se trezeste inainte de ora planificata sau de cea obisnuita.

0 Absent
1 Cel putin cu o ora inainte si poate readormi
2 Constant cu mai mult de o ora inainte sn fiecare dimineata

7. Munca si interese
Acest item include atat munca prestata cat si motivatia. A se nota ca evaluarea oboselii si a fatigabilitatii si a manifestarilor lor psihice sunt incluse in itemul 13 (simptome somatice generale) si in itemul 23 (oboseala si durere).

A. La prima evaluare a pacientului

0 Activitate normala de munca
1 Atunci cand pacientul exprima insuficienta din cauza absentei motivatiei si/sau tulburari in indeplinirea uzuala a muncii cotidiene pe care pacientul o indeplineste, de altfel, fara a o reduce.
2 O pronuntata insuficienta datorata lipsei motivatiei si/sau deficit in indeplinirea muncii uzuale. Pacientul si-a redus capacitatea de munca, nu poate sustine ritmul normal, se descurca mai putin bine la serviciu si acasa. Pacientul poate, uneori, sa stea acasa in timpul serviciului sau
poate pleca acasa mai devreme.

3 Atunci cand pacientul a fost catalogat "bolnav" sau daca pacientul a fost spitalizat dar poate participa cateva ore pe zi la activitatile spitalului
4 Atunci cand pacientul este complet spitalizat si in general nu participa la activitatile din spital.

B. La evaluarile saptamanale

0 Activitati normale de munca
a) Pacientul se rezuma la nivelul sau normal de activitate
b) Cand pacientul nu are probleme in a se rezuma la munca obisnuita

1
a) Pacientul lucreaza dar la un nivel redus de activitate, fie din lipsa de motivatie, fie din incapacitatea de a-si atinge nivelul normal de functionare in activitate
b) Pacientul nu lucreaza si este dificil de apreciat daca poate face munca fara dificultate

2

a) Pacientul lucreaza dar la un nivel evident scazut din cauza unor episoade de lipsa de concentrare, fie din cauza reducerii timpului de lucru
b) Pacientul este inca spitalizat sau considerat bolnav, participa mai mult de 3-4 ore pe zi la activitatile din spital sau domestice si poate sa indeplineasca munca normala doar la un nivel redus

3 Pacientul este incapabil sa indeplineasca o activitate normala dar participaa pentru 3-4 ore in activitatile spitalului. Se poate schimba statutul de internat cu cei din stationarul de zi dar externarea nu este recomandata
4 Pacientul este spitalizat sI in general incapabil de a participa la activitatile din spital.

8. Lentoare generala

0 Activitate motorie si verbala normale cu expresie faciala adecvata
1 Viteza conversationala indoielnic sau usor redusa si expresia faciala usor imobila
2 Viteza conversationala clar redusa cu intermitenta; reducerea gesturilor si miscarilor
3 Interviul este clar prelungit datorita latentelor lungi si a raspunsurilor scurte; toate miscarile sunt foarte lente
4 Interviul nu poate fi complet; incetinirea este aproape de stupor.

9. Agitatie

0 Activitate motorie normala cu expresie faciala adecvata
1 Agitatie indoielnica sau usoara. De ex. tendinta la schimbarea pozitiei in scaun sau momente de scarpinare a capului
2 Framantarea mainilor sau batairea piciarelor, schimbarea frecventa a pozitiei in scaun, nelinistit in spital plimbandu-se un pic.
3 Pacientul nu poate sta pe scaun in timpul interviului si/sau se plimba in spital
4 Interviul trebuie facut "din mers", merge aproape continuu. Isi trage hainele si parul

10. Anxietate psihica

Acest item include tensiune, iritabilitate, ingrijorare, insecuritate, teama s★i aprehensiune anticipatorie. Deseori este deficil sa distingem intre trairea anxietatii (anxietatea "psihica" sau "centrala") si manifestarile fiziologice ale anxietatii ("periferice") care pot fi observabile, precum tremorul mainilor sau transpiratii. Cel mai important este afirmatia pacientului despre ingrijorarea, insecuritatea, nesiguranta sau spaima lui.

0 Pacientul nu este nici iritabil, nici mai nesigur ca de obicei
1 Este indoielnic daca pacientul se simte in nesiguranta sau iritabil mai mult decat obisnuit
2 Pacientul exprima mai explicit ca se afla intr-o stare de anxietate, aprehensiune sau iritabilitate, care este dificil de controlat. Aceasta este fara influenta asupra vietii de zi cu zi a pacientului deoarece ingrijorarea se refera la problemele minore ale vietii.
3 Anxietatea sau insecuritatea este uneori mai dificil de controlat deoarece ingrijorarea se refera la accidente sau daune majore care ar putea surveni in viitor, astfel anxietatea poate fi traita ca panica, de ex. o spaima coplesitoare. Aceasta interfera ocazional cu viata de zi cu zi a pacientului.
4 Sentimentul de spaima este prezent atat de des incat interfera semnificativ cu viata cotidiana a pacientului.

11. Anxietatea somatica

Acest item include toate concomitentele fiziologice ale anxietatii. Toate sentimentele trebuie cotate la itemul 10.

0 Cand pacientul nu este mai inclinat ca deobicei sa traiasca corporal starile anxioase
1 Cand pacientul traieste ocazional usoare manifestari precum simptome abdominale, transpiratii sau tremor; totusi descrierea lor este vaga si lipsita de incredere.
2 Cand pacientul traieste din timp in timp dureri abdominale, transpiratii tremor, etc. Simptomale si semnele sunt clar descrise dar nu sunt marcate sau incapacitante, de ex. nu influenteaza viata de zi cu zi a pacientului.

3 Concomitentele fiziologice ale anxietatii psihice sunt marcate si adesea foarte ingrijoratoare interferand ocazional viaaa de zi cu zi a pacientului
4 Concomitentele fiziologice ale anxietatii psihice sunt numeroase, persistente si adesea incapacitante. Interfera marcat viata de zi cu zi a pacientului.

12. Simptome gastro-intestinale

Simptomele pot aparea in intreg tractul gastro-intestinal. Gura uscata, pierderea apetitului si constipatia sunt mai frecvente decat crampele si durerile intestinale. Ele trebuiesc deosebite de simptomele gastrointestinale ale anxietatii (miscari de evacuare ale intestinului, framantari ale stomacului) sau de ideile nihiliste ("nici o miscare a intestinului de saptamani sau luni, intestinele au fost scoase") care trebuiesc cotate la itemul 15 - hipocondria.

0 Fara acuze gastrointestinale (sau simptome neschimbate de la debutul depresiei)
1 Mananca fara incurajari din partea personalului si ingestia alimentelor este aproape normala dar fara pl◈cere (mancarea nu are gust, etc). Uneori este constipat.
2 Ingestia de alimente este redusa; pacientul trebuie indemnat sa manance. De regula este constipat. Laxativele sunt deseori incercate dar fara efect.

13. Simptome somatice generale

Simptomele centrale sunt oboseala si extenuarea, pierderea energiei. De asemenea, apar dureri musculare difuze si dureri in ceafa, spate sau membre.

0 Pacientul nu este mai obosit sau deranjat de tulburari corporale mai mult ca de obicei.
1 Sentimente foarte vagi sau indoielnice de fatigabilitate sau alt discomfort somatic.
2 Oboseala si extenuare clara si constanta si/sau tulburari corporale, de ex. dureri musculare.

14. Interes sexual (libidou)

Acest subiect este dificil de abordat, mai ales la pacientii in varsta. La barbati incearca sa intrebi despre preocuparile si impulsurile sexuale iar la femei despre responsivitatea la sugestiile sexuale (atat despre angajarea sexuala cat si despre satisfactia obtinuta prin actul sexual).

0 Activitatea si interesul sexual este ca de obicei
1 Reducerea usoara sau indoielnica a interesului si placerii sexuale
2 Pierderea clara a apatitului sexual. Deseori impotenta functionala la barbati sau lipsa libidou ssau dezgust total la femei.

15. Hipocondria

Preocupari fata de simptome sau functii corporale in absenta bolilor somatice.

0 Pacientul nu se preocupa mai mult decat de obicei de usoarele simptome somatice sau de functiile corporale
1 Usor sau incert preocupat cu simptomele uzuale somatice usoare sau cu functiile corporale
2 Aproape ingrijorat de sanatatea fizica. Pacientul infatiseaza ganduri cu privire la boli organice cu o tendinta de "somatizare" a prezentarii clinice.
3 Pacientul este convins ca sufera de o boala fizica care poate explica toate simptomele sale (tumora cerebrala, cancer abdominal, etc), dar pacientul poate fi convins pentru scurt timp ca aceasta nu este cazul lui.
4 Preocuparea pentru disfunctiile corporale ating dimensiuni paranoide. Delirul hipocondriac are adesea o calitate nihilista sau idei de culpabilitate: este ros pe dinauntru, insecte si devoreaza carnea; intestinele sunt blocate; alti pacienti sunt infectati de sifilis sau au miros oribil. Contraargumentele nu au efect.

16. Pierderea constiintei bolii

Itemul are inteles numai daca observatorul este convins ca pacientul se afla inca in stare depresiva in perioada interviului

0 Pacientul accepta ca are simptome depresive sau o boala "nervoasa"

1 Pacientul accepta inca ca este bolnav, dar considera ca aceasta este secundara unei situatii necorelate cu boala, cum ar fi malnutritia, climatul, suprasolicitarea
2 Neaga ca ar fi bolnav. Pacientii deliranti sunt prin definitie fara conttiina bolii. Interviul trebuie totusi directionat pe atitudinea pacientului asupra simptomelor lui de vinovatie (itemul 2) sau hipocondrie (itemul 15), dar alte simptome delirante trebuie la fel luate in seama.

17. Scaderea ponderala

Incercati sa obtinesi informatii obiective. Daca acest lucru nu este posibil fiti conservativi in estimare.

A. La primul interviu acest item acopera intreaga perioada actuala de boala
0 Fara pierdere ponderala
1 1 - 2,5 kg pierdere ponderala
2 Pierdere ponderala de peste 3 kg

B. La interviurile saptamanale
0 Fara pierdere pondenrala
1 0,5 kg slabire pe saptamana
2 1 kg sau mai mult slabire pe saptamana

18. Insomnia (in general)

Acest item acopera doar trairea subiectiva a pacientului privind durata somnului (ore de somn pentru 24 ore) si profunzimea somnului (somn superficial si intrerupt de somn constant si profund). Evaluarea se bazeaza pe trei nopti precedente, independent de administrarea de hipnotice sau sedative.

0 Somn de profunzime si durata obitnuita
1 Durata somnului este indoielnica sau putin redusa (de ex. prin dificultatea de a adormi, dar nu este afectata profunzimea somnului)
2 Profunzimea somnului este, de asemenea, redusa, somnul fiind mai superficial. In totalitate somnul este perturbat.
3 Durata somnului ca si profunzimea lui sunt schimbate in mod evident. Perioadele de insomnie dureaza in totalitate doar cateva ore in 24h.
4 Este dificil de stabilit durata somnului in privinta marimii lui, pacientul vorbind doar de scurte atipiri dar nu de somn efectiv.

19. Lentoare motorie

0 Activitate motorie normala, expresie faciala adecvata
1 Activitate motorie probabil scazuta. De ex. expresia faciala usor sau indoielnic redusa.
2 Lentoare motorie evidenta (de ex. gesturi incetinite, pasi lenti).
3 Toate miscarile sunt foarte lente
4 Lentoare motorie sau chiar stupor.

20. Lentoare verbala

Acest item include schimbari in fluxul vorbirii si a capacitatii de a verbaliza gandurile si emotiile pacientului.

0 Vorbire si ideatie normale
1 Lentoare usoara sau incerta in cursul dialogului
2 Inhibitie mai clara in cursul dialogului
3 Dialog dificil, vorbire foarte lenta
4 Inhibitia vorbirii sau stupor.

21. Lentoare intelectuala

Acest item acopera dificultatile de concentrare, in luarea deciziilor in problemele curente sI de memorie (de ex. in afectarea intelectuala)

0 Pacientul nu prezinta dificultati mai mici sau mai mari decat de obicei in concentrare si/sau memorie

1 Este indoielnic daca pacientul are dificultatI in concentrare si/sau memorie.
2 Chiar cu un efort major este dificil pentru pacient sa se concentreze asupra muncii lui, dar inca fara influenta asupra vietii de zi cu zi a subiectului.
3 Dificultate mai pronuntata in concentrare, memorie sau decizie. De ex. are dificultati de a citi un articol de ziar sau de a urmari emisiunile la televizor. (Coteaza 3 atata timp cat pierderea concentrarii sau tulburarile de memorie nu au fost clar influentate de interviu).
4 Cand pacientul dovedeate dificultati de concentrare si/sau memorie pe parcursul interviului si/sau cand deciziile sunt luate cu o considerabila intarziere.

22. Lentoare emotionala

Acest item acopera reducerea interesului si contactului emotional cu ceilalsi oameni. Reducerea dorintei sau a abilitatii de a comunica propriile sentimente si opinii si de a impsrtasi durerile si bucuriile este traite de pacient ca dureroasa si alienanta.

0 Pacientul nu este mai mult sau mai putin interesat emotional in contactul cu alte persoane
1 Pacientul pare probabil mai introvertit emotional ca de obicei
2 Pacientul si-a pierdut in mod evident dorinta sau abilitatea de a fi impreuna cu cunoscuti sau persoane noi
3 Pacientul se izoleaza in anume grad. Nu are abilitatea de a stabili contacte stranse cu oamenii pe care-i intalneste in afara casei (colegi de serviciu, pacienti, personal din spital)
4 Pacientul se izoleaza si in relasiile cu familia sa. Se simte indiferent chiar langa prieteni aporopiati sau familie.

23. Oboseala si dureri

Acest item include slabiciune, tendinta de a lesina, oboseala, dureri mai mult sau mai putin localizate in muschi sau organe interne. Oboseala musculara este obisnuit localizata in extremitati. Pacientul poate lua acest motiv pentru dificultatile sale din munca pe masura ce are sentimentul de oboseala si greutate in membre.
Durerile musculare sunt adesea localizate in spate, ceafa sau umeri si sunt percepute ca tensiune sau durere. Sentimentul de greutate sau plinatate crette pana la senzatia reala de durere ce este des localizata ca "disconfort toracic" (diferit de durerile cardiace), dureri abdominale sau dureri de cap.
Este dificil de a deosebi durerile "psihice" de cele "fizice". O nota speciala trebuie data durerilor "psihice" vagi.

0 Pacientul nu este mai mult sau mai putin obosit sau deranjat de disconfortul corporal decat de obicei.
1 Sentiment vag sau incert de oboseala musculara sau disconfort somatic.
2 Sentimentele de oboseala musculara sau disconfort somatic sunt mai pronuntate. Apar senzatii dureroase ca migrena dar care nu influenteaza viata de zi cu zi
3 Fatigabilitatea musculara sau durerea difuza este prezentata in mod evident ca interferand ocazional cu viata cotidiana a pacientului
4 Oboseala musculara si durerile difuze sunt constante si determina o suferinta severa astfel incat interfera marcat cu viata cotidiana a pacientului.

- oo O oo -

Anexa Nr. 2

GHIDUL DE INTERVIU STRUCTURAT PENTRU SCALA HAMILTON DE EVALUARE A DEPRESIEI

(*STRUCTURED INTERVIEW GUIDE FOR THE HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE - SIGH - D)*

Janet B.W. Williams (1988)
Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
New York

INTERVIEVATOR:

Prima intrebare a fiecarui item trebuie sa fie pusa exact cum este scrisa. Adesea aceasta intrebare va extrage suficienta informatie despre severitatea si frecventa simptomului pe care vreai sa-l evaluezi cu siguranta. Urmaza apoi intrebarile asa cum ele sunt puse cand este nevoie de clarificari sau explorari aditonale. Intrebarile specificate trebuiesc puse pana cand ai suficiente informatii pentru a evalua adecvat itemul. In unele cazuri va trebui sa adaugi propriile tale intrebari pentru a obyine informatia necesara.

NOTA:

Perioada de timp. Desi intrebarile interviului se refera la conditia pacientului in ultima saptamana, unii investigatori folosesc acest instrument ca o masura a schimbarii cand se doreate sa se evalueze starea clinica din ultimele 2-3 zile. In acest caz fiecare intrebare trebuie sa fie precedata de: "In ultimele doua-trei zile…"

Itemul slabirea in greutate. Este recomandat ca acest item sa fie evaluat pozitiv oricand pacientul a pierdut din greutatea de baza (de ex. inainte de episodul depresiv curent). Chiar daca pacientul a inceput sa ia in greutate dar ea este sub greutatea de baza, itemul se coteaza pozitiv.

Conditia "uzuala" sau "normala" a subiectului. Mai multe intrebari se refera la functionarea normala sau uzuala a pacientului. In unele cazuri, precum cand pacientul are distimie sau tulburare afectiva sezoniera, trebuie sa ne referim la ultima oara cand pacientul s-a simtit bine (de ex. nu depresiv sau vesel) pentru mai mult de doua saptamani.

NUMELE PACIENTULUI_____
Numar de identitate _____
Intervievator _____
Data _____

Va rog sa raspundeti la unele intrebari despre ultima saptamana.
Cum v-ati simtit?
(DACA LUCREAZA) *Ati fost la lucru?*
DACA NU: *De ce?*

Care a fost dispozitia Dvs in ultima saptamana?

V-*ati simtit abatut sau trist?*

Depresiv? Neajutorat?

In ultima saptamana cat de des v-ati simtit asa (PUNE CE SE POTRIVESTE)
In fiecare zi? In toate zilele?

V-ati plans tot timpul?

DACA SCORUL A FOST 1-4 INTREABA:
De cat timp va simtiti asa?

DISPOZITIE DEPRESIVA (tristete, lipsa de speranta, neajutorare, fara valoare)

0 absent
1 indica numai daca este chestionat
2 spontan raporteaza verbal
3 exprima nonverbal (de ex. expresia faciala, postura, vocea, etc.)
4 exprima spontan verbal si non-verbal

Cum v-ati petrecut timpul cand nu ati fost la lucru?

V-a placut sa faceti aceste lucruri sau a trebuit sa va fortati st le faceti?

Nu mai faceti ceea ce obisnuiati sa faceti?
DACA DA: *De ce?*

Exista ceva care asteptati cu placere?

(URMEAZA: *V-ar placea sa reveniti la normal?*)

MUNCA SI ACTIVITATE

0 nici o dificultate
1 ganduri si sentimente de incapacitate, oboseala sau delasare fata de activitati, munca sau hobiuri.
2 pierderea intereselor in activitate, munca sau hobiuri prin spusele directe ale pacientului sau indirect prin nepasare, indecizie sau ezitare (simte ca trebuie sa se forteze la munca sau activitate)

Ati fost interesat de sex in ultima saptamana?
(Nu va intreb despre performanta ci despre interesul sexual, cat de mult va ganditi la aceasta problema)

Au existat schimbari in interesul Dvs sexual fata de cand nu erati depresiv?

Uneori v-ati gandit mult la aceasta?
DACA NU: *Este aceasta neobisnuit pentru Dvs.?*

SIMPTOME GENITALE (precum pierderea libidoului, tulburari menstruale)

0 absent
1 usor
2 sever

Cum a fost pofta de mancare in ultima saptamana? (Cum este comparativ cu ultima saptamana?)

V-ati fortat sa mancati?

Alti oameni trebuie sa va indemne ca sa mancati?

SIMPTOME GASTROINTESTINALE
0 nimic
1 scaderea apetitului dar mananca incurajat
2 mancat dificil fara indemn

Ati slabit de cand sunteti depresiv?
DACA DA: *Cat de mult?*

DACA NU E SIGUR: *Credeti ca hainele v-au devenit largi?*

URMEAZA: *Ati luat ceva in greutate inapoi?*

PIERDERE IN GREUTATE (evalueaza fie A fie B)
A. Cand evaluati in trecut
0 nici o pierdere in greutate
1 pierdere probabila in greutate asociata cu tulburarea prezenta
2 pierdere sigura in greutate

Cum ati dormit in ultima saptamana?

Ati avut vreo problema sa adormiti?
(*Dupa ce v-ati bagat in pat cat timp va trebuie pana ce adormiti*?)

INSOMNIA DE ADORMIRE:

0 nici o dificultate
1 ocazional, nu mai mult de ½ h pana la adormire
2 mari dificultati la adormire

In timpul ultimei saptamani s-a intamplat sa va treziti in timpul noptii?
DACA DA: *V-ati sculat din pat? Ce ati facut?* (*Ati mers numai la toaleta*?)

Cand mergeti inapoi in pat puteti sa adormiti?

Ati simtit ca somnul Dvs a fost neliniatit sau perturbat in unele nopti?

INSOMNIA DE MIJLOCUL NOPTII

0 nici o dificultate
1 plangeri de a fi nelinittit si perturbat in timpul noptii
2 se plimba in timpul noptii - se scoala din pat

La ce ora va treziti dimineata in ultimul timp (in ultima saptamana)?
DACA DEVREME: *Va trezeste ceasul sau va treziti singur?*
Ca ce ora va trezeati deobicei? (inainte de a fi

INSOMNIA DE TREZIRE

0 nici o dificultate
1 se trezeste devreme dar adoarme la loc

depresiv)

2 incapabil de a mai adormi daca se trezeste devreme

Ati avut energie in ultima saptamana?

SIMPTOME GENERALE SOMATICE

Ati fost obosit tot timpul?

Ati avut in ultima saptamana dureri de spate de *de cap sau de muschi?*

Ati simtit greutate in picioare, spate sau cap?

0 deloc
1 greutate in picioare, spate, cap, dureri de cap, dureri musculare, dureri cap, pierderea energiei, oboseala
2 ori care alt simptom bine definit

In ultima saptamana v-ati invinovatit de ceva simtind ca ati facut ceva rau sau i-ati deceptionat pe altii? DACA DA: Ce ati gandit?

SENTIMENTE DE VINOVATIE

V-ati simtit vinovat de ceva ce ati facut sau ce nu ati facut?

V-ati gandit ca in anume fel v-ati cauzat singur aceasta boala (DEPRESIE)?
Ati simtit ca ati fost pedepsit prin faptul ca v-ati imbolnavit ?

0 absent
1 auto-reprosuri simtind ca ati deceptionat pe altii
2 idei de vinovatie sau ruminatii despre greseli sau pacate trecute
3. boala actuala este o pedeapsa. (Delir de vinovatie).

Ati avut in ultima saptamana vre-un gand ca viata nu merita sa fie traita ori ca mai bine ar fi sa muriti? Ati avut ganduri sa va omorati singur?

DACA DA: *Ce ati gandit? Intr-adevar v-ati provoca moartea?*

SUICID

0 absent
1 ganduri ca viata nu merita traita
2 doreste sa fi fost mort sau ceva ganduri sa-si provoace moartea
3 idei sau gesturi suicidare
4. incercare de suicid

In ultima saptamana v-ati simtit tensionat si iritabil?

Ati fost mult ingrijorat de lucruri mici, de care nu ar trebui sa va ingrijorati?

ANXIETATE PSIHICA

0 nici o dificultate
1 tensiune si iritabilitate subiectiva
2 griji fata lucruri marunte
3 atitudine teamatoare ce se vede pe

fata sau in vorbire
4 exprima teama fara sa fie intrebat

In ultima saptamana ati avut vreunul din aceste simptome fizice (CITESTE RAR LISTA)

Cat de tare aceste simptome v-au deranjat in ultima saptamana? (Cat de intense sau dese le-ati avut?)

NOTA: NU LE EVALUA DACA SUNT DIN CAUZA MEDICATIEI

ANXIETATE SOMATICA (concomitentele somatice ale anxietatii precum: gura uscata, gaze, indigestie, diaree, crampe, varsaturi, palpitatii, dureri de cap, gafaieli, oftaturi, transpiratii, sau urinari frecvente)

0 absent
1 usor
2 moderat
3 sever
5 incapacitant

In ultima saptamana v-ati gandit mai mult la sanatatea Dvs sau la cum functioneaza corpul (comparativ cu modul obisnuit)?

Aveti multe plangeri de cum va simtiti fizic?

Ati constatat ca cereti ajutor pentru probleme de sanatate pe care le-ati putea rezolva singur? DACA DA: *Dati un exemplu? Cat de des se intampla?*

HIPOCONDRIE

0 absent
1 se gandeste ocazional
2 preocupari cu sanatatea
3 frecvente plangeri, solicitari de ajutor
4 deliruri hipocondriace

EVALUARE BAZATA PE OBSERVATIE

CONSTIINTA BOLII

0 recunoaste ca este depresiv sau ca nu mai este depresiv in present
1 recunoaste boala dar o atribuie altor cauze: proasta alimentatie, climat, suprasoliciatare, virus, lipsa de odihna
2 neaga boala cu totul

EVALUARE BAZATA PE OBSERVAREA DIN TIMPUL INTERVIULUI

LENTOARE (Incetinirea gandirii si a vorbirii; afectarea abilitatii de a se concentra; scaderea activitatii motorii)

0 vorbire si ideatie normala
1 usoare lentoare in timpul interviului
2 lentoare evidenta in timpul interviului
3 interviu dificil
4 stupor complet

EVALUARE BAZATA PE OBSERVAREA DIN TIMPUL INTERVIULUI

AGITATIE

0 deloc
1 frecarea mainilor
2 se joaca cu mainile, parul, etc
3 se misaca mereu, nu poate sta locului
4 se bataie, isi musca unchiile, se trage de par, isi musca buzele, etc.

SCORUL TOTAL SCALA HAMILTON 17 ITEMI: ___/___/

In aceasta ultima saptamana v-ati simtit mai bine sau mai rau dimineata sau seara?

VARIATIA DIURNA

A. Noteaza daca simptomele sunt mai rele dimineata sau seara. DACA NU exista variatie diurna pune 0:
0 nici o variatie sau depresie
1 mai rau dimineata
2 mai rau dupa amiaza

DACA EXISTA VARIATIE: *Cat de rau va simtit?* (DIMINEATA SAU SEARA)

B. Cand este prezenta marcheaza severitatea variatiei:
0 nici o variatie
1 usoara
2 severa

In ultima saptamana ati simtit vreodata brusc ca totul devine ireal sau ca in vis sau strain?
DACA DA: *Cat de rau a fost? Cat de des s-a intamplat?*

DEPERSONALIZARE-DEREALIZARE
(precum sentimente de irealitate sau nihilistice)
0 absent
4 usor
5 moderat

6 sever
7 incapacitant

In saptamana trecuta ati simtit ca toti vor sa va raneasca sau sa va faca rau?

DACA NU: *Lumea va barfeste pe la spate?*

DACA DA: *Spuneti-mi despre ce?*

SIMPTOME PARANOIDE

0 niciuna
1 suspicios
2 idei de referinta
3 deliruri de referinta si persecutie

In ultima saptamana au existat lucruri pe care a trebuit sa le faceti mereu, precum sa verificati daca ati inchis usa de mai multe ori?
DACA DA: *Puteti sa dati un exemplu?*

SIMPTOME OBSESIONALE SI COMPULSII

0 absent
1 usor
2 sever

Ati avut ganduri care nu aveau nici un sens dar care va veneau mereu in minte fara incetare?
DACA DA: *Puteti sa dati un exemplu?*

SCORUL TOTAL LA SCALA HAMILTON 21 ITEMI ___/___/

- oo O oo -

Anexa Nr. 3

FOAIA DE SCOR PENTRU SCALELE HDRS si MES

Nr.	Item	scor	HDRS	MES
1	Dispozitie depresiv	(0-4)	x	x
2	Autodepreciere, sentimente de vinovatie	(0-4)	x	x
3	Impulsuri suicidare	(0-4)	x	x
4	Insomnia de adormire	(0-2)	x	
5	Treziri nocturne	(0-2)	x	
6	Insomnia de trezire	(0-2)	x	
7	Munca si interese	(0-4)	x	x
8	Lentoare generala	(0-4)	x	
9	Agitatie	(0-4)	x	
10	Anxietate psihica	(0-4)	x	x
11	Anxietate somatica	(0-4)	x	
12	Simptome gastro-intestinale	(0-2)	x	
13	Simptome somatice generale	(0-2)	x	
14	Interes sexual	(0-2)	x	
15	Hipocondria	(0-4)	x	
16	Pierderea constiintei bolii	(0-2)	x	
17	Scaderea ponderala	(0-2)	x	
18	Insomnia generala	(0-4)	x	x
19	Lentoare motorie	(0-4)	x	x
20	Lentoare verbala	(0-4)	x	x
21	Lentoare intelectuala	(0-4)	x	x
22	Lentoare emotionala	(0-4)	x	x
23	Oboseala si dureri	(0-4)	x	x
	TOTAL			

- oo O oo -

Anexa Nr. 4

SCALA DE DEPRESIE MONTGOMERY-ASBERG
(*THE MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE - MADRS)*

Instructiuni pentru evaluator:
Evaluarea trebuie sa se bazeze pe un interviu clinic flexibil cand subiectul este incurajat mai intai sa descrie in cuvinte proprii si cu cat mai multe detalii simptomele sale. Intervievatorul trebuie sa decida care item din scala nu este pe deplin acoperit si sa puna intrebari largi si neutre astfel incat subiectul sa abordeze acele domenii. Daca aceasta nu este suficient pentru evaluare, se pot pune si intrebari specifice. Primul interviu dintr-o serie destinata sa masoare schimbarea este, intr-o anumita privinta, un interviu de antrenament, atat pentru intervievator, cat si pentru intervievat. Poate fi folositor sa se lase interviul sa tina cat mai mult timp pentru ca sa fim siguri ca subiectul a inaeles pe deplin intrebarile si ca evaluatorul sa se familiarizeze cu istoria subiectului. Aceasta va permite evaluatorului sa puna intrebari mai pertinente in interviurile ulterioare. Noi recomandam ca o foaie de scor separata sa fie utilizata pentru fiecare noua evaluare.

1. Tristete raportata
Reprezinta o dispozitie traita subiectiv, indiferent daca este reflectata obiectiv sau nu. Include dispozitia depresiva, indispozitie, descurajare si sentimentul de a fi fara ajutor sau speranta.
Evaluati in functie de intensitate, durata si masura in care dispozitia este influentata de evenimente.
Dispozitia exaltata este evaluata 0 la acest item.

1 Tristete ocazionala ce poate apare in diverse circumstante
2 Sentimente predominente de tristete dar apar si momente mai luminoase
5 Sentimente generale de tristete sau mahnire. Dispozitia este cu greu influentata de circumstantele exterioare
6 Traire continua de suferinta sau indispozitie extrema

2. Tristete aparenta
Reprezinta indispozitia, desnadejdia si disperarea (mai mult decat o indispozitie trecatoare) reflectata in vorbire, expresia fetei si postura. Evaluati pe baza adancimii si incapacitatii de a invinge aceasta stare.

0 Nici un fel de tristete.
2 Pare indispus dar se insenineaza ocazional.
4 Apare trist si nefericit tot timpul.
6 Desnadejdie si mahnire continua si extrema.

3. Tensiune interioara
Reprezinta sentimente de discomfort maladiv, nervozitate, tensiune iritabila, dezordine interioara, panica, teama si chin.
Evaluati in functie de intensitate, frecventa si intinderea perioadei de linistire necesara.
Deosebiti-o de tristete, ingrijorare si tensiune musculara.

1 Placid. Numai tensiune interioara trecatoare
2 Sentimente ocazionale de nervozitate si disconfort rau definit
4 Sentimente continue de tensiune interioara sau panica intermitenta pe care pacientul le poate stapani numai cu oarecare dificultate

6 Spaima nestapanita sau chin. Panica coplesitoare.

4. Reducerea somnului

Reprezinta experienta subiectiva de somn redus ca durata sau adancime comparativ cu modelul normal propriu subiectului cand era bine.

0 Somn ca de obicei.
2 Usoara dificultate de a dormi sau somn usor redus sau superficial.
4 Somn redus sau intrerupt pentru cel putin 2 ore.
6 Mai putin de 2 sau 3 ore de somn.

5. Reducerea apetitului

Reprezinta sentimentul de pierdere a apetitului comparativ cu cel cand era bine.

0 Apetit normal.
2 Apetit usor redus
4 Fara apetit. Mancarea este lipsita de gust. Trebuie sa se forteze sa manance.
6 Trebuie sa fie fortat ca sa manance. Refuza mancarea.

6. Dificultati de concentrare

Reprezinta dificultatea de a-si aduna gandurile culminand cu pierderea capacitatii de concentrare care incapaciteaza subiectul.
Evaluati in functie de intensitate, frecventa si gradul de incapacitate produs.
Deosebiti-le de scaderea memoriei si perturbarea gandirii.

0 Nici o dificultate de concentrare.
2 Dificultati ocazionale in a-si aduna gandurile.
4 Dificultati in concentrare si in sustinerea judecatii ce interfera cu lectura si conversatia.
6 Lipsa de concentrare incapacitanta.

7. Lentoare

Reprezinta o dificultate in a porni sau incetineala in a initia si a face activitati cotidiene.
Deosebiti-o de indecizie si fatigabilitate.

0 Vaga dificultate in a porni activitatea. Nu exista apatie sau indolenta.
2 Dificultati in demararea activitatilor.
4 Dificultati in demararea activitatilor simple de rutina care sunt efectuate numai cu efort.
6 Inertie completa. Incapacitate de a incepe activitatea fara ajutor.

8. Incapacitatea de a simti sau bucura

Reprezinta experienta subiectiva a interesului redus fata de ambianta sau activitati care in mod normal ii furnizau placere. Capacitatea de a reactiona cu emotie adecvata la circumstante sau oameni este redusa.
Deosebiti-o de apatie

0 Interes normal fata de ambianta sau fata de altI oameni.
2 Capacitatea redusa de a se bucura de interesele uzuale. Capacitatea redusa de a simti supararea.
4 Pierderea interesului pentru ambianta. Pierderea sentimentelor pentru prieteni si cunostinte.
6 Sentimentul de a fi paralizat emotional, inabilitatea de a simti supararea sau suferinta si o imposibilitate completa sau chiar dureroasa de a avea sentimente pentru rude apropiate sau prieteni.

9. Ganduri pesimiste

Reprezinta ganduri de vinovatie, inferioritate, autorepros, remuscari si ruina.

0 Fara ganduri pesimiste
2 Idei fluctuante de insuficienta, autorepros si autodepreciere.
4 Autoacuzatii persistente sau idei definite dar inca rationale de vinovatie sau pacat. Pesimism crescut referitor la viitor.
6 Deliruri de ruina, remuscari si pacat de nereparat. Autoacuzatii absurde.

10. Ganduri suicidare

Reprezinta sentimentul ca viata nu este demna de a fi traita, ca o moarte naturala ar fi de dorit, ganduri de sinucidere si pregatiri de sinucidere.
Incercarile de sinucidere nu trebuie prin ele insele sa influenteze evaluarea.

0 Se bucura de viata si o ia ca atare.
2 Plictisit de viata. Doar ganduri suicidare trecatoare.
4 Mai bine moartea. Gandurile suicidare sunt comune si sinuciderea este considerata o solutie posibila, dar fara planuri sau intentii anume.
6 Planuri explicite de sinucidere cand se iveste vreo ocazie. Pregatiri active de sinucidere.

- oo O oo -

Anexa Nr. 5

SCALA SPITALICEASCA DE ANXIETATE SI DEPRESIE

(Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS)

Itemul	Deloc	Sporadic	Deseori	Intotdeauna
1. Ma simt tensionat(a) si iritat(a)	0	1	2	3
2. Inca ma bucur de lucrurile care imi faceau placere	3	2	1	0
3. Ma simt anxios/anxioasa ca si cand ceva rau o sa se intample	0	1	2	3
4. Pot sa rad si sa vad partea frumoasa a lucrurilor	3	2	1	0
5. Sunt mereu ingrijorat(a)	0	1	2	3
6. Ma simt bucuros/bucuroasa	3	2	1	0
7. Pot sa stau calm si sa ma simt relaxat	3	2	1	0
8 Ma simt ca si cum as fi inhibat	0	1	2	3
9. Am palpitatii sau senzatii de "fluturari' in stomac sau piept	0	1	2	3
10. Mi-am pierdut interesul in felul cumarat	3	2	1	0
11. Sunt nelinistit(a) si nu pot sta locului	0	1	2	3
12. Astept lucruri placute	3	2	1	0
13. Brusc am emotii de panica	0	1	2	3
14. Ma bucur de o carte buna sau de un program TV	3	2	1	0

- oo O oo -

Anexa Nr. 6:

FOAIA DE SCOR A SCALEI DE DEPRESIE NEWCASTLE I
(versiunea 1965)

Nr.	Item	Scor	Valoare
1	*Personalitate devianta*	2 1 0	0 +½ +1
2	Stresori psihologici	2 1 0	0 +1 +2
3	Calitatea depresiei	2 1 0	+1 +½ +2
4	Slabire in greutate	2 1 0	+2 +1 0
5	Episoadele anterioare	2 1 0	+1 +½ 0
6	*Activitatea motorie*	2 1 0	+2 +1 0
7	*Anxietatea*	2 1 0	-1 -½ 0
8	*Deliruri nihilistice*	2 1 0	+2 +1 0
9	*Altii sunt acuzati*	2 1 0	-1 -½ 0
10	*Sentimente de vinovatie*	2 1 0	+1 +½ 0

Depresia endogena: +6 sau mai mult
Depresia probabila: +5½
Depresia reactiva: +5 sau mai putin

- oo O oo -

Anexa Nr. 7

INVENTARUL DE DEPRESIE BECH
(BECH DEPRESSION INVENTORY - BDI)

BECH si colab. (1961)

Instructiuni: Aceasta este un chestionar. Acest chestionar este format din grupuri de afirmatii. Va rug sa cititi cu atentie intregul grup de afirmatii din fiecare categorie de la nr. 1 la nr. 42. Apoi va rog sa alegeti din fiecare categorie acea afirmatie care descrie cel mai bine starea Dvs din acest moment. Incercuiti cifra corespunzatoare. Daca mai multe afirmatii dintr-un grup par sa se potriveasca, alegeti numai una. Inainte de a alege, asigurati-va ca ati citit fiecare afirmatie.

1_____
0 Nu ma simt trist
1 Ma simt trist
2 Sunt trist tot timpul si nu pot scapa de tristete
3 Sunt atat de trist si nefericit incat nu mai pot suporta

2 _____
0 Viitorul nu ma deranjeaza
1 Ma simt descurajat cand ma gandesc la viitor
2 Simt ca nu am ce astepta de la viitor
3 Simt ca viitorul e fara speranta si nu mai e nimic de facut

3 _____
0 Nu am sentimentul eseculului sau ratarii
1 Simt ca am avut mai multe esecuri decat majoritatea oamenilor
2 Daca ma uit in spate la viata mea vad o multime de esecuri
3 Ma simt complet ratat ca persoana

4 _____
0 Lucrurile imi fac aceiasi placere ca deobicei
1 Nu ma mai bucur de lucruri ca inainte
2 Greu mai obtin o satisfactie reala
3 Nu am mai trait nici o satisfactie

5 _____
0 Nu ma simt in mod special vinovat de ceva
1 Ma simt rau si nemeritos in cea mai mare parte a timpului
2 Ma simt aproape vinovat
3 Ma simt tot timpul vinovat si inutil

6 _____
0 Nu ma simt pedepsit cu ceva
1 Ma gandesc ca s-ar putea sa fiu pedepsit pentru ceva
2 Simt ca voi fi pedepsit
3 Simt ca sunt pedepsit

7 _____

0 Nu sunt dezamagit de mine
1 Ma simt dezamagit de mine
2 Sunt dezgustat de mine insumi
3 Ma urasc

8 _____
0 Nu ma simt sa fiu mai rau decat altii
1 Ma critic pentru slabiciunile si greselile mele
2 Ma acuz tot timpul pentru greselile mele
3 Ma acuz pentru tot ce se intampla rau

9 _____
0 Nu am nici o ideie de a ma sinucide
1 Simt ca ar fi mai bine daca as muri
2 Am ideia de a ma sinucide
3 As dori sa ma sinucid daca as avea ocazia

10 _____
0 Nu plang mai mult decat de obicei
1 Acum plang mai mult ce de obicei
2 Plang tot timpul
3 Obisnuiam sa plang dar acum nu mai pot chiar daca as vrea

11 _____
0 Nu sunt mai nervos ca inainte
1 Acum sunt mai nervos si iritabil ca inainte
2 Sunt nervos tot timpul
3 Nu mai sunt nervos de lucrurile care ma enervau inainte

12 _____
0 Nu mi-am pierdut interesul fata de oamenii din jur
1 Am mai putin interes fata de oameni ca inainte
2 Mi-am pierdut cea mai mare parte a interesului fata de oameni si am putine sentimente fata de ei
3 Mi-a pierdut total interesul fata de ceilalti si nu-mi pasa deloc de ei

13 _____
0 Iau decizii la fel ca inainte
1 Incerc sa aman cand trebuie sa hotarasc
2 Am mari greutati cand trebuie sa hotarasc
3 Nu mai put lua nici o decizie

14 _____
0 Cred ca nu arat mai rau ca inainte
1 Sunt suparat ca am inceput sa arat mai batran sau neatractiv
2 Simt ca sunt schimbari permanente in rau in aspectul meu
3 Cred ca sunt urat si respingator

15 _____
0 Pot lucra la fel de bine ca înainte
1 Trebuie sa fac un efort suplimentar când încep sa lucrez ceva
2 Trebuie sa ma straduiec din greu ca sa fac ceva
3 Nu pot lucra nimic

16 _____

0 Dorm tot atât de bine ca deobicei
1 Ma trezesc mai obosit dimineata ca înainte
2 Ma trezesc cu 1-2 ore mai devreme decât înainte si nu mai pot adormi
3 Ma trezesc foarte devreme dimineata si nu pot sa dorm mai mult de 5 ore pe noapte

17 _____

0 Nu sunt mai obosit ca de obicei
1 Obosesc mai repede decat inainte
2 Obosesc facand orice
3 Sunt prea obosit sa mai pot face ceva

18 _____

0 Pofta mea de mancare este la fel ca inainte
1 Nu mai am asa pofta de mancare ca inainte
2 Acum pofta de mancare este mai proasta
3 Mi-am pierdut pofta de m•ncare

19 _____

0 Nu am slabit in ultimul timp
1 Am slabit peste 1 kg in ultima luna
2 Am slabit peste 2 kg in ultima luna
3 Am slabit peste 5 kg in ultima luna

20 _____

0 Nu sunt mai preocupat de sanatatea mea decat inainte
1 Sunt preocupat de dureri, constipatie, tulburari ale stomacului
2 Sunt foarte preocupat de starea mea de sanatate si nu pot sa ma gandesc la altceva
3 Sunt atat de angrijorat de starea mea de sanatate incat nu pot sa ma gandesc la nimic altceva

21 _____

0 Nu am observat schimbari recente ale interesului meu fata de sex
1 Am un interes mai mic fata de sexul opus ca inainte
2 Sexul opus ma intereseaza mult mai putin ca inainte
3 Am pierdut complet interesul fata de sexul opus

- oo 0 oo –

Anexa Nr. 8:

FOAIA DE SCOR PENTRU INVENTARUL DE DEPRESIE BECK

Nr	Item	scor	BDI-21 Beck	DBI-12 Bech
1	Dispozitia depresiva	**0-3**	**x**	**x**
2	Pesimism	**0-3**	**x**	**x**
3	Sentimentul eseculi	**0-3**	**x**	**x**
4	Lipsa de satisfactie	**0-3**	**x**	**x**
5	Sentimente de vinovatie	**0-3**	**x**	**x**
6	Sentimentul pedepsei	**0-3**	**x**	**x**
7	Auto-dezgust	**0-3**	**x**	
8	Auto-acuzare	**0-3**	**x**	
9	Dorinte auto-punitive	**0-3**	**x**	
10	Plans	**0-3**	**x**	
11	Iritabilitate	**0-3**	**x**	**x**
12	Retragere sociala	**0-3**	**x**	
13	Nehotarare	**0-3**	**x**	**x**
14	Modificarea imaginii de sine	**0-3**	**x**	**x**
15	Dificultati in munca	**0-3**	**x**	**x**
16	Tulburari de somn	**0-3**	**x**	
17	Fatigabilitate	**0-3**	**x**	**x**
18	Pierderea apetitului	**0-3**	**x**	
19	Pierderea in greutate	**0-3**	**x**	
20	Preocupari somatice	**0-3**	**x**	**x**
21	Pierderea libidoului	**0-3**	**x**	
	TOTAL	**0-63**		

- oo O oo -

Anexa Nr. 9:

SCALA ZUNG DE AUTO-EVALUARE A DEPRESIEI

(ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE - SDS)

(Zung, 1965)

	rareori	uneori	adesea	totdeauna
1. Ma simt abatut si trist	1	2	3	4
2. Dimineata ma simt mai bine	4	3	2	1
3. Plang sau imi vine sa plang usor	1	2	3	4
4. Dorm rau	1	2	3	4
5. Mananc tot atat de mult ca si inainte	4	3	2	1
6. Ma bucur privind, vorbind sau fiind in compania unui barbat/femei atractiv(e)	4	3	2	1
7. Am slabit	1	2	3	4
8. Sunt constipat	1	2	3	4
9. Inima mea bate mai repede ca deobicei	1	2	3	4
10. Ma simt obosit fara motiv	1	2	3	4
11. Mintea mea este tot atat de limpede ca deobicei	4	3	2	1
12. Gasesc ca esteusor sa fac lucrurile ca deobicei	4	3	2	1
13. Sunt agitat si nu pot sta linistit	1	2	3	4
14. Am incredere in viitor	4	3	2	1
15. Sunt mai iritabil decat deobicei	1	2	3	4
16. Imi este usor sa hotarassc	4	3	2	1
17. Am sentimentul ca sunt util si necesar	4	3	2	1
18. Viata mea este suficient de implinita	4	3	2	1
19. Am sentimentul ca ar fi mai bine sa fi fost mort	1	2	3	4
20. Eu ma bucur de lucruri ca mai inainte	4	3	2	1

- oo O oo -

Anexa Nr. 10

SCALA CARROLL DE EVALUARE A DEPRESIEI
(CARROLL RATING SCALE FOR DEPRESSION - CRS)

(CARROLL et al. 1981)

Numele si prenumele _____ Varsta ____ Sex M/F
Data evaluarii _____

1. Depresia
1. Nu ma simt bine dispus
2. Ma simt trist sau adesea plang
3. Cred ca nu pot fi ajutat
4. Exista numai nefericire in viitorul meu

2. Vinovatie
1. Nu cred ca sunt o persoana buna ca oricare alta
2. Ma simt nefolositor si rusinat
3. Ma deranjeaza o multime de regrete din viata mea
4. Voi fi pedepsit pentru ce am facut rau mai demult

3. Suicid
1. Nu simt ca viata inca merita traita
2. Adesea as vrea sa fi fost mort
3. Am gandit sa incerc sa ma omor
4. Sa mor as fi cea mai buna solutie pentru mine

4. Insomnia de adormire
1. Imi ia mai mult timp ca deobicei ca sa adorm
2. Trebuie sa stau mai mult de jumatate de ora pana sa adorm

5. Insomnia de mijlocul noptii
1. Somnul meu este nelinistit si perturbat
2. Ma trezesc adesea in mijlocul noptii

6. Insomnia de trezire
1. Ma trezesc dimineata mai devreme ca deobicei
2. Ma trezesc dimineata mult mai devreme decat necesar

7. Munca si interese
1. Nu mai am placere si satisfactii din ceea ce fac
2. Nu imi face placere sa ies si sa intalnesc alti oameni
3. Am renuntat la multe din interesele si activitatile mele
4. Nu mai sunt capabil sa fac activitati care le faceam inainte

8. Lentoare
1. Mintea mea nu mai este asa de rapida si vigila ca inainte
2. Vocea mea este lenta si fara viata
3. Orice fac foarte lent
4. Sunt asa de lent incat am nevoie de ajutor pentru spalat si imbracat

9. Agitatie
1. Nu cred ca par un om calm
2. Sunt nelinistit si mereu in miscare
3. Trebuie sa fie evident ca sunt agitat
4. Trebuie sa umbru majoritatea timpului

10. Anxietate psihologica
1. Nu ma pot concentra usor cand citesc ziare
2. Ma simt iritat sau fara astampar
3. Majoritatea timpului mi-e frica fara motiv
4. Ma simt inspaimantat si aproape de panica

11. Anxietate somatica
1. Am probleme cu digestia
2. Uneori, inima mea bate mai repede
3. Am o multime de probleme cu ametelile si slabiciuni
4. Imi tremura mainile de vede toata lumea

12. Tulburari gastrointestinale
1. Nu ma mai bucur de mancare ca inainte
2. Trebuie sa ma fortez ca sa mananc ceva

13. Tulburari somatice generale
1. Nu ma mai simt tot atat de puternic ca inainte
2. Sunt obosit majoritatea timpului

14. Libido
1. Interesul meu sexual nu mai este ca inainte
2. De cand sunt bolnav, mi-am pierdut complet interesul pentru sex

15. Hipocondria
1. Ma ingrijoreaza mult simptomele mele
2. Sunt tare preocupat de cum functioneaza corpul meu
3. Problemele mele sunt date de boli somatice grave
4. Corpul meu este rau si stricat pe dinauntru

16. Pierderea "insight-ului" (sensului bolii)
1. Tot ce am nevoie este o odihna buna
2. M-am imbolnavit din cauza vremii proaste ce am avut-o

17. Pierderea greutatii
1. Am slabit
2. Pot sa spun ca am slabit mult

- oo O oo -

Anexa Nr. 11

SCALA DE DEPRESIE A CENTRULUI DE STUDII EPIDEMIOLOGICE
(CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE - CES-D)

(Lenore Sawyer RADLOFF, 1977)

INSTRUCTIUNI: Mai jos este o lista a modurilor in care Dvs va puteti simti sau comporta. Spuneti-mi cat de des v-ati simtit astfel in ultima saptamana.

0 = Rar sau deloc (mai putin de 1 zi)
1 = Uneori sau putin timp (1-2 zile)
2 = Ocazional sau moderat (3-4 zile)
3 = Deseori sau tot timpul (5-7 zile)

In ultima saptamana:

1. Am fost deranjat de lucruri care in mod obisnuit nu ma deranjau.
2. Nu mi-a fost foame; apetitul meu a fost slab.
3. Am simtit ca nu pot scapa de mahnire chiar cu ajutorul familiei sau prietenilor.
4. M-am simtit tot atat de bun ca si alti oameni.
5. Am avut greutati sa tin minte ce am facut.
6. M-am simtit trist.
7. Am simtit ca orice necesita un efort.
8. M-am simtit fara speranta in viitor.
9. Viata mea a fost un esec.
10. M-am simtit infricosat.
11. Somnul a fost nelinistit.
12. Am fost fericit.
13. Am vorbit mai putin ca deobicei.
14. M-am simtit singur.
15. Oamenii au fost neprietenosi.
16. M-am bucurat de viata.
17. Am plans.
18. M-am simtit abatut.
19. Am simtit ca oamenii nu ma plac.
20. Nu am putut sa actionez.

- oo O oo -

Anexa Nr. 12:

INVENTARUL ZIMMERMAN DE DIAGNOSTIC AL DEPRESIEI - ultima saptamana

(ZIMMERMAN INVENTORY TO DIAGNOSE DEPRESSION - IDD - past week)

(Mark Zimmerman et al. 1986)

Nume si prenume _____ Varsta _____ Sex M/F
Data administrarii _____

INSTRUCTIUNI:
1) Este vorba de un chestionar care cuprinde 22 de grupuri a 5 afirmatii.
2) Cititi cu atentie fiecare grup de afirmatii, apoi alegeti acea afirmatie care se potriveste cel mai bine cu felul cum v-ati simtit in ULTIMA SAPTAMANA. Incercuiti numarul corespunzator.
3) Dupa fiecare grup in care ati incercuit 1,2, 3 sau 4 raspundeti daca v-ati simtit asa pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani.

1.
0 Nu ma simt trist sau depresiv.
1 Ocazional ma simt trist sau abatut.
2 Ma simt trist majoritatea timpului dar pot sa-mi revin.
3 Ma simt trist tot timpul si nu pot scapa de tristete.
4 Sunt asa de trist si nefericit ca nu mai pot rezista.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: v-ati timtit trist sau abatut pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

2.
0 Energia mea este normala.
1 Ocazional am mai putina energie decat normal.
2 Obosesc mai usor sau am mai putina energie decat in mod obisnuit.
3 Obosesc facand aproape orice.
4 Ma simt obosit sau epuizat aproape tot timpul.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati avut mai putina energie decat de obicei pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

3.
0 Nu am fost mai nelinistit si fara astampar ca deobicei.
1 M-am simtit mai nelinistit sau fara astampar decat obisnuit
2 Am fost foarte agitat si am avut dificultati de a sta locului pe scaun.
3 Am fost extrem de agitat si am umblat aproape toata ziua.
4 Am umblat mai mult de o ora pe zi si nu am putut sta locului.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati fost mai nelinistit si fara astampar pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

4. 0 Nu am vorbit sau miscat mai lent ca deobicei.
1 Am vorbit putin mai lent decat deobicei.
2 Am vorbit mai lent ca deobicei si mi-a luat mai mult ca sa raspund la intrebari, dar pot intretine o conversatie normala.
3 Conversatiile normale sunt dificile din cauza ca este greu sa pornesc.
4 Ma simt extrem de lent fizic de parca a-si fi bagat in noroi.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: v-ati simtit lent pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

5. 0 Nu mi-am pierdut interesul pentru activitatile mele obisnuite.
1 Sunt mai putin interesat pentru 1-2 din activitatile mele obisnuite.
2 Sunt mai putin interesat de mai multe din activitatile mele uzuale.
3 Ammult mai putin interes in majoritatea din activitatile mele uzuale.
4 Am pierdut orice interes pentru activitatile mele obisnuite.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: interesul dvs.pentru activitatile curente a fost mai redus pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

6. 0 Am aceeasi placere din activitatile mele curente ca inainte.
1 Am mai putina placere din 1-2 din activitatile mele curente.
2 Am mai putina placere din mai multe din activitatile mele curente.
3 Aproape nu am nici o placere din activitatile mele curente care inainte ma bucurau.
4 Nu am nici o placere din nici o activitate care inainte ma bucura.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: v-ati bucurat mai putin de activitatile obisnuite care inainte va faceau placere pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

7. 0 Nu am observat nici o schimbare recenta in interesul meu pentru sex.
1 Am observat o usoara scadere a interesului meu pentru sex.
2 Exista o scadere evidenta a interesului meu pentru sex.
3 Acum am mult mai putin interes pentru sex.
4 Mi-am pierdut complet interesul pentru sex.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: interesul dvs. pentru sex a scazut pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

9. 0 Nu ma simt inferior.
1 Ocazional, opinia mea despre mine este un pic mai proasta.
2 Ma simt mai inferior ca multi alti oameni.
3 Ma simt ca am esuat.
4 Ma simt ca o persoana total lipsita de valoare (nemeritorie).

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: v-ati considerat inferior pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

10. 0 Nu am avut nici un gand de moarte sau sinucidere.
1 Ocazional, ma gandesc ca viata nu merita traita.
2 Frecvent ma gandesc la moarate in mod pasiv (precum ca ar fi mai bine sa ma culc si sa nu ma mai trezesc) sau ca ar fi mai bine sa fi fost mort.
3 Frecvent ma gandesc sa ma omor, dar nu as putea-o face.
4 As vrea sa ma omor daca as avea sansa.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: v-ati gandit la moarte sau la sinucidere pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

11. 0 Ma pot concentra ca deobicei.
1 Ma concentrez putin mai greu ca inainte.
2 Atentia mea nu este asa de buna ca inainte si am dificultati in a-mi aduna gandurile, dar nu-mi cauzeaza probleme.
3 Capacitatea de a citi sau tine o conversatie nu este asa de buna ca deobicei.
4 Nu pot citi, urmari o emisiune la TV sau avea o conversatie decat cu greutate.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati avut probleme de concentrare pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

12. 0 Hotarasc tot asa de usor ca inainte.
1 Iau decizii un pic mai greu ca inainte.
2 Mi-e greu si-mi ia timp mai lung sa ma decid, dar in final o fac.
3 Nu sunt capabil sa iau unele decizii.
4 Nu pot lua decizii de nici un fel.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati avut dificultati in a lua decizii pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

13. 0 Pofta de mancare este la fel ca inainte.
1 Pofta de mancare mi-a scazut usor.
2 Porta de mancare este mai rea ca inainte, dat pot sa mananc.
3 Nu mai mi-e pofta sa mananc aproape de loc.
4 Nu mai am deloc pofta de mancare si trebuie sa ma fortez sa mananc chiar o bucatica de mancare.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: v-a scazut pofta de mancare pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

14. 0 Nu am slabit nici un pic.
1 Am slabit mai putin de 2,5 kg.
2 Am slabit intre 2,5 si 5 kg.
3 Am slabit intre 5 si 12,5 kg
4 Am slabit mai mult de 12,5 kg.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4:ati tinut un regim special sau atidorit sa slabiti? Da/Nu

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati pierdut din greutate pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

15. 0 Pofta mea de mancare nu este mai mare ca deobicei.
1 Pofta mea de mancare este un pic crescuta.
2 Pofta mea de mancare este evident mai mare decat deobicei.
3 Pofta mea de mancare este mult mai mare.
4 Mi-e foame tot timpul.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati avut pofta de mancare mai mare pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

16. 0 Nu am crescut in greutate.
1 Am luat mai putin de 2,5 kg in greutate.
2 M-am ingrasat intre 2,5 - 5kg.
3 M-am ingrasat intre 5 - 12,5 kg.
4 M-am ingrasat cu mai bine de 12,5kg.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati luat in greutate pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

17. 0 Nu dorm mai putin si mai prost ca deobicei.
1 Uneori dorm mai putin.
2 Evident nu mai dorm ca inainte.

3 Dorm aproape jumatate din timpul cat dormeam inainte.
4 Dorm mai putin de 2 ore pe noapte.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ce fel de probleme ati avut:
1. dificultati la adormire
2. va treziti in mijlocul noptii
3. va treziti prea de dimineata

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati avut probleme cu somnul pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

18. 0 Nu dorm mai mult ca deobicei.
1 Uneori dorm mai mult ca deobicei.
2 Frecvent dorm cel putin 1 ora mai mult ca deobicei.
3 Frecvent dorm cel putin 2 ore mai mult ca deobicei.
4 Frecvent dorm cel putin 3 ore mai mult ca deobicei.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati avut probleme sa dormiti mai mult ca deobicei pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

19. 0 Nu ma simt anxios (ingrijorat), nervos sau tensionat.
1 Uneori ma simt putin anxios.
2 Adesea ma simt anxios.
3 Sunt foarte anxios majoritatea timpului.
4 Ma simt infricosat si panicat.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati fost anxios, nervos sau tensionat pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

20. 0 Nu ma simt descurajat de viitor.
1 Uneori sunt putin descurajat cu privire la viitor.
2 Adesea sunt descurajat cu privire la viitor.
3 Ma simt foarte descurajat cu privire la viitor majoritatea timpului.
4 Simt ca viitorul este fara speranta si ca nu se va imbunatatii.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: v-ati simtit descurajat cu privire la viitor pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

21. 0 Nu ma simt iritat sau suparat.
1 Uneori sunt putin mai iritat decat deobicei.
2 Ma irita sau supara lucruri care uzual nu ma deranjau.
3 Ma simt iritat sau suparat majoritatea timpului.

4 Sunt asa de trist ca nu ma mai irita deloc lucruri care obisnuiau sa ma deranjeze.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: v-ati simtit mai iritat sau suparat decat in mod obisnuit pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

22. 0 Nu sunt ingrijorat de sanatatea mea fizica.
1 Uneori sunt ingrijorat de durerile din corp.
2 Ma ingrijoreaza sanatatea fizica.
3 Sunt foarte ingrijorat de sanatatea fizica.
4 Sunt asa de ingrijorat de sanatatea mea fizica ca nu ma pot gandi la altceva.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati fost ingrijoratde sanatatea fizica pentru mai mult sau mai putin de 2 saptamani? mai mult mai putin

---

23. Incercuiti afirmatia care descrie cel mai bine cum dispozitia psihica variaza in cursul unei zile:
0 Evident ma simt mai depresiv dimineata.
1 Evident ma simt mai depresiv dupamiaza.
2 Evident ma simt mai depresiv seara.
3 Ma simt la fel de depresiv toata ziua.

---

24. Ati simtit vre-o imbunatatire cand ceva placut se intampla sau cand cineva incearca sa va inveseleasca?
0 Da. Ma simt aproape normal pentru o perioada scurta de timp.
1 Ma simt putin mai bine, dar sunt totusi depresiv.
2 Nu simt nici o imbunatatire.

---

25. Cum comparati sentimentul de depresie sau tristete cu depresia pe care ati simti-o daca cineva drag ar muri?
0 Nu exista nici o diferenta intre cele doua feluri de depresie.
1 Exista o diferenta certa intre cele doua depresii.

- oo O oo -

Anexa Nr. 13:

SCALA DE DEPRESIE PENTRU SCHIZOFRENIE CALGARY

(The Calgary Depression Scalse fopr Schizophrenia - CDSS)
(*Addington si colab. 1992)*

Pentru intervievator: Pentru fiecare item pune prima intrebare asa cum este formulata in scris. Apoi poti sa schimbi restul intrebarilor dupa cum doresti ca sa obtii maximul de informatie. La fel, poti sa schimbi perioada de timp pentru care evaluezi depresia, de ex. ultima saptamana, ultimele doua saptamani, etc. Cotarea ultimului item, Nr. 9, sa face pe baza observatiei de-a lungul intregului interviu.

1. **Depresia: Cum ati putea descrie dispozitia Dvs psihica din ultimele doua saptamani? Ati fost destul de bucuros sau ati fost trist si abatut? In ultimele doua saptamani cat de des ati fost …(foloseste cuvantul utilizat de respondent)? In fiecare zi? In toate zilele?**

   0 – absent
   1 – usor: exprima tristete sau discurajare
   2 – moderat: depresie bine conturata persistand pana la jumatate din timpul ultimelor doua saptamani
   3 – sever: depresie marcata in mai mult de jumatate din zilele ultimelor doua saptamani si care interfera cu functionarea motorie sau sociala a subiectului.

2. **Lipsa de speranta: Cum va vedeti viitorul? Puteti sa vorbiti despre viitor sau considerati ca nu aveti nici un viitor? Ati abandonat sa va conturati viitorul sau considerati ca inca merita sa va luptati pentru el?**

   0 – absent
   1 – usor: prezinta perioade in care se simte fara speranta dar inca are ceva increderе in viitor
   2 – moderat: sentiment moderat de lipsa de speranta in ultima saptamana. Chestionat recunoaste posibilitatea de a gandi pozitiv despre viitor.
   3 – sever: persistent si suparator sentiment de lipsa de speranta.

3. **Lipsa de valoare: Care este opinia Dvs despre Dumneavoastra insiva comparative cu alti oameni? Va considerati mai bun sau nu asa de bun ca majoritatea? Va simtiti inferior sau chiar lipsit de valoare?**

   0 – absent
   1 – usor: ceva sentiment de inferioritate dar fara sa fie vorba de lipsa de valoare
   2 – moderat: se simte fara valoare dar mai putin de jumatate din perioada chestionata
   3 – sever: subiectul se simte fara valoare si inferior in majoritatea timpului. Poate fi provocat sa recunoasca altceva

4. **Idei de vinovatie: Aveti sentimente ca sunteti acuzat de ceva sau chiar acuzat pe nedrept? Pentru ce anume? (nu include acuzatii justificabile; exclude delirul de vinovatie)**

   0 – absent
   1 – usor: subiectul se simte blamat dar nu acuzat in mai putin de jumatate de timp
   2 – moderat: persistent simtamant de a fi blamat si/sau acuzat ocazional
   3 – sever: persistent sentiment de a fi acuzat. Cand este provocat recunoaste ca aceasta nu este chiar asa.

5. **Vinovatie patologica: Aveti tendinta sa va criticati chiar pentru lucruri mici pe care le-ati facut in trecut? Credeti ca meritati aceste critici?**

   0 – absent
   1 – usor: uneori subiectul se simte vinovat pentru lucruri mici dar mai putin de 50% din timp
   2 – moderat: peste 50% din timp subiectul se simte vinovat de actiunui trecute pe care le exagereaza ca importanta
   3 – sever: in mod obisnuit subiectul se blameaza pentru orice lucru care merge rau chiar daca nu a fost vorba de greselile lui.

6. **Depresia de dimineata: Cand v-ati simtit depresiv, in ultimele doua saptamani, ati constatat ca depresia este mai mare in anumita perioada a zilei?**

   0 – absent
   1 – usor: depresia nu prezinta variatii diurne
   2 – moderat: subiectul mentioneaza spontan ca depresia este mai rea dimineata
   3 – sever: depresie marcat severa dimineata cu afectarea functionarii si care se amelioreaza semnificativ dupamasa

7. **Trezire de dimineata: Ati constatat ca va treziti foarte devreme? Cat de des se petrece aceasta?**

   0 – absent
   1 – usor: ocazional se trezeste mai devreme cu o ora sau mai mult
   2 – moderat: deseori se trezeste mai devreme decat e necesar
   3 – sever: in fiecare zi se trezeste mai devreme cu mai mult de o ora

8. **Suicid: Ati constatat ca viata nu merita traita? Va ganditi ca mai bine nu ati trai? Va ganditi ca mai bine v-ati omora? Ati vrea sa incercati?**

   0 – absent
   1 – usor: frecvente ganduri ca mai bine ar fi mort sau ocazional ganduri de suicid
   2 – moderat: ia in consideratie suicidal dar nu a facut nicio incercare
   3 – sever: are un plan desemnat sa se sinucida cu adevarat

9. **Depresie observata:** ***bazata pe observatia din timpul interviului***

   0 – absent
   1 – usor: subiectul apare trist si abatut in timpul discutarii subiectelor neutre
   2 – moderat: subiectul apare trist si abatut in timpul interviului, cu voce monotona si joasa, cu lacrimi in ochi sau chiar plangand
   3 – sever: subiectul devine foarte trist si se blocheaza in timpul interviului cand se discuta subiecte ce-l afecteaza, ofteaza adanc, plange persistent, apare realmente daramat/distrus.

- oo O oo -

Anexa Nr. 14:

SCALA EDINBURGH DE DEPRESIE POSTPARTUM
(*Edinburgh Postnatal Depression Scale*)

Cox si colab. (1987)

Instructiuni:

1. Respondenta este rugata sa sublinieze raspunsul care este cel mai aproape de felul cum s-a simtit in ultimele 7 zile.
2. Trebuie sa se raspunda la toate cele 10 intrebari.
3. Trebuie sa se evite ca respondenta sa discute cu alti cum sa raspunda la intrebari
4. Respondenta trebuie sa raspunda ea insasi la intrebari chiar daca are dificultati in citirea si intelegerea textului.
5. Scala EPDS poate fi utilizata pentru screeningul femeilor la 6-8 saptamani dupa nastere 6-8 weeks to screen postnatal women. The child health clinic, postnatal check-up or a home visit may provide suitable opportunities for its completion.

Nume: _____

Adresa: _____

Varsta copilului: _____

Noi am vrea sa stim cum va simtiti acum cant tocmai aveti un copil. Va rog sa subliniati rapunsul cel mai potrivit cu starea Dvs DIN ULTIMELE 7 ZILE, nu numai cum va simtiti in acest moment.

1. Am fost capabila sa rad si sa vad partea hazlie a lucrurilor.
   Tot atat de mult ca si altadata
   Nu chiar asa de mult
   Evident mai putin
   Deloc
2. Am cautat sa ma bucur de toate.
   Tot atat de mult ca si altadata
   Nu chiar asa de mult
   Evident mai putin
   Deloc
3. * M-am acuzat pe nedrept atunci cand lucrurile mergeau rau.
   Da, majoritatea timpului
   Da, destul de mult
   Nu foarte des
   Niciodata

4. Am fost anxioasa si ingrijorata fara motive temeinice.
   Deloc
   Foarte rar

Da, uneori
Da, foarte des

5. * Am fost infricosata si panicata pentru lucruri mici.
   Da, mult
   Da, uneori
   Nu, rar
   Nu, deloc

6. * Lucrurile m-au depasit.
   Da, majoritatea timpului am fost capabila sa depasesc problemele
   Da, uneori nu m-am descurcat asa de bine ca inainte
   Nu, majoritatea timpului m-a descurcat destul de bine
   Nu, am fost capabila sa depasesc problemele

7. * Am fost asa de nefericita ca am avut probleme sa dorm.
   Da, majoritatea timpului
   Da, uneori
   Nu foarte des
   Nu, deloc

8. * M-am simtit trista, suparata si nefericita.
   Da, majoritatea timpului
   Da, uneori
   Nu foarte des
   Nu, deloc

9. * Am fost asa de nefericita ca am plans.
   Da, majoritatea timpului
   Da, destul de des
   numai ocazional
   Nu, niciodata

10. * Mi s-a intamplat sa ma gandesc sa-mi fac ceva rau.
    Da, destul de des
    Uneori
    Foarte rar
    Niciodata

Raspunsurile sunt evaluate cu 0, 1, 2 si 3 in functie de cresterea severitatii simptomului. Intrebarile marcate cu asterix sunt cotate in ordine inversa (de ex. 3, 2, 1 si 0). Scorul total este calculate prin adunarea scorurilor tuturor intrebarilor.

- oo O oo -

Anexa Nr. 15:

SCALA DE LIPSA DE SPERANTA BECK
(*BECH HOPELESSNESS SCALE - SHP*)

Nr. item	Item	Adevarat	Fals
1	Astept viitorul cu speranta si entuziasm		
2	Ar trebuie sa renunt din cauza ca lucrurile nu merg cum ar trebui		
3	Cand lucrurile nu merg bine eu stiu ca asta nu se va intampla mereu		
4	Nu pot sa-mi imaginez viata mea peste 10 ani		
5	Am timp destul pentru lucrurile care le vreau cel mai mult		
6	Astept ca in viitor sa am success in ceea ce ma intereseaza cel mai mult		
7	Viitorul meu mi se pare sumbru		
8	Ma astept ca obtin mai mult de la viata decat oamenii obisnuiti		
9	Nu am esuat si nu sunt motive sa cred ca voi esua in viitor		
10	Experientele trecute ma ajuta in viitor		
11	Tot ce vad inainte sunt mai curand lucruri neplacute decat placute		
12	Nu ma astept sa obtin ceea ce doresc		
13	Cand ma gandesc la viitor eu cred ca voi fi mai fericit decat in present		
14	Lucrurile nu merg cu as vrea sa mearga		
15	Am o mare incredere in viitor		
16	Niciodata nu am avut ce am dorit asa ca este supid sa doresc ceva		
17	Este foarte improbabil sa obtin vreo bucurie in viitor		
18	Viitorul mi se pare vag si incert		
19	Ma astept la mai multe lucruri proaste decat bune		
20	Nu are sens sa incerc ceva din cauza ca probabil nu voi reusi		

- oo O oo -

5. MASURAREA MANIEI

In fata profesionistilor sanatatii mentale sindromul maniacal este o conditie clinica foarte frecvent intalnita. La prima vedere diagnosticul acestei entitati clinice este foarte usor fiind bazat doar pe patru criterii clasice: euforie patologice, hiperactivitate, grandiozitate si iritabilitate (Cassidy si colab.1998). Lucrurile nu stau chiar asa pentru ca, pe de-o parte bolnavii cu manie de cele mai multe ori nu au “insight” sau constiinta bolii lor si raporteaza cu greutate simptomele pe care le au, iar pe de alta parte exista inca in dezbatere fenomenologia maniei. Destul de des mania se suprapune cu trasaturile de psihoza si aceasta tendinta se manifesta atat cand aceste entitati sunt evident clinic cat si atunci cand ele sunt de intensitate subclinica si aceasta tendinta subliniaza continuumul care exista intre situatia din populatia clinica si cea din populatia generala (Kaymaz si coalb. 2007). Existenta starilor mixte in care depresia se amesteca cu mania este o alta situatie care a complicat si mai mult lucrurile cand e vorba de fenomenologia maniei.

Dincolo de limbajul folosit de diferiti autori, s-a constat ca “mania” este o entitate care poate acoperi mai multe intelesuri si nu este pur si simplu ceea ce “bipolaritatea” ar presupune, adica opusul pur si simplu al starii depresive.

O alta problema dificila este instabilitatea intrinseca a tabloului clinic de manie fiind de larga notorietate volatilitatea acestei stari psihopatologice. Labilitatea simptomelor, a dispozitiei psihice si a comportamentelor contigente face ca evaluarea acestei stari sa duce la rezultate diferite de la o zi la alta. Aceasta a creeat probleme in a defini remisia clinica cat si evaluarea eficacitatii tratamentului (Baldessarini, 2003). Toate aceste probleme expuse aici pe scurt arata cat de important este sa evaluam corect si standardizat sindromul maniacal In acest capitol voi prezenta cele mai Utilizate metode de masurare si identificare a "maniei". Intr-un clasament in functie de frecventa citatrilor intr-un an, Tyrer si Methuen (2009) gasesc ca Young Mania Rating scale are o citatre medie de 21, 5 ori, Bech-rafaelsen Mania Rating Scale se claseaza pe locul doi cu 3,6 citari si Clinician-Administered Rating Scale for Mania cu 3,5.ori.

5.1. SCALELE DE AUTO-EVALUARE

Heterogenitatea simptomatica si sindromologica a conceptului clinic de manie ca si confidenta scazuta a raportarilor facute de acesti pacienti a facut ca instrumentele de evaluare psihopatologica a maniei sa aiba o importanta deosebita. In acest context se poate pune

intrebarea daca scalele de auto-evaluare ale maniei sunt confidente. Aceasta intrebare a persistat mult timp din cauza evidentei ca pacientii maniacali sunt prea agitati, necooperanti si lipsiti de constiinta tafdectivitatii lor ca sa furnizeze propriile rapunsuri pe o astfel de scala. Bauer si colab. (1991) construiesc o scala cu 17 intrebari, numita "*Internal State Scale*" iar subiectul maniacal trebuie sa se evalueaze singur plasandu-si rapunsurile pe o scala analogica de la 1 la 10. Autorii au gasit o buna corelatie intre scorurile acestei scale si cea obtinuta prin observatie cu scala de manie a lui Young, desi la o analiza mai atenta a lui Altman (1998) lucrurile nu au aparut tot atat de clare.

O alta scala de auto-evaluare a maniei a fost dezvoltata de Shugar si colab. (1992) denumita "*Self-Report Manic Inventory*", destinata sa evalueze prezenta simptomelor maniacale si a severitatii lor. Aceasta scala cuprinde 48 intrebari la care subiectul poate raspunde cu “adevarat” sau “fals”. Surprinzator a fost ca autorii au constatat ca subiectii maniacali fara constiinta bolii, adica insight, au cotat la fel ca si cei cu insight. Ulterior s-a constatat ca aceasta scala prezinta si o buna corelatie cu Intenal State Scale (Cook si colab. 1996).

5. 1.1. SCALA DE AUTOEVALUARE A MANIEI ALTMAN (Altman Self-Rating Mania Scale)

Cea mai cunoscuta si utilizata scale de auto-evaluare a maniei a fost construita de Altman si colab. (1997). Aceasta scala cunoscuta ca si "*Altman Self-Rating Mania Scale - ASRMS*" contine cinci grupe de intrebari, fiecare destinata sa masoare un simptom cardinal al maniei precum dispozitia psihica crescuta, grandiozitate, scaderea nevoii de somn, presiunea vorbirii si agitatia psihomotorie (vezi Anexa Nr 1). Aceasta scala prezinta o buna corelatie cu "*Young Mania Rating Scale*" si cu scala "*Clinician-Administered Rating Scale for Mania - CARS-M*" (Altman si colab. 1994) si un scor adecvat de confidenta la proba test-retest. Important este ca si aceasts scala reuseste sa deceleze simptomele de manie si severitatea lor atat la subiectii cu insight cat si la cei fara insight. Mai mult, chiar si pacientii cu manie si trasaturi psihotice reusesc sa completeze corect aceasta scala. Autorii au aratat ca un scor de 6 sau mai mare diagnosticheaza mania cu o senzitivitate de 85,5% si o specificitate de 87,3%. Scala prezinta si o buna sensibilitate la schimbare, deci poate fi folosita sa evalueze longitudinal progresul sub tratament al pacientilor maniacali.

Ulterior, Altman si colab. (2001) fac o comparatie intre cele trei scale de autoevaluare a maniei, Internal State Scale (ISS), Self-Report Manic Inventory (SRMI) si Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM) si folosesc "*Clinician-Administered Rating Scale for Mania*" ca un "gold standard". Senzitivitatea pentru fiecare scala in identificarea pacientilor cu simptome maniacale a fost de 45% pentru ISS, 86% pentru SRMI si 93% pentru ASRM. Diferentele dintre aceste instrumente s-ar explica, dupa acesti autori, prin faptul ca fiecare din ele a fost construita in altfel. Astfel, SRMI a fost construita sa masoare simptomele psihiatrice asa cum ele se regasesc in DSM-III-R, ASRM este derivata din factorii decelati la analiza factoriala a simptomelor maniacale, iar ISS este focalizata mai mult pe trairile subiectului maniacal.

5.1.2. CHESTIONARUL TULBURARILOR DISPOZITIEI (*Mood Disorders Questionnaire)*

Un alt instrument de autoevaluare a maniei a fost dezvoltat de Hirschfeld si colab. (2000): Chestionarul tulburarilor dispozitiei (Mood Disorders Questionnaire-MDQ). Este vorba de un instrument de screening pentru tulburarile din spectrumul bipolar, adica tulburarile bipolare tip I si II si tulburarea ciclotimica.

Chestionarul se prezinta sub forma unei singure pagini cu 13 intrebari la care subiectul trebuie sa raspunda cu DA sau NU (vezi Anexa Nr. 2). Mai sunt doua intrebari prin care subiectul evalueaza cat de dizabilitante sunt simptomele care le are. Intrebarile sunt congruente cu criteriile DSM-IV pentru manie si hipomanie. Pentru cele 13 intrebari raspunsul DA se coteaza cu 1 si scorul maxim poate fi 13. Autori au stabilit un prag de 7 pentru ca raspunsul sa fie pozitiv pentru prezenta unei tulburari in spectrul bipolar. Mai mult, chestionarul evalueaza si daca simptomele au aparatu impreuna si cat de severe au fost. MDQ poate fi administrat de un medic, o sora sau alta persoana cu experienta clinica.

Toate rezultatele converg ca atunci cand se vrea utilizarea unei scale de autoevaluare pentru a masura severitatea sau pentru a face un screening al simptomelor maniacale sau pentru a masura rezultatul tratamentului (Hirshfeld si coloab. 2003; Isomesta si colab. 2003).

Din aceasta scurta trecere in revista a scalelor de auto evaluare a maniei se poate constata ca nu trebuie sa existe nici o reticenta de a lasa bolnavul maniacal sa se evalueze singur si ca evaluarile lui sunt confidente, atat in ce priveste acuratetea simptomelor, cat si a severitatii lor. Se indica cu predilectie ca aceste scale sa fi folosite la pacientii cu manie usoara sau medie,

indiferent de insight, atat ca screening cat si ca instrument de evaluare a severitatii sau a raspunsului la tratament; mai mult, ele pot fi folosite si in tandem cu scalele de observatie a maniei (Altman, 1998).

5.2. SCALELE DE OBSERVATIE

Scalele de observatie ale manie sunt pe departe cele mai folosite in clinica, atat ca adjuvat diagnostic, cat mai ales pentru evaluarea severitatii simptomelor si pentru monitorizarea longitudinala a eficacitatii tratamentului. Aceste instrumente prezinta caracteristici psihometrice foarte bune, respectiv scoruri bune la testele de validitate si confidenta, ceea ce le-a impus si atunci cand se efectueaza trialuri psihofarmacologice.

Aceste scale se aplica de catre un observator cu experienta clinica, de obicei un medic sau psiholog, dar exista si scale destinate a fi aplicate de surori. In aplicarea acestor instrumente trebuie avut in vedere starea de constiinta/vigilitate a subiectului si se recomanda prudenta in interpretarea scorurilor atunci cand subiectii maniacali sunt sub influenta drogurilor si mai ales a alcoolului (Salloum si colab. 2002).

Aceste scale permit si evaluarea deznodamantului tratamentului sau a evolutiei clinice, respectiv scorurile obtinute putand fi incorporate in criteriile de remisie ale unui episod maniacal (Berk si colab. 2008).

5.2.1. SCALA BEIGEL DE EVALUARE A MANIEI (*Beigel Manic-State Rating Scale-MSR)*)

Aceasta a fost prima scala de manie publicata de Beigel si colab. (1971) in cadrul unui program dezvoltat de National Institute of Mental Health in Bethesda, Maryland, SUA (vezi anexa Nr. 3).

Scala este destinata sa monitorizeze comportamentul bolnavului internat si raspunsul lui la tratamentul primit.

Scala cuprinde 26 itemi care reprezinta tot atatea comportamente observabile care sunt cotate in functie de frecventa si de severitate, fiecare item primind o nota pe o scala de la 0 la 5. Scorul fiecarui item se calculeaza prin inmultirea notei de frecventa cu cea de severitate si astfel pentru fiecare item scorul poate fi de la 0 la 25.

Evaluarea se face de catre surori pe durata schimbului de lucru, adica pentru 8 ore.

Scala prezinta calitati psihometrice bune de validitate si confidenta si este capabila sa distinga modificarile in starea clinica si severitatea simptomelor.

Critica scalei este legata de faptul ca i) itemii nu sunt definiti, ceea ce ar putea lasa loc la interpretati intre cotatori, ii) scorul scalei se calculeaza greu si iii) unii itemi importanti nu sunt cumprinsi precum scaderea nevoii de somn si instabilitatea emotionala.

5.2.2. SCALA YOUNG DE EVALUARE A MANIEI (*Young Mania Rating Scale-YMRS)*

Daca scala lui Beigel (BSMR) este cea mai veche, scala lui Young este cea mai utilizata scala de evaluare a simptomelor maniacale. Dupa unii autori, scala este considerata a fi "gold standared" in evaluarea maniei (Perlis, 2010). Ea a fost publicata de Young si colab.in 1978 cu intentia de a oferi o scala de observatie pentru manie asa cum exista o scala de observatie pentru depresie si astfel constructia sclei urmareste constructia scalei HDRS (Moller, 2009).

Scala YMRS este construita pentru a evalua severitatea simptomelor si a evalua eficacitatea tratamentului antimaniacal. Itemii scalei au fost selectati pe baze descriptiilor clinice ale maniei si reflecta simptomele existente, atat in formele usoare, cat si in cele severe de manie (Young si colab. 2000).

Scala cuprinde 11 itemi, sapte dintre ei sunt cotati de la 0 la 4, in functie de severitate, si patru itemi (iritabilitatea, presiunea vorbirii, continutul vorbirii si comportamentul destructurat-agresiv) sunt cotati de la 0 la 8, in functie de descrierea fiecare trepte de evaluare. Scorul de poate intinde de la 1 al 60. Scala este prezentata in anexa Nr. 4.

Se recomanda ca YMRS sa fie completata de medici sau surori de psihiatrie cu experienta clinica adecvata. Completarea scale ia in jur de 15-20 minute. Fiind o scala de observatie, cotarea se face in functie de starea in timp real a pacientului si nu dupa cum el s-a prezentat intr-un alt cadru de timp.

Scala prezinta calitati psihometrice foarte bune atat pentru validitate (Spearman r= 0,67-0,95, p<0,001) cat si pentru confidenta determinata prin corelatia cu alte trei scale de manie (Poolsup si colab. 1999).

Prin analiza factoriala s-a demonstrat ca scala genereaza trei factori: tulburari de gandire, comportament hipereactiv si destructurat si dispozitie crescuta.

Autorii recomanda, cu precautia necesara, diferite scoruri prag pentru evaluarea severitatii: manie minima scor 13, manie usoara scor 20, manie moderata scor 26 si manie severa scor 38 si peste. Azorin si colab. (2007) fac o analiza mult mai sofisticata (metoda ROC curve) pe un esantion de 1.090 subiecti pentru a gasi un scor prag care sa deosebeasca mania severea de celelalte forme si gasesc ca la scorul de 39 scala YMRS prezinta cel mai favorabil raport intre senzitivitate si specificitate cu care deceleaza cazurile de manie severa. Ca o recunoastere a robustetii sale psihometrice, scala YMRS este folosita pentru evaluarea remisiei clinice a episodului maniacal, un scor mai mic de 4 (Berk si colab. 2008) sau 5 (Baldessarini, 2003) evidentiind revenirea la eutimie a unui pacient maniacal. Un scor mai mic de 12 poate fi considerat ca remisiune si poate fi inclus in criteriile de externare dintr-un program de tratament.

Exista si o versiune a YMRS pentru evaluarea maniei la copii, care este de fapt un chestionar pentru parintele copilului presupus a fi maniacal. Aceasta scala numita P-YMRS contine tot 11 itemi sunt forma de intrebare si parintele trebuie sa aleaga pentru fiecare intrebare un raspuns preformat cotat pentru 7 itemi cu 0-4 si pentru 4 itemi cu 0-8. Aceasts scale este mai mult folosita cu scopuri de cercetare decat in rutina clinica de zi cu zi (Gracious si colab. 2002). O alta scala pentru evaluarea maniei la copii prin chestionarea parintelui a fost dezvoltata de Pavaluri si colab. (2006) Child Mania rating Scale-Parent Version si care cuprinde 21 itemi iar ulterior Henry si colab. (2008) construeste o scala mai scurta doar cu 10 itemi bazati pe scala anterioara.

5.2.3. SCALA DE MANIE BECH-RAFAELSON (*Bech-Rafaelsen Mania Scale-BRMS*)

Scala Beck Rafaelsen (Beck si colab. 1978) este cea mai validata scAla utilizata pentru evaluarea maniei (Licht si Jensen, 1997). Ea a fost folosita mai ales in formele medii de manie pentru a evalua severitatea simptomelor in timpul studiilor clinice cu litiu sau anticonvulsivate.

Scala BRMS a fost construita sa monitorizeze simptomele maniacale in timpul tratamentului.

Aceasta scala cuprinde 11 itemi care au fost extrasi din scala lui Beigel si din scala "*Petterson mania scale*" (Patterson si colab. 1973) si itemii au fost distribuiti conform componentelor maniei dupa Kraepelin. Fiecare item este evaluat pentru o perioada de timp de trei zile anterioare evaluarii si se coteaza pe o scala Likert de 5 puncte (de la 0 la 4), scotul total

putanduse intinde de la 0 la 44 (vezi anexa Nr. 5). Un scor de la 0 la 5 indica absenta maniei, un scor de 6-9 este dubitativ pentru manie, 10-14 indica hipomania, 15-20 indica o manie usoara, 21-28 o manie moderata si 29-44 indica o manie severa, chiar de intensitate psihotica.

Se recomanda ca aceasta scala sa fie aplicata de un medic si administrarea ei ia in jur de 15-30 minute. Medicul coteaza fiecare item pe baza observatiei clinice proprii si pe baza intrebarilor pe care le pune pentru a acoperi anumiti itemi.

Bech insusi gaseste ca scala are un indice de confidenta de 0,98 si o sensibilitate la schimbare mai mare decat pentru BPRS (Beck, 1993). Mai recent Bech si colab. (2001) studiaza responsivitatea, respectiv sensibilitatea la schimbare sub tratament, a scalei BRMS concurent cu aplicarea scalei "*Clinical Global Impression Scale - CGI*", scala totdeauna utilizata pentru a evalua responsivitatea in studiile clinice. Ei gasesc ca dupa 6 zile de tratament cu zuclopentixol, 53% din pacientii maniacali au raspuns la tratament dupa scorurile la BRMS si doar 30% conform scorurilor la CGI; diferenta este semnificativ statistica pentru a afirma ca scala BRMS prezinta o buna validitate in masurarea severitatii maniei. Scala BRMS este folosita si pentru evaluarea starilor mixte atunci cand se aplica impreuna cu scala pentru melancolie a lui Bech si Rafaelsen (Rosi si colab. 2001).

5.2.4. SCALA DE EVALUARE A MANIEI ADMINISTRATA DE CLINICIAN (*The Clinician-Administered Rating Scale for Mania - CARS-M*)

Aceasta scala a fost construita de Altman si colab (1994) pe baza criteriile inglobate in "*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – SADS*" (Spitzer si colab. 1978) si in DSM-IVII-R, cu dorinta explicita de a face o scala capabila sa discearna trasaturile nucleare ale maniei si sa urmareasca evolutia simptomelor maniacale in timp, fie ele chiar psihotice (vezi Anexa Nr. 6).

Scala contine 15 itemi care sunt evaluati pe o scala Likert cu 6 ancore, cu exceptia itemului despre “insight” care e cotat de la 0 la 4. Fiecare item prezinta o definitie si unele intrebari care ajuta clinicianul la evaluarea lui cu acuratete. In evaluarea itemilor clinicianul mai poate folosi si informatii din alte surse precum surori, membrii de familie sau inscrisuri medicale (bilete de iesire din spital, scrisori medicale, etc.). Cadrul de timp la care se refera evaluarea este ultimele 7 zile.

CARS-M contine doua subscale, una pentru simptomele afective manicale si care cuprinde 10 itemi si alta pentru cele psihotice cu cinci itemi. Scorul fiecarui item poate sa se intinda de la 0 la 5 si astfel scorul general al scalei poate fi de la 0 la 74, itemul despre insight fiind cotat diferit.

Autorii au furnizat urmatoarele praguri pentru severitatea maniei: 8-15 = manie usoara, 16-25 = manie moderata, peste 26 manie severa.

Se recomanda ca scala CARS-M sa fie administrata de catre un clinician cu experienta si cu un antrenament de familiarizare cu definitile si ancorele scalei.

Altman si colab. (1994) au efectuat un studiu de validare a scalei comparativ cu scala de manie Young si au gasit o corelatie inalta de 0,94. Confidenta evaluata inter-cotatori a fost de 0,93 pentru scorul total al scalei si de 0,83 cand s-a luat in considerare doar scorul individual al fiecarui item. Scala prezinta si o buna sensibilitate la schimbare ceea ce o face adecvata pentru urmarirea evolutiei subiectilor sub tratamentul antimaniacal. Totusi scala se utilizeaza cel mai mult pentru evaluarea severitatii formei de manie si pentru urmarirea simptomatologiei maniacale.

5.2.5. GHIDUL DE EVALUATRE A MANIEI (*Mania Rating Guide*)

Examinarea si diagnosticarea pacientilor dupa un interviu clinic nestructurat, desi are avantajul flexibilitatii, nu prezinta o confidenta suficienta pentru a fi considerat o metoda infailibila de culegere a datelor (Steiner si colab. 1995). Astfel, daca se compara interpretarea si cotarea diferitilor clinicieni dupe ce au vazut o inregistrare video a unui interviul clinic nestructurat a unui pacient, se constata ca rezultatele sunt surprinzator de diferite. Mai mult, fiecare clinician are propriul stil si preferinte atunci cand intervieveaza un subiect in vederea culegerii simptomelor si nu agreeaza de loc un stil diferit de cel propriu. In schimb instrumentele standardizate sau semistandardizate, desi nu lasa prea multa libertate intervievatorului, au avantajul unei confidente ridicate atat cand se evalueaza cotatori diferitie sau la acelasi cotator in doua momente diferite de timp. In acest fel s-a construit si adoptat modulele de manie din instrumentele promovate de Organizatia Mondiala a Sanatatii: Composite Internatioanl Diagnostic Interview – CIDI (WHO, 1990) si Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN (WHO, 1994) corespunzatoare Clasificarii Interbationale a Bolilor versiunea 10-a (ICD-10) sau interviul Structured Clinical Interview for DSM – SCID

corespunzand criteriilor din DSM-IV (Spitzer si colab. 1992). Aceste module pot fi aplicate ca atare atunci cand clinicianul suspecteaza existenta unei stari maniacale. Aceste module cuprind intrebari construite in asa fel incat se evidentieze existenta sau absenta unui criteriu de diagnostic asa cum aceste criterii sunt formulate in ICD-10 sau DSM-IV. Aceste module nu pot fi considerate instrumente care sa culeaga simptomele maniei sau se evalueze severitatea lor asa cum o fac scalele prezentate pana acum; ele sunt doar instrumente de diagnostic.

O foarte interesanta contributie la instrumentele structurate de evaluare a maniei o aduce o echipa din Brazilia care face un "colaj" din intrebarile si itemii a trei scale: Young Mania Rating Scale (YMRS), Bech-Rafaelsen Mania Scale (BRMS) si Clinician Administered Rating Scale for Mania (CARS-M) si astfel construiesc un ghid de interviu pentru manie denumit de ei Mania Rating Guide – MRG (Shansis si colab. 2003). Acest ghid cuprinde 21 de itemi si fiecare din ei este acoperit de mai multe intrebari care pot fi puse ca atare sau usor refrazate, dupa gustul intervievatorului, insa acest ghid furnizeaza structura necesara si siguranta ca nici unul din simptomele cardinale ale maniei nu a fost trecut cu vederea sau "obturat" de prezenta mai mult decat evidenta a altui simptom (vezi Anexa Nr. 7). Raspunsurile la intrebari nu se coteaza cu unume scor, ci doar calitativ, prezent sau absent, sau in grade de severitate (usor, moderat, sever, etc.). Fiecare item furnizeaza si indicatia privind corespondenta sa cu itemul originar din una sau mai multe din cele trei scale.

5.2.6. LISTA COGNITIILOR DIN MANIE (*Cognition Checklist for Mania—Revised*)

De interes particular, mai ales pentru clinicienii implicate in terpapii nemedicamentoase, ar fi scala lui Beck si colab. (2006) destinata sa masoare gandurile automate si credintele disfunctionale nucleare ale subiectilor cu manie, ca un prim pas in declansarea unei terapii cognitive comportamentale.

Conform modelului cognitivist dezvoltat de Beck, exista o diferenta semnificativa intre schemele cognitive, atitudinile disfunctionale, credintele nucleare maladaptative si gandurile automate ale subiectilor cu diferite tulburari psihice datoria particularitatilor specifice ale sistemului propriu de filtrare si prelucrare a informatiilor. Pentru Goldberg si colab (2005) este evident ca cele mai importante distorsiuni cognitive la maniacali sunt: credinta exagerata in

propriile puteri, valoare si relatii, cresterea placerii si excitatiei cu ignorarea riscurilor si inadecvarea in managementul propriei energii cu credinta in infatigabilitate.

Pentru a evalua cu mai multa acuratete structura cognitiva a maniacalilor Beck construieste un instrument numit "Cognition Checklist for Mania - CCL-M" pe care subiectul evaluat il completeaza singur si care cuprinde 61 intrebari ce acopera credintele si cognitiile reprezentative pentru manie. Ulterior, Beck si colab. (2006) decid sa faca o versiune scurta si astfel apare o versiune revizuita (CCL-M-R) cu doar 29 itemi, grupati in patru subscale: sub-scala “relatii” cu 7 itemi, sub-scala “eu insumi” cu 7 itemi, sub-scala “placere/excitatie” cu 9 itemi si sub-scala “activitate” cu 6 itemi (vezi Anexa Nr. 8). Subiectul se evalueaza singur de-alungul itemilor si clinicianul face scorul pentru fiecare subscala prin adunarea valorii corespunzatoare fiecarui itemi in parte.

Instrumentul prezinta proprietati psihometrice ce-l recomanda pentru utilizare, precum o consistenta interna pentru scorul total al scalei de 0,93 si un indice de validitate de 0,59 atunci cand scala e comparata cu YMRS. Scala reuseste sa discrimineze semnificativ episodul maniacal de cel mixt si de cel depresive ceea ce subliniaza ca scala citeste cu adevarat cognitiile acestui tip de tulburare psihica.

Parintii instrumentul CCL-M-R nu furnizeaza scoruri prag pentru “normal” sau "patologic"; se recomanda ca instrumentul sa fie utilizat pentru a determina schimbarile produse in timpul terapiei cognitive sau chiar a celei medicamentoase, el avand o buna sensibilitate la schimbare.

Bibliografie:

Altman EG, Hedeker DR, Janicak PG et al (1994): The Clinician - Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): Development, reliability, and validity. Biological psychiatry, 36:124-134.

Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM (1997): The Altman Self-Rating Mania Scale, Biological Psychiatry, 42:948-955.

Altman EG (1998): Rating scales for mania: is self-rating reliable? Journal of Affective Disorders, 50:283-286

Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, Davis JM (2001): A Comparative Evaluation of Three Self-Rating Scales for Acute Mania. Biological Psychiatry, 50:468–471.

Azorin JM, Hantouche EG (2001): Evaluation de la manie: de la recherché a la practique. Annalles Medico-Psychologique, 159:415-423.

Azorin JM, Kaladjian A, Akiskal HS et al (2007): Validation of a severity threshold for the Mania Rating Scale: A receiver-operating characteristic analysis, Psychopathology, 40: 453-560.

Bauer M, Crits-Cristoph P, Ball W et al. (1991): Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. Arch. Gen. Psychiatry 48, 807–812.

Bech P (1993): Rating Scales for psychopathology, Health Status and Quality of Life, Berlin, Springer.

Bech P, Baastrup PC, de Bleeker E et al (2001): Dimensionality, responsiveness and standardization of the Bech-Rafaelsen Mania Scale in the ultra-short therapy with antipsychotics in patients with severe manic episodes, Acta Psychiatrica Scaninavica, 104:25-30.

Bech P, Rafaelsen OJ, Kramp R et al (1978): The mania rating scale: scale construction and inter-observer agreement, Neuropharmacology, 17:430-431.

Beck AT, Colis MJ, Steer RA et al (2006): Cognition Checklist for Mania—Revised, Psychiatry Research 145: 233–240.

Beigel A, Murphy DL, Bunney WE Jr. (1971) The Manic-State Rating Scale. Scale construction, reliability, and validity. Archives of General Psychiatry, 25: 256–262.

Berk M, Ng F, Wang WV et al (2008): The empirical redefinition of the psychometric criteria for remission in bipolar disorder. Journal of Affective Disorders 106: 153–158.

Cassidy F, Forest K, Murry E, Carrol BJ (1998): A factor analysis of the signs and symptoms of mania. Arch. Gen. Psychiatry 55, 27–32.

Cook RG, Kruger S, Shugar G (1996): Comparative evaluation of two self-report mania rating scales. Biological Psychiatry, 40:279-283.

Goldberg JF, Wenze SJ, Welker TM et al (2005): Content-specificity of dysfunctional cognitions for patients with bipolar mania versus unipolar disorder: a preliminary study.
Bipolar Disorders 7: 49–56.

Gonzalez-Pinto A, Ballesteros J, Aldama A et al. (2003): Principal components of mania. Journal of Affective Disorders 76: 95–102.

Gracious BL, Youngstrom EA, Findling RL et al (2002): Discriminative validity of a parent version of the Young Mania Rating Scale. Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry, 41: 1350-1356.

Henry DB, Pavaluri MN, Youngstron E, Birmaher B (2008): Accuracy of Brief and Full Forms of the Child Mania Rating Scale. Journal of Clinical Psychology, 64: 368–381.

Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL et al (2000): Development and validation of a screening instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Questionnaire. American Journal of Psychiatry, 157:1873-1875.

Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM et al (2003): Screening for bipolar disorder in the community. J Clin Psychiatry, 64(1): 53–59.

Isometsa E, Suominen K, Mantere O et al (2003): The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. BMC Psychiatry, 3(1): 8.

Kaymaz N, van Os J, de Graaf R et al (2007): The impact of subclinical psychosis on the transition from subclinicial mania to bipolar disorder. Journal of Affective Disorders 98: 55–64.

Licht RW, Jensen V (1997): Validation of the Beck-Rafaelsen Mania Scale using latent structure analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 96:367-372.

Moller HJ (2009): Standardized rating scales in psychiatry: methodological basis, their possibilities and limitations and descriptions of important rating scales, World Journal of Biological Psychiatry, 10(1): 6-26.

Patterson U, Fyro B, Sedvall G (1973): A new scale for the longitudinal rating of manic states, Acta Psychiatrica Scandinavica, 49:248-256.

Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B et al (2006): Child Mania Rating Scale: Development, reliability, and validity. Journal of the American Academy of
Child and Adolescent Psychiatry, 45: 550–560.

Poolsup N, Li Wan Po A, Oyebode F (1999): Measuring mania and critical appraisal of rating scales, Journal of clinical Pharmacy and therapeutics, 24: 433-443.

Perlis RH (2010): Rating scales for bipolar disorder, in L Baer, M Blais (Eds.): Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in psychiatry and Mental Health, New York: Humana Press.

Rossi A, Daneluzzo E, Arduini L et al (2001): A factor analysis of signs and symptoms of the manic episode with Bech-Rafaelsen Mania and Melancholia Scales, Journal of Affective Disroders, 64:267-270.

Salloum IM, Cornelius JR, Mezzich JE, Kirisci L (2002): Impact of concurrent alcohol misuse on symptom presentation of acute mania at initial evaluation. Bipolar Disorders, 4: 418–421.

Spitzer RL, Endicott J (1978): Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Change Version, 3rd Ed. New York: Biometrics Research.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB: The Structures Clinical Interviews for DSM-III-R (SCID)(1992): I: History, rationale, and description, Arch.Gen.Psychiatry, 49:624-629.

Steiner JL, Tebes JK, Sledge WH, Walker ML (1995): A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. Journal of Nervous and Mental Disorders,183:365-9.

Tyrer P, Methuen C (2007): Rating Scales in Psychiatry, London, RCPsych Publication

World Health Organization (1990): Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI-interview (version1.0), b) CIDI-user manual, c) CIDI training manual, d) CIDI-computer programs, Geneva.

World Health Organization (1994): Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), American Psychiatric Press, Washington, DC.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA (1978): A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. British Hournal of psychiatry, 133:429-435.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA (2000): Young Mania Rating Scale, in AL Rush et al (Eds.): Handbook of Psychiatric Measures, Washington, DC: American Psychiatric Association.

- oo O oo -

Anexa Nr. 1:

SCALA DE AUTO-EVALUARE A MANIEI A LUI ALTMAN
(The Altman Self-Rating Mania Scale – ASRMS)

INSTRUCTIUNI:
1. Acest chestionar cuprinde 5 grupe de propozitii; cititi cu atentie fiecare propozitie.
2. Alegeti o singura propozitie din fiecare grupa, propozitie care descrie cel mai bine sentimentele pe care le-ati avut in ultima saptamana.
3. Incerecuiti numarul corespunzator propozitiei alese.
4. Luati nota ca "ocazional" inseamna o frecventa de 1-2 pe saptamana, "adesea" inseamna o frecventa de 3-4 ori pe saptamana si "frecvent" insemna de 5-6 ori pe saptamana.

---

1)
0 Nu ma simt mai bucuros sau fericit ca deobicei
1 Ocazional ma simt mai bucuros sau fericit decat deobicei
2 Adesea ma simt mai bucuros sau fericit decat deobicei
3 Frecvent ma simt mai bucuros sau fericit decat deobicei
4 Tot timpul sa simt mai bucuros sau fericit decat deobicei

---

2)
0 Nu ma simt mai increzator decat deobicei
1 Ocazional ma simt mai increzator decat deobicei
2 Adesea ma simt mai increzator decat deobicei
3 Frecvent ma simt mai increzator decat deobicei
4 Majoritatea timpului ma simt extrem de increzator

---

3)
0 Eu dorm ca deobicei
1 Ocazional am nevoie de somn mai putin decat deobicei
2 Adesea am nevoie de somn mai putin decat deobicei
3 Frecvent am nevoie de somn mai putin decat deobicei
4 Nu dorm ziua si noaptea si nu sunt obosit

---

4)
0 Eu nu vorbesc mai mult ca deobicei
1 Ocazional vorbesc mai mult ca deobicei
2 Adesea vorbesc mai mult ca deobicei
3 Frecvent vorbesc mai mult ca deobicei
4 Vorbesc mult si nu pot fi intrerupt

---

5)
0 Nu sunt mai activ (la lucru, acasa, sexual sau la distractii) decat deobicei
1 Ocazional sunt mai activ decat deobicei
2 Adesea sunt mai activ decat deobicei
3 Frecvent sunt mai activ decat deobicei
4 Sunt constant activ tot timpul

- oo O oo -

Anexa Nr. 2:

CHESTIONARUL TULBURARILOR DISPOZITIEI

(Mood Disorders Questionnaire)

1. A exista o perioada de timp cand nu ai fost ca deobicei si...

...te-ai simtit asa de bine sau super ca alti oameni au crezut ca nu esti tu acela sau ca o sa ai necazuri?	DA	NU
...ai fost asa de iritat ca ai strigat la oameni sau te-ai certat sau batut?	DA	NU
...te-ai simtit mult mai increzator decat deobicei?	DA	NU
...ai avut nevoie de mai putin somn si nu ai fost somnoros?	DA	NU
...ai fost mai vorbaret si ai vorbit mai repede ca deobicei?	DA	NU
...gandurile au mers mai repede si nu ai putu sa le incetinesti?	DA	NU
...atentia ti-a fost usor de distras de lucruri din jur si ai avut probleme sa te concentrezi?	DA	NU
...ai avut mult mai multa energie ca deobicei?	DA	NU
...ai fost mult mai activ si ai facut mult mai multe lucruri ca deobicei?	DA	NU
...ai fost mult mai social si mai prietenos decat deobicei, de ex. ai telefont unui prieten in timpul noptii?	DA	NU
...ai fost mult mai interesat de sex ca deobicei?	DA	NU
...ai facut lucruri care deobicei pentru tine sau pentru altii par a fi excesive, nebunesti sau riscante?	DA	NU
...ai cheltuit multi bani si ai avut probleme din cauza asta?	DA	NU
2. Daca ai raspuns cu DA la mai mult de o intrebare, s-au intamplat aceste lucruri impreuna in aceiasi perioada de timp?	DA	NU

3. Cat de mult aceste lucruri au fost o problema pentru tine, precum sa nu mergi la serviciu, sa ai probleme familiale, financiare sau legale, sa te certi sua sa te bati?

Nicio problema	Problema minora	Problema moderata	Problema serioasa

- oo O oo -

Anexa Nr. 3:

SCALA BEIGEL DE EVALUARE A MANIEI
(*BEIGEL MANIC-STATE RRATING SCALE*)

Frecventa							**Severitatea**				
Niciodata	Foarte rar	Cateodata	Destul de des	Frecvent	Totdeauna		Foate putin	Putin	Moderat	Puternic	Foarte puternic
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Pacientul:**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
						1. Arata depresiv					
						2. Este vorbaret					
						3. Se misca dintr-un loc in altul					
						4. Ameninta					
						5. Prezinta judecati inadecvate					
						6. Este imbracat nepotrivit					
						7. Arata fericit si vesel					
						8. Cauta tovarasia altora					
						9. Este distractibil					
						10. Are idei grandioase					
						11. Este iritabil					
						12. Este combativ si destructiv					
						13. Este delirant					
						14. Verbalizeaza sentimente depresive					
						15. Este activ					
						16. Este certaret					
						17. Vorbeste despre sex					
						18. Este manios					
						19. Este nepasator la felul cum e imbracat sau arata					
						20. Prezinta o diminuare a controlului impulsurilor					
						21. Verbalizeaza sentimente de bunastare					
						22. Este suspicios					
						23. Isi face planuri nerealiste					
						24. Simte nevoie contactului cu altii					
						25. Este preocupat de sex					
						26. Sare de la un subiect la altul					

- oo O oo -

Anexa Nr. 4:

SCALA YOUNG DE EVALUARE A MANIEI
(*Young Mania Rating Scale-YMRS)*

Ghid pentru evaluarea itemilor:

Scopul fiecarui item este sa evalueze severitatea simptomelor pacientului. Pentru fiecare item sunt furnizate mai multe grade de severitate si este necesar sa fie aleas un anume grad pentru ca itemul respectiv sa fie evaluat. Astfel, alegeti un grad de severitate in acord cu perceptia fata de starea pacientului. Fiecarui grad de severitate ii corespunde un scor, pentru unii itemi puteti alege si un scor intre treptele de severitate furinizate.

1. Dispozitie crescuta

0 Absent
1 Posibila sau usoara crestere a dispozitiei cand este intrebat
2 Crestere subiectiva bine definita: optimistic, confident, bucuros, conform cu contextul
3 Crescuta; veselie; neconform cu contextul
4 Euforic; ras nepotrivit; canta

2. Cresterea energiei – activitatii motorii

0 Absent
1 Crestere afirmata
2 Animat, gesticulatie
3 Eneregie excesiva; perioade de hiperactivitate; se misca continuu (poate fi calmat)
4 Excitatie motorie; hiperactivitate continua (nu poate fi calmat)

3. Interesul sexual

0 Normal; nu este crescut deloc
1 Posibil sau usor crescut
2 Afirmativ crescut
3 Continut sexual spontan; discuta subiecte sexuale; raporteaza hipersexualism
4 Actiuni sexuale deschise (fata de personal, alti pacienti, etc.)

4. Somn

0 Nu raporteaza descresterea nevoii de somn
1 Doarme mai putin decat normal pana la o ora
2 Doarme mai putin decat normal (mai mult decat o ora)
3 Raporteaza descresterea nevoii de somn
4 Neaga nevoia de somn

5. Iritabilitate

0 Absent
2 Afirmativ crescut
4 Iritabil in timpul interviului; recente episoade de minie sau cearta in spital
6 Frecvent iritabil in timpul interviului; comportament necivilizat, vulgar
8 Ostil, necooperant; interviul este imposibil

6. Vorbire (frecventa si cantitate)

0 Necrescuta
2 Crede ca este vorbaret
4 Perioade de **c**restere a frecventei si a cantitatii; vorbaret in timpul interviului
6 Crestere evidenta a frecventei si cantitatii vorbirii, nu poate fi oprit
8 Nu poate fi intrerupt, vorbeste incontinuu

7. Tulburarea gandirii – limbajului

0 Absent
1 Circumstantial, usoara distractibilitate, gandire rapida
2 Distractibil, pierde firul gandirii, schimba subiectul des, gandurile zboara,
3 Fuga de idei, tangentialitate, dificil de urmarit, echolalie
4 Incoerent, comunicatie imposibila

8. Continut

0 Normal
2 Planuri vagi, noi interese
4 Proiecte speciale; hiper-religios
6 Grandios sau paranoid; idei de referinta
8 Delirant; halucinatii

9. Comportament destructurat – agresiv

0 Absent; cooperant
2 Sarcastic, circumspect
4 Solicitant, amenintator
6 Ameninta intervievatorul, imbranceste, interviu dificil
8 Agresiv, distructiv, interviu imposibil

10. Aparenta

0 Imbracaminte si aparenta corespunzatoare
1 Usoara dezordine in imbracaminte si aparenta
2 Moderata dezordine, murdarie, imbracaminte neadecvata
3 Dezmatat; partial imbracat; impopotonat, machiat neportivit
4 Complet murdar si dezmatat, imbracat bizar, machiat strident; poata decoratii si insigne

11. Insight (constiinta bolii)

0 Prezent; adminte existenta bolii; de acord cu tratamentul
1 Admite ca posibila boala
2 Admite modificarile comportamentale dar neaga existenta bolii
3 Admite unele modificari comportamentale dar neaga existenta bolii
4 Neaga orice schimbare comportamentala

- oo O oo -

Anexa Nr. 5

SCALA DE MANIE BECK-RAFAELSEN

(Beck-Rafaelsen Mania Rating Scale - BRMRS)

1. Activitate motorie

0 Activitate motorize normala, expresie faciala adecvata
1 Usoara crestere a activitatii motorii, expresie faciala vivace
2 Activitate motorize crescuta, gesticulatie
3 Activitate motorize excesiva, se mica tot timpul, se ridica de una sau mai multe ori in timpul interviului
4 Activ tot timpul, se mica energic fara intrerupere, nu pote sta locului chiar daca i se cere

2. Activitate verbala

0 Activitate verbala normala
1 Usor vorbaret
2 Evident vorbaret, nu face pauze atunci cand vorbeste
3 Dificil de intrerupt
4 Imposibil de interupt, domina complet conversatia

3. Viteza/fuga gandurilor

0 Vorbire coerenta,
1 Furnizeaza descrieri, explicatii si elaborari vii fara insa a pierde legatura cu subiectul
2 Dificil pentru subiect sa ramana la subiect, prezinta divagatii si distractibilitate prin asociatii de idei (precum rime, jocuri de cuvinte, sunet, muzicalitate)
3 Continuitatea gandirii este frecvent intrerupta de divagatii si asociatii intamplatoare
4 Este dificil si chiar imposibil de urmarit fluxul gandirii, subiectul sare evident de la un subiect la altul

4. Nivelul sonor al vorbirii

0 Volum normal al vorbirii
1 Vorbeste tare dar nu face zgomot
2 Voce auzibila de la distanta si face ceva zgomot
3 Vocifereaza, voce auzibila de la distanta, canta, face zgomot
4 Striga, zbiara sau foloseste alte surse de a face zgomot

5. Ostilitate

0 Fara semen de nerabdare sau ostilitate
1 Ceva nerabdare si iritabilitate dar isi mentine controlul
2 Evidenta nerabdare si iritabilitate, tolereaza greu provocarile
3 Provocator, amenintator dar poate fi calmat
4 Violenta fizica evidenta, destructiv fizic

6. Dispozitie psihica (sentimente de bunastare)

0 Dispozitie neutra
1 Usoara crestere a dispozitiei psihice dar inca adaptat situatiei
2 Dispozitie moderat crescuta, face glume , rade
3 Dispozitie marcat crescuta, exuberanta exprimata in vorbire si miscare
4 Dispozitie extreme de crescuta, inadecvat situatiei

7. Stima de sine

0 Stima de sine normala
1 Crestere usoara a stimei de sine, usoara bravada
2 Moderata crestere a stimei de sine, bravada, utilizeaza frecvent superlative
3 Ostentativ, idei nerealiste despre sine
4 Idei grandioase care nu pot fi corectate

8. Contactul cu ceilalti

0 Contact normal
1 Usoara tendinta de a interfera si intrerupe pe altii,
2 Evident ca interfera sau intrerupe pe altii sau se contrazice
3 Dominator, da ordine, schimba aranjamentele dar inca in legatura cu contextul
4 Extrem de dominator si manipulative dar fara legatura cu contextul

9. Somnul (in ultimele trei zile)

0 Dura obisnuita de somn
1 Durata redusa de somn cu pana la 25%
2 Durata redusa de somn cu pana la 50%
3 Durata redusa de somn cu pana la 75%
4 Nu doarme de loc

10. Intresesul sexual

0 Interes si activitate sexuala normala
1 Usoara crestere a interesului si activitatii sexuale
2 Moderata crestere a interesului si activitatii sexuale
3 Marcata crestere a interesului si activitatii sexuale evidenta in comportament si vorbire
4 Preocupare sexuala totala si inadecvata

11. Munca

A. La prima evaluare

0 Activitate normala
1 Usoara crestere a impulsului de a lucra dar calitatea muncii este usor redusa din cauza modificarii motivatiei si a distractibilitatii
2 Crestere a impulsului dar motivatia fluctueaza evident. Pacientul are dificultati in asi aprecia calitatea muncii care este evident scazuta. Dispute la serviciu
3 Capacitate de munca evident scazuta si momente de pierdere a controlului; a trebuie sa lipseasca sau sa opreasca serviciu sau a fost spitalizat dar a fost capabil sa participe la activitatile din sectia de psihiatrie
4 Pacientul este spitalizat sau ar trebuie sa fie si este incapabil sa participle la activitatile organizate de sectia de psihiatrie

B. Evaluarea la o saptamana

0 a) Pacientul si-a reluat munca la nivelul normal de activitate
b) Pacientul nu are probleme de a-si relua munca normala

1 a) Pacientul lucreaza dar efortul este oarecum redus datorita schimbarii motivatiei
b) Este indoielnic daca pacientul poate sa-si reia activitatea normala datorita distractibilitatii si modificarii motivatiei

2 a) Pacientul lucreaza dar capacitatii de munca este evident redusa (de ex. datorita absentelor)
b) Pacientul este inca spitalizat sau in concediu medical. Este capabil sa-si reia munca numai cu precautii speciale (supraveghere, timp de lucru redus)

3 Pacientul este inca spitalizat sau in concediu medical si este incapabil de a-si relua munca. In spital participa la unele activitati

4 Pacientul este spitalizat si incapabil de a participa la vre-o activitate in spital

- oo O oo -

Anexa Nr. 6

Scala de evaluare a maniei administrata de clinician
(*The Clinician-Administered Rating Scale for Mania – CARS-M*)

1. Dispozitie euforica (Optimism exagerat despre present sau viitor care dureaza cel putin cateva ore si care este neadecvat cu circumstantele exterioare)

0 Absent
1 Schitat; de exmplu: este bine dispus, mai vesel decat altii dar semnificatia clinica este sub semnul intrebarii
2 Usor; dispozitia expansiva este bine definita, optimism evident si oarecum neadecvata circumstantelor
3 Moderat; dispozitia si scopurile subiectului sunt clar neadecvate si nerealiste
4 Sever; dispozitia euforica este foarte pregnanta
5 Extrem; sentimente extreme de bunastare afirmate deschis; ras si cantat nepotrivit.

Intrebari:
- A existat momente in ultima saptamana/luna in care te-ai simtit neobisnuit de bine, vesel sau fericit?
- Te simti ca si cum toate sunt asa cum ai vrut?
- Este o diferenta fata de dispozitia ta normala? De cat timp dureaza?

2. **Iritabilitate/Agresivitate** (Evidentiata recent, demonstrata in afara sau in timpul interviului, exprima deschis mânia, iritabilitatea sau supararea. Sa nu se includa expresia subiectiva a mâniei/suparării daca nu exista si expresia exterioara)

0 Absent
1 Foarte putin; ocazionala suparare dar semnificatia clinica este sub semnul intrebarii
2 Usoara; certaret, opozitionist, repede exprima suparare fata de altii, uneori iritabil in timpul interviului
3 Moderata; adesea injura, isi pierde cumpatul, ameninta, iritare excesiva fata de unele subiecte, frecvent iritabil in timpul interviului, uneori este necesara punerea pacientului intr-o sectie inchisa
4 Severa; uneori agresiv, arunca cu obiecte, distruge, excesiva iritare, folosirea fortei pentru a-l linisti este uneori necesara, interviul a fost oprit din cauza iritabilitatii excesive
5 Extrema; episoade de violenta impotriva persoanelor si obiectelor, folosirea fortei este necesara (legarea, camasa de forta, etc.)

Intrebari:
- Cum te intelegi cu alti oameni in general?
- Te-ai simtit iritabil si mânios? Cat de mult timp?
- Ai fost implicat in certuri sau confruntari fizice cu altii? Cat de des?

3. Hiperactivitate motorie (demonstrata recent, in afara si in timpul interviului, hiperactivitate motorie manifestata vizibil si generalizata. A nu se include nelinistea traita subiectiv sau legata de tratamentul urmat)

0 Absent
1 Foarte usor crescuta si cu o semnificatie clinica indoielnica
2 Usoara; uneori umbla mai mult, incapabil sa stea linistit pe scaun
3 Moderata; umbla frecvet prin sectie, incapabil sa stea pe scaun
4 Marcata: aproape constant se misca si umbla
5 Extrem; sesmne continue de hiperactivitate motorie si pacientul trebuie linistit cu forta pentru a evita extenuarea fizica

Intrebari:

- Au existat perioade cad ai fost incapabil sa stai linistit sau cand a trebuit sa umblii si sa te misti incolo si incoace?

4. Presiunea vorbirii (vorbire accelerata, presiune de a vorbii sau cresterea cantitatii si vitezei vorbirii, in afara sau in timpul interviului)

0 Absent
1 Foarte usor crescuta sau cu o semnificatie clinica indoielnica
2 Usoara; vorbaret mai mult decat de obicei dar conversatia nu este afectata
3 Moderata; asa de vorbaret incat conversatia este influentata; unele dificultati de a intrerupe discursul pacientului
4 Marcata; vorbirea pacientului este asa de rapida ca este dificil de a mentine conversatia si este foarte dificil de a intrerupe pacientul
5 Extrema; vorbirea este asa de rapida si continua ca pacientul nu poate fi intrerupt

5. Fuga de idei (vorbire accelerata cu schimbarea abrupta a subiectului in mod obisnuit bazata pe asociatia de idei, stimuli distractivi sau jocuri de cuvinte. Cand e severa, asociatiile pot fi dificil de inteles si devine evidenta o relaxare a asociatiilor de idei sau incoerenta ideilor; fuga de idei se refera si la experienta subiectiva a pacientului de a avea ganduri care-i zboara sau alearga prin minte)

0 Absent
1 Foarte usoara; momente ocazionale fare semnificatie clinica
2 Usoara; ocazional prezinta momente de schimbare brusca a subiectului cu usoara afectare a intelegerii a ceea ce vorbeste pacientul sau pacientul raporteaza ocazional fuga ideilor
3 Moderata; momente frecvente cu afectarea intelegerii vorbirii pacientului sau pacientul raporteaza fuga ideilor care devine suparatoare pentru pacient
4 Severa; foarte frecventa fuga de idei cu afectare definita a intelegerii spuselor pacientului
5 Extrema; vorbirea consta in schimbari rapide ale subiectului care este dificil de urmarit

Intrebari:

- Ai fost deranjat de faptul ca ai prea multe idei in acelasi timp?
- Se intampla sa ai ganduri care-ti zboara prin minte? Cat de des? Te afecteaza?

6. Distractibilitatea (Atentia este usor de distras de lucruri irelevante sau neimportante; de ex. zgomot in camera vecina, carti de pe un raft, imbracamintea intervievatorului, etc. A se exlude distractibilitatea datorita halucinatiilor vizuale si/sau auditive sau delirurilor; evalueaza numai pe baza observatiei)

0 Absent
1 Foarte usora sau semnificatie clinica indoieslnica
2 Usoara; prezenta dar nu interfera cu conversatia sau cu sarcina de executat
3 Moderata; ceva interferenta cu conversatia si sarcina
4 Severa; frecventa interferenta cu conversatia si sarcina de executat
5 Extrema; pacientul este incapabil de a-si sustine atentia la conversatie sau sarcina lui

7. Grandiozitatea (cresterea stimei de sine si apreciere nerealista sau nepotrivita a valorii, bogatiei, puterii, cunoasterii sau abilitatilor proprii)

0 Absent
1 Stima de sine si increderea in sine foarte usor crescuta dar cu semnificatie clinica indoielnica
2 Usoara; stima de sine crescuta sau exagerarea abilitatilor oarecum disproportionata fata de circumstante
3 Moderata; stima de sine crescuta clar disproportionata fata de circumstante, intensitate la marginea delirului
4 Severa; clar delir de grandoare
5 Extrema; preocupari si/sau acte pe baza delirului de grandoare

Intrebari:

- Te-ai simtit mai increzator in tine decat deobicei?
- Ai simtit ca esti o persoana importanta sau ca ai o putere, cunostinte sau abilitati care nu sunt intalnite la altii asa de des?

- Ai o misiune sau un scop special in viata?
- Ai o relatie speciala cu Dumnezeu?

8. Descresterea nevoii de somn (nevoie mai mica de somn pentru a fi odihnit; a nu se confunda cu insomnia de adormire sau trezirea devreme)

0 Absent
1 Pana la o ora mai putin somn decat obisnuit
2 Pana la 2 ore mai putin somn decat obisnuit
3 Pana la 3 ore mai putin somn decat obisnuit
4 Pana la 4 ore mai putin somn decat obisnuit
5 Mai mult de 4 ore

Intrebari:

- De cat de mult somn ai nevoie in mod obisnuit?
- Ti-a scazut nevoia de somn fata de trecut?
- Cat de putin dormi sau ai nevoie sa dormi?

9. Energie excesiva (Neobisnuit de energic si mult mai activ decat de obicei, fara sa fie obosit, ce dureaza de mai multe zile)

0 Absent
1 Putin mai multa energie dar cu semnificatie clinica indoielnica
2 Crestere certa a nivelului de energie si mai putina oboseala ca deobicei dar nu afecteaza functionarea
3 Clar mai activ decat uzual cu putina oboseala sau deloc, ocazional interfera cu functionarea
4 Mult mai activ decat obisnuit cu putina oboseala si clara interferenta cu functionarea
5 Extrema; activ toata ziua, cu putina oboseala sau deloc, fara nevoie de somn.

Intrebari

- Ai mai multa energie decat de obicei?
- Esti mai activ decat de obicei sau simti ca poti face orice fara sa fi obosit?

10. Probleme de judecata (implicare excesiva in activitati fara sa recunoasca riscurile si consecintele; perturbant, atrage atentia celorlalti)

0 Absent
1 Foarte usor dar cu semnificatie clinical indoielnica (de ex. cresterea numarului de convorbiri telefonice, deranjant)
2 Usor dar definite probleme de judecata (de ex. perturbant, provocator sexual, cânta nepotrivit)
3 Moderat; isi asuma sarcini sau responsabilitati fara sa aiba abilitatile necesare, face indiscretii financiare, cumparaturi peste limita, frecventa perturbare a altora
4 Sever; promiscuitate sexuala, hipersexualitate, comportament extrem de deranjant, se pune in dificultati economice
5 Extrem; comportament perturbant continuu nerespectand limitele si regulile stabilite, telefoneaza la toate orele, comportament antisocial, implicare excesiva in situatii de risc fara sa ia in calcul consecintele

Intrebari:

- Cand te simti vesel sau iritabil faci lucruri care sa faca probleme tie sau familiei tale?
- Faci cheltuieli nesabuite?
- Iti iei responsabilitati pentru care nu esti pregatit/calificat?

11. Tulburari de gandire (Afectarea intelegerii gandirii pacientului manifestata prin tulburarile de vorbire. Aceasta se poate traduce prin prin diferite combinatii intre incoerenta, relaxarea asociatiilor de idei, neologisme, gandire ilogica. Nu se evalueaza aici simpla fuga a ideilor daca nu este severa.)

0 Absent

1 Ocazional asemenea momente dar cu semnificatie clinica indoielnica
2 Putine dar bine definite astfel de situatii dar care impiedeca foarte putin sau deloc intelegerea gandirii subiectului
3 Frecvente situatii de acest gen cu ceva afectare a intelegerii vorbirii pacientului
4 Sever; frecvente situatii in care intelegerea vorbirii pacientului este marcata
5 Extrema; foarte mult sau completa dezorganizare a vorbirii facand imposibila intelegerea a ceea ce spune pacientul

12. Deliruri (false si stabile credinte mergand de la idei delirante la deliruri bine conturate – inclusiv delirul de grandoare)
Specifica tipul:_____
Determina daca el este congruent cu dispozitia_____
sau incongruent cu dispozitia _____

0 Absent
1 Suspect sau probabil
2 Prezente; subiectul nu este convins cu totul; include idei de referinta sau de persecutie fara a antrena totala convingerea a subiectului
3 Prezente si convingatoare dar influenteaza putin comportamentul subiectului
4 Delirurile interfera semnificativ cu gandurile, sentimentele sau comportamentul subiectului (de ex. preocupayt cu credinta ca altii ii vor raul)
5 Actiuni bazate pe tema delirului cu impact major asupra subiectului sau a altora (de ex. nu mai mananca pentru ca crede ca e otravit, loveste pe altii din credinta ca vor sa-i faca rau)

Intrebari:
- Ai avut sentimentul ca cineva incearca sa-ti faca rau fara sa aibe vre-un motiv? Poti sa-mi dai un exemplu?
- Ai simtit ceva ca si cum ai fi controlat de forte sau puteri exterioare? (Exemple?)
- Ai simtit ca la radio sau TV se vorbeste despre tine sau comunica cu tine intr-un mod special?
- Ai idei sau credinte neobisnuite pentru altii?
- Aceste idei interfera cu viata si munca ta in vreun fel?

13. Halucinatii (O perceptie senzoriala fara stimularea exterioara a organului senzorial) Specifica tipul: _____Determina daca este congruent cu dispozitia_____sau incongruent cu dispozitia_____

0 Absent
1 Suspect sau probabil
2 Prezente dar subiectul este in general constient ca ar fi vorba de imaginatia sa si poate sa le ignore
3 Prezente in mod bine definit si antreneaza convingerea subiectului si exista doar o mica interferenta cu viata subiectului
4 Halucinatiile au un impact puternic asupra gandurilor, sentimentelor sau comportamentului subiectului (de ex. incuie usa de frica urmaritorilor lui)
5 Actiuni bazate pe halucinatii cu impact major asupra pacientului sau a altora (de ex. pacientul converseaza cu vocile pe care le aude incat aceasta influenteaza activitatea lui)

Intrebari:
- Auzi voci sau sunete fara ca nimeni sa fie in jur?
- Ai avut ceva viziuni sau ai simtit unele mirosuri pe care altii nu le-au vazut sau simtit?
- Ai avut alte perceptii ciudate? (de exemplu?)
- Aceste experiente te-au influentat in vre-un fel?

14. Orientarea (afectarea memoriei de scurta sau de lunga durata sau dezorietarea fata de persoana, loc si timp)

0 Absent
1 Foarte usoara afectare dar de semnificatie clinica indoielnica (de ex. Nu stie data de astazi)

2 Usoara dar definita (de ex. nesigur fata de loc si timp, ceva afectare in unele aspecte are memoriei de scurta si lunga durata)
3 Moderata (de ex. confuz asupra locului sau nu-si poate aminti unele evenimente importante din viata lui)
4 Severa (dezorientare sau afectare marcata a memoriei)
5 Extrema (de ex. evidenta dezorientare in timp, spatiu si la persoana si probelme numeroase de memorie)

Intrebari:

- Ai avut recent probleme sa-ti amintesti cine esti, data sau evenimentele curente?
- Sti in ce zi a saptamanii suntem, luna, anul sau numele locului unde esti acum?

15. Insight (constiinta bolii) (cat de mult pacientul demonstreaza ca isi da seama sau intelege problemele lui emotionale si comportamentale si/sau nevoia de tratament)

0 Prezent (de ex. pacientul admite existenta bolii, a modificarilor comportamentale si a nevoii de tratament)
1 Insight partial prezent (de ex. pacientul accepta posibilitatea de a fi bolnav si a avea nevoie de tratament dar este nesigur)
2 Pacientul admite modificarile comportamentale, boala sau nevoia de tratament si le atribuie factorilor externi plauzibili (de ex. conflicte familiale, dificultati la serviciu, stress, etc.)
3 Pacientul admite tulburarile comportamentale, boala si nevoia de tratament dar le da atributii nerealiste, delirante (de ex. este controlat de forte externe, etc.)
4 Lipsa totala de insight, pacientul neaga existenta oricarei tulburari comportamentale, boala sau nevoie de tratament

Intrebari:

- Crezi ca ai o problema emotionala sau psihologica de vreun fel?
- Cum iti explici comportamentul si simptomele tale?
- Crezi ca actualmente ai nevoie de un tratament psihiatric?

- oo O oo -

Anexa Nr. 7

GHIDUL DE EVALUARE A MANIEI

Mania Rating Guide (MRG)

Abrevierea scalelor originale din care s-au extras itemii cu numarul corespunzator:

• ***MRS*** *– Young Mania Rating Scale*
• ***CARS/M*** *– Clinician-Administered Rating Scale for Mania*
• ***BRMS*** *– Bech-Rafaelsen Mania Scale*

1. DISPOZITIE AFECTIVA (MRS-1, CARS/M-2, BRMS-6)
• Cum a fost dispozitia ta psihica in ultimele doua saptamani?
• Ai avut momemnte in ultimele saptamani cand te-ai simtit mult mai bine, vessel sau fericit? Daca da, da-mi un exemplu.
• Aceasta este diferita de dispozitia ta obisnuita? Cat de mult tine?
• Te-ai simtit au te simti mult mai excitat sau fericit decat alti oameni?
• Aceasta excitatie psihica a fost sau este disproportionate fata de circumstante? Daca da, de-mi un exemplu.
• Ai fost sau esti mult mai euforic sau mai optimist decat in mod obisnuit? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai simtit sau te simti extenuate din cauza ca esti asa de excitat?
• Ai avut vreo izbucnire de ras intr-un moment nepotrivit? Dca da, da-mi un exemplu.
• Iti vine sa te joci mai mult decat de obicei? Daca da, da-mi un exemplu.

2. ENERGIA (MRS-2, CARS/M-9)
• Cum a fost eneregia ta in ultimele doua saptamani?
• Ai avut mai multe energie decat de obicei?
• Ai fost mult mai activ decat de obicei sau ai avut senzatia ca poti lucra toata ziua fara sa fi obosit?
• Esti sau ai fost mai putin obisit decat in mod obisnuit?
• A influentat aceasta activitatea ta de zi cu zi? Daca da, da-mi un exemplu.
• Esti mai agitate decat in mod obisnuit?

3. ACTIVITATEA (MRS-2, CARS/M-3, BRMS-1)
• Ai fost mult mai activ in ultimele doua saptamani?
• Te-ai miscat mai mult decat de obicei?
• Ai gesticulat mai mult decat de obicei?
• Au fost momente in care nu ai putut sta locului?
• Au fost momente in care te-ai miscat si ai umblat neintrerupt?
• Obosesti pentru ca te misti sau umblii asa de mult?
• A trebuit cineva sa te tina ca san u mai te misti sau umblii atat?

4. INTERESUL SEXUAL (MRS-3, CARS/M-10, BRMS-10)
• Cum a fost dorinta ta sexuala in ultimele doua saptamani?
• Te-ai gandit sau ai vorbit mai mult despre sex dacat de obicei?
• Ai avut mai multe relatii sexuale ca de obicei?
• Ai avut mai multi pareteneri sexuali decat de obicei?

5. NEVOIA DE SOMN (MRS-4, CARS/M-8, BRMS-9)
• Cum ai dormit in ultimele doua saptamani?
• De cat de mult somn ai nevoie in mod obisnuit?
• Ai nevoie mai putin de somn decat in mod obisnuit ca sa te simti odihnit?
• Cat de putin somn ai nevoie ca sa te simti odihnit? (Converteste in ore sau procente)
• Cum a fost somnul tau in ultimele trei zile?

6. IRITABILITATEA (MRS-5, CARS/M-2, BRMS-5)
• Cum este relatia ta cu alti oameni?
• Ai fost mai iritabil sau suparat decat de obicei? Daca da, da-mi un exemplu.
• S-a intamplat sa-ti pierzi cumpatul sau sa fi mai nerabdator ca deobicei? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai fost mai suparat pe altii ca de obicei? Daca da, da-mi un exemplu.
• Exista subiecte care te irita sau te fac nevros? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai ajuns sa arunci cu lucruri sau sa le distrugi? Daca da, da-mi un exemplu.
• Esti mai implicat in scandaluri sau batai decat deobicei?
• Ai ajuns sa te legi unii oameni si sa-i agrsezi? Daca da, de ce?

7. VORBIREA (MRS-6, CARS/M-4, BRMS-2)
• Ai fost mai vorbaret decat de obicei?
• Simti uneori ca nut e poti opri vorbind?
• Crezi ca ai vorbit sau vorbesti mai mult decat deobicei?
• Oamenii spun ca este mai dificil sa vorbeasca cu tine decat de obicei? Din ce cauza?
• Obiectiv: Observa vorbirea pacientului: daca pacientul poate fi interrupt sau nu si daca domina conversatia sau nu.

8. FUGA DE IDEI (MRS-7, CARS/M-5, BRMS-3)
• Ai fost deranjat sa ai mai multe ganduri in acelasi timp in minte?
• Ai avut momente in care gandurile tale au fost mai rapide decat de obicei?
• S-a intamplat ca aceste ganduri rapide sa-ti influenteze viata ta de zi cu zi? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai greutati sa duci un gand pana la capat?

9. GRANDIOZITATEA (MRS-8, CARS/M-7, BRMS-7)
• Ai fost mai increzator in tine decat de obicei? Cat de mult (putin, usor, moderat, etc.)?
• Ai simtit ca esti o persoana importanta, ca ai puteri speciale, calitati si abilitati mai mult decat normal? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai vreun scop sau misiune speciala in viata ta? Daca da, care?
• Ai vreo relatie speciala cu Dumnezeu? Daca da, care?
• Ai auzit/vazut lucruri pe care numai tu le-ai auzit/vazut? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai fost sau esti mai suspicios decat alti oameni sau decat de obicei? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai simtit ca lucrurile din jur au legatura cu tine? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai sentimente ca esti controlat de altii sau de forte exterioare? Daca da, da-mi un exemplu.

10. INSIGHT/CONSTIINTA BOLII (MRS-11, CARS/M-15)
• Crezi ca comportamentul tau este diferit decat de obicei?
• Crezi ca esti bolnav?
• Crezi ca ai nevoie de tratament?

11. JUDECATA (CARS/M-10)
• Cand ai fost euphoric sau iritabil ai facut lucruri care ti-au cauzat tie sau familiei tale neplaceri? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai cheltuit nesabuit, fara sa te gandesti la consecinte? Daca da, da-mi un exemplu.
• ai fost implicat in petreceri nebunesti sau orgii? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ti-ai luat sarcini sau responsabilitati pentru care nu erai pregatit sau calificat? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai fost in situatii care implica riscuri? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai telefonat mai mult ca de obicei?

12. DISTRACTIBILITATEA (MRS-7, CARS/M-6)
• Ai fost mai neatent ca de obicei?
• Aceasta lipsa de atentie te deranjeaza in timpul conversatiilor si/sau interfera cu viata ta de zi cu zi?
• Poti sa termini lucruri pe care le-ai inceput sau incepi altele?
• Obiectiv: Observa nivelul de atentie pacientului.

13. MUNCA (BRMS-11)

• Ai fost capabil sa lucrezi in ultimele doua luni?
• Cum este motivatia ta sa lucrezi?
• Care este performanta ta la lucru?
• Te intelegi cu colegi ca de obicei?
• Ti-ai pierdut cumpatul/ai avut iesiri nervoase la serviciu?
• In caz ca pacientul nu lucreaza: Crezi ca te poti intoarce la serviciu?
• In caz ca pacientul este evaluat saptamanal: In ultima saptamana ti-ai reluat serviciu pe care-l faceai de obicei? Ai avut dificultati sa reincepi lucru din cauza problemelor de atentie pe care le ai sau din cauza ca motivatia ta oscileaza prea mult? Ai absentat de la serviciu foarte des? Ai fost concediat recent? Nu mai lucrezi din cauza ca ai fost in spital?
• In caz ca pacientul este spitalizat: Participi la activitatile in sectia de spital?

14. DELIRUL (CARS/M-12)
• Ai simtit ca esti controlat de o forta sau putere exterioara? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai simtita ca oamenii de la radio sau TV vorbesc cu tine, despre tine sau comunica cu tine intr-un mod special? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai avut si alte idei sau credinte ciudate sau neobisnuite?
• Acestea interfera in vreun fel cu viata ta de zi cu zi?

15. HALUCINATIILE (CARS/M-13)
• Ai auzit sunete sau voci cand nu era nimeni in jur? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai vazut sau ai simtit mirosuri pe care alti oameni nu le-au perceptu? Daca da, da-mi un exemplu.
• Ai avut unele perceptii stranii san neobisnuite?
• Au influentat aceste experiente in vreun fel viata ta?

16. ORIENTAREA (CARS/M-14)
• Ai avut recent probleme sa-ti amintesti cine esti, date sau evenimente curente?
• Sti ce zi e astazi, ce zi a saptamanii sau lunii, anul si numele locului unde te afli?

17. COMPORTAMENTUL AGRESIV (MRS-9, CARS/M-2)
• Obiectiv: Observa semnele de iritare si/sau agresivitate ale pacientului.

18. APARENTA (MRS-10)
• Obiectiv: Observa cum este imbracat pacientul (de ex. care este tinuta generala) si daca hainele sunt adecvate circumstantelor.

19. VOLUMUL VOCII (BRMS-4)
• Obiectiv: Observa volumul vocii pacientului.

20. CONTACTUL (BRMS-8)
• Obiectiv: Observa daca pacientul este perturbant, intreba mult, comenteaza, este emfatic sau arogant si daca acest comportament este adecvat contextului.

21. GANDIREA (CARS/M-11)
• Obiectiv: Observa capacitatea subiectului de a intelege, incoerenta in vorbire, relaxarea asociatiilor de idei, neologisme, si alte tulburari ale gandirii. A nu se cota aici fuga de idei.

- oo O oo -

Anexa Nr. 8

LISTA COGNITIILOR DIN MANIE

(Cognition Checklist for Mania—Revised – CCL-M-R)

Nr. item	Itemul	Sunt de acord:			
		Deloc	Uneori	Mult	Foarte mult
Subscala "EU INSUMI"					
1	Oamenii trebuie sa auda ce spun	0	1	2	3
2	Sunt puternic	0	1	2	3
3	Am o misiune speciala	0	1	2	3
4	Am a multime de idei	0	1	2	3
5	Sunt cel mai bun	0	1	2	3
6	Tot ce fac fac foarte bine	0	1	2	3
7	Imi sunt destinate multe lucruri bune				
Subscala "RELATII"					
8	Toata lumea ma iubeste	0	1	2	3
9	Eu ii iubesc pe toti	0	1	2	3
10	Oamenii nu-mi recunosc superioritatea mea	0	1	2	3
11	Oamenii ma trateaza ca si cum as fi bolnav	0	1	2	3
12	Oamenii nu ma inteleg	0	1	2	3
13	Altii stau in calea realizarilor mele	0	1	2	3
14	As face multe lucruri daca oamenii nu m-ar impiedica	0	1	2	3
Subscala "PLACERE/EXCITATIE"					
15	Ar trebuie sa ma bucur cand pot	0	1	2	3
16	Eu trebuie sa traiesc clipa	0	1	2	3
17	Cu cat realizez mai mult cu atat ma bucur mai tare	0	1	2	3
18	Este bine sa-ti asumi riscuri	0	1	2	3
19	Viata e searbada fara excitatie	0	1	2	3
20	Cand sunt excitat simt ca traiesc	0	1	2	3
21	Daca exista o sansa de succes atunci trebuie sa o folosesc cu orice risc	0	1	2	3
22	Pericolul ma excita	0	1	2	3
23	Sunt predestinat sa folosesc toate oportunitatile	0	1	2	3
Subscala "ACTIVITATE"					
24	Am atata energie sa fac ce vreau	0	1	2	3
25	Am obtinut ce am vrut cand am vrut	0	1	2	3
26	Cand obtii este asa de bine incat nu te opresti	0	1	2	3
27	Am scopuri noi	0	1	2	3
28	A fi victorios este totul	0	1	2	3
29	Am realizat mai multe decat altii	0	1	2	3

- oo O oo -

6. MASURAREA ANXIETATII

Interesul pentru masurarea anxietatii este enorm datorita raspandirii ei in populatia generala cat si a heterogenitatii si neclaritatilor conceptuale ale formelor clinice.

Anxietatea este un fenomen care a fost descris de mii de ani si este adanc inradacinat in natura noastra umana. Dupa H. Lindell (citat de Barlow, 2000) anxietatea este umbra inteligentei: "*Doar omul poate fi fericit, dar numai omul poate fi anxios si ingrijorat. Imi vine sa cred ca anxietatea acompaniaza intelectul ca si umbra corpul si cu cat cunoastem mai mult natura anxietatii cu atat cunoastem mai mult despre intelect*". In fapt, anxietatea reflecta capabilitatea noastra de a ne adapta si a planifica viitorul (Barlow, 1988)..

Nu toata comunitatea stiintifica este de acord cu clasificare tulburarilor anxioase si depresive in categoriile actuale. Partizanii acestei teorii se bazeaza pe faptul ca tulburarile depresive si cele anxioase au la baza cele cinci emotii fundamentale: mânia, tristetea, dezgustul, frica si fericirea si privite din acest punct aceste tulburari de aseaza in alta formatie. Watson si coalb (2008) afirma cu tarie ca: "*a sosit timpul de a termina cu separarea artificiala dintre tulburarile depresive si cele anxioase si sa recunoastem puternica legatura dintre ele. Cea mai usoara cale ar fi sa se creieze in DSM-V si International Classification of Diseases-11 o 'superclasa' care sa subsumeze tulburarile curente depresive si anxioase in 'tulburarile emotionale'...si s-ar recunoaste ca aici se subsumeaza tulburari bazate pe diferite tipuri de afect negativ*". Problema asta izvoraste de cand Barlow (1988, 2000) a propus ca tulburarile anxioase si depresive sa fie intelese ca tulburari emotionale ce isi au originea in emotiile fundamentale ale omului si simptomele acestor tulburari precum tristetea, frica, lipsa de speranta, ingrijorarea, pierderea placerii, etc. nu sunt altceva decat expresia ecloziunii emotiilor fundamentale in diferite combinatii care la randul lor activeaza diferite cascade cognitive si mecanisme neuroendocrine care drapeaza tabloul cu diferite alte simptome. In lumina acestei conceptii, a emotiilor bazale, Clark si Watson (2006) propun o noua clasificare care cuprinde: "tulburarile de suferinta/dezolare psihica" (*distress disorders*) care sa cuprinda depresia unipolara, tulburarea distimica si tulburarea anxioasa generalizata, "tulburarile de frica" (*fear disorders*) care ar cuprinde tulburarea de panica, agorafobia, fobia sociala si fobia specifica si a treia clasa ar fi cea

a bulburarilor bipolare. In ceea ce priveste tulburarea obsesiv-compulsiva, ea ar fi lasata afara din clasa mare a tulburarilor emotionale urmand a alcatui impreuna cu tulburarile de spectrum o clasa separata.

Am considerat sa pun in frunctea acestui capitol una din problemele arzatoare asle nosologiei bolilor anxioase pentru a sublinia importanta instrumentelor de screening si de evaluare a diferitelor tulburari anxioase dar si volatilitatea conceptelor pe care aceste instrumente se sprijina.

Mai jos se prezinta un algoritm simplificat de diagnostic al tulburarilor anxioase si care ar fi cele mai adecvate instrumente de evaluare utilizate pentru fiecare din formele clinice de tulburare anxioasa. Se poate observa care ar fi momentul adecvat cand o scala de evaluare standardizata ar trebui sa fie aplicata. Cu toate acestea, trebuie evidentiat ca multe din aceste instrumentele ce vor fi prezentate aici pot fi aplicate inca de la inceputul demersului diagnostic ca si instrumente de screening, cat si ulterior, in timpul administrarii tratamentului, ca si instrumente de evaluare a evolutiei severitatii clinice si determinarii remisiei clinice.

Din considerente de simplificare si sistemtatizare a unui urias material care ar trebui prezentat aici, in acest capitol se va vorbii numai de instrumentele de evaluare a tulburarii anxioase generalizate, tulburarii de panica si atacului de panica, agorafobiei si fobiei sociale.

Daca utilizam clasificarea frecventei citarilor si comentariilor din literatura, clasificare fcuta de Tyler si Mathuen (2007), scala Hospital Anxiety and Drepression scale (HADS) se afla pe primul loc cu 133 citatii si comentarii pe an (scala de care am vorbit in capitolul referitor la masurarea depresiei), apoi scala "Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) cu 121,4 citatii si comentarii pe an, urmata de Beck Anxiety Inventory (BAI) cu 49,8 si Hamilton Anxiety Scale (HAS) cu 45,6.

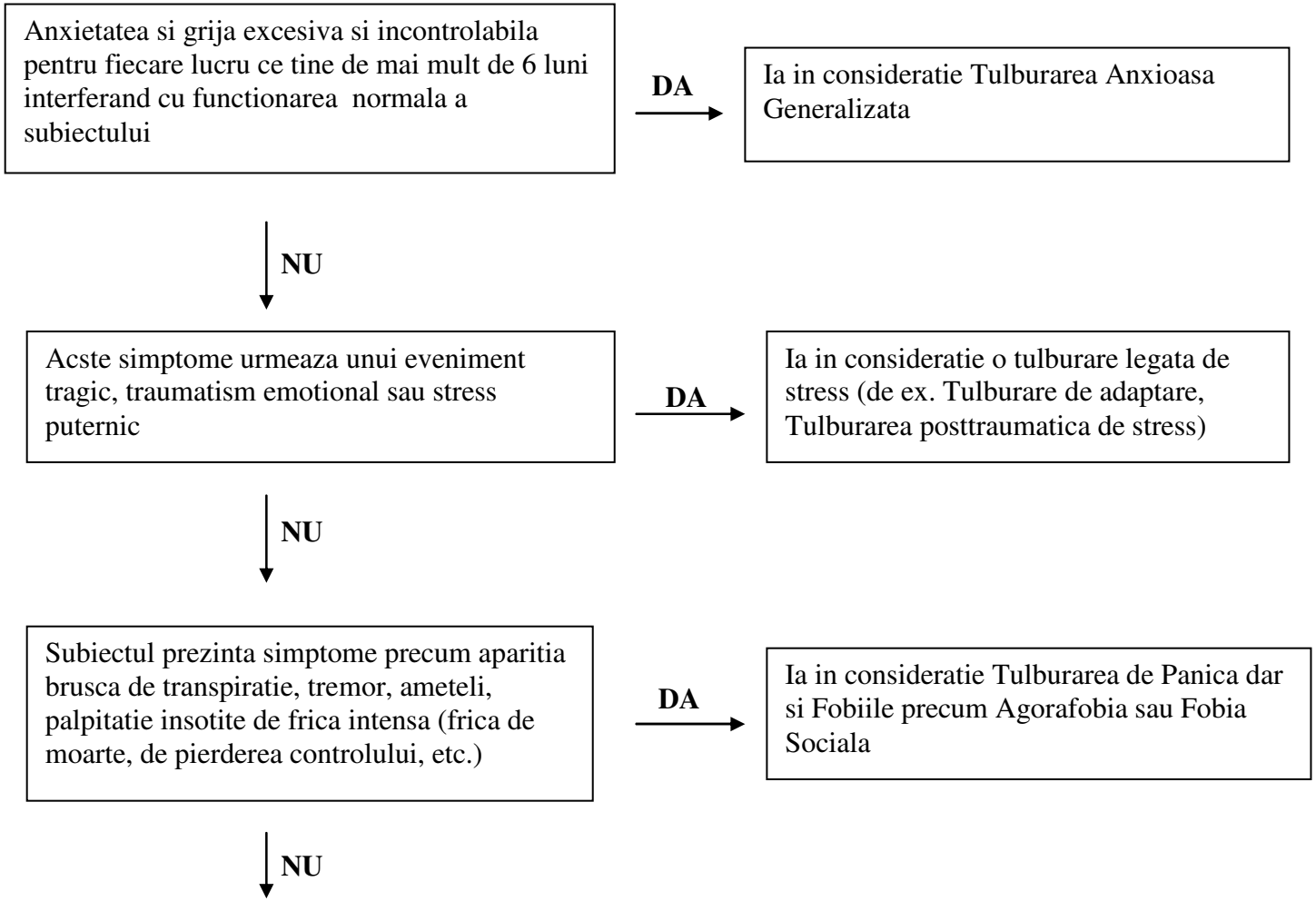
6.1. ALGORITMUL EVALUARII ANXIETATII:

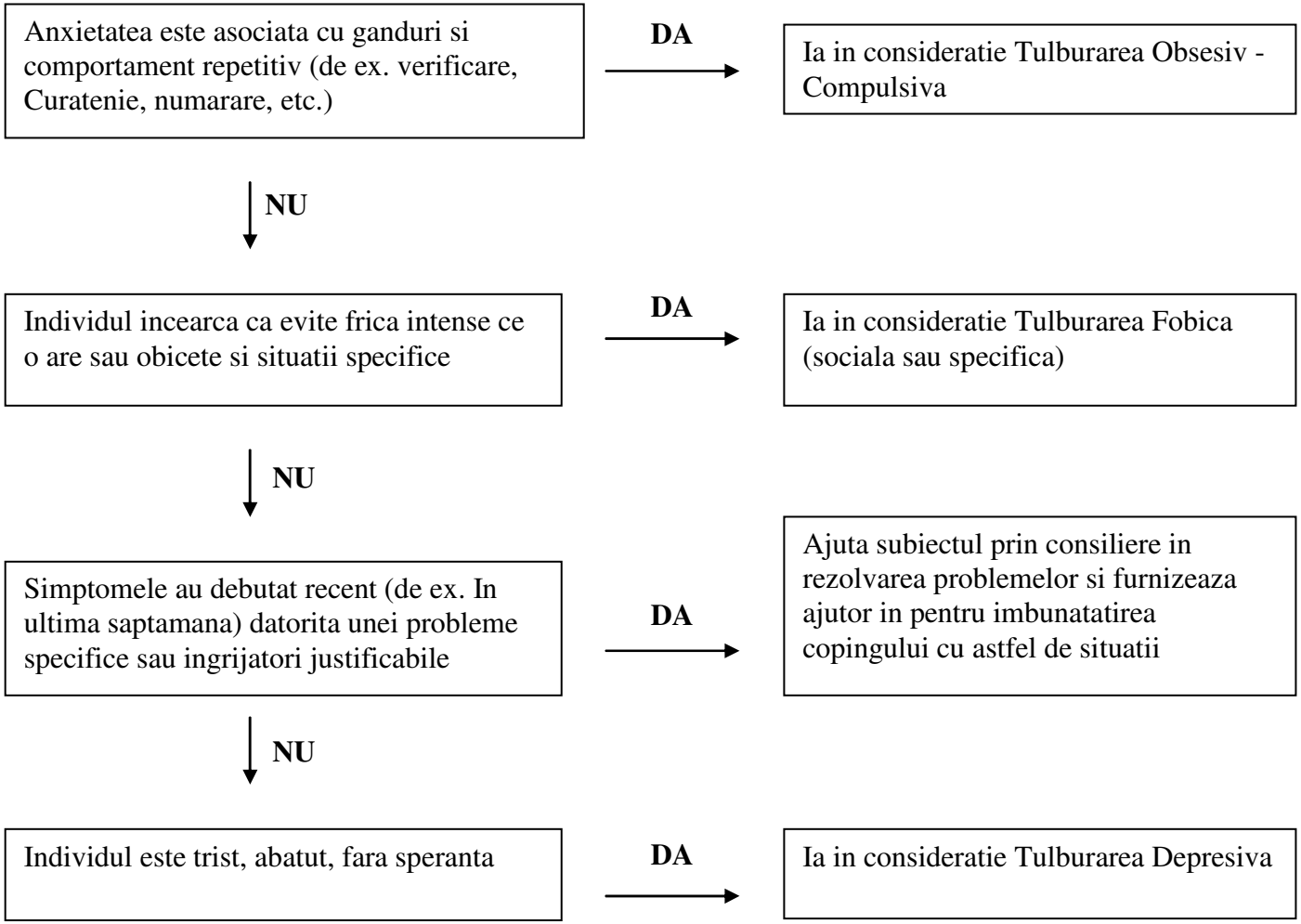
6.1.1. Cautarea si culegerea semnelor si simptomelor anxietatii in general (*interviul clinic general, CIDI, SCAN, SCID, Interviul pentru anxietate Nardi-Barlow*):

Semnele si simptomele anxietatii (cele patru module ale anxietatii):

AFECTIVE	COGNITIVE	FIZICE	COMPORTAMENTALE
Anxietate	Teama de a-si pierde controlul	Cefalee	Evitare
Depresie	Grija excesiva	Dureri musculare	Dorinta de scapare
Panica	Anticiparea de lucruri rele	Oboseala	Verificare
Frica	Prezicerea de lucruri rele	Tremor	Inhibitie
Manie	Credinta intr-o soarta rea	Gura uscata	Hipervigilenta
Iritabilitate	Auto-acuzare	Transpiratii	Agitatie
Depresonalizare	Catastrofizarea evenimentelor	Tulburari de respiratie	Neliniste
Derealizare	Concluzionarea negativa	Hiperventilatie	Plans
Obnubilare	Tulburari de memorie	Dureri in piept	Precipitare
Apatie	Tulburari de concentrare	Palpitatii	Precautie
	Tulburari de atentie	Raceala extremitatilor	Consum de alcool si droguri
		Ameteala	Reticenta
		Tulburari de somn	Izolare
		Tulburari de apetit	

6.1.2. Determinarea felului in care semnele si simptomele prezente se aduna unele cu altele si formularea unei ipoteze diagnostice:




Anxietatea este asociata cu ganduri si comportament repetitiv (de ex. verificare, Curatenie, numarare, etc.)
DA
Ia in consideratie Tulburarea Obsesiv - Compulsiva
NU
Individul incearca ca evite frica intense ce o are sau obicete si situatii specifice
DA
Ia in consideratie Tulburarea Fobica (sociala sau specifica)
NU
Simptomele au debutat recent (de ex. In ultima saptamana) datorita unei probleme specifice sau ingrijatori justificabile
DA
Ajuta subiectul prin consiliere in rezolvarea problemelor si furnizeaza ajutor in pentru imbunatatirea copingului cu astfel de situatii
NU
Individul este trist, abatut, fara speranta
DA
Ia in consideratie Tulburarea Depresiva

6.1.3. Etapa de evaluare formala a formei clinice din grupa tulburarilor anxioase (*alegerea unui instrument potrivit de evaluare)* si calibrarea si monitorizarea simptomelor:

3.1. Instrumente pentru evaluarea globala a anxietatii sau a severitatii simptomelor de anxietate

- Scala Hamilton de evaluare a anxietatii (*Hamilton Anxiety Rating Scale: HAM-A*)
- Interviul Structurat al Scalei Hamilton de Anxietate (*Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Scale (SIGH-A*)
- Inventarul Stare-Trasatura de Anxietate a lui Spielberg (*The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger-STAI*)
- Inventarul Beck de Anxietate (*Beck Anxiety Inventory*)
- Scala de autoevaluare a anxietatii a lui Zung (*The Self-Rating Anxiety Scale Zung-SAS*)
- Scala de anxietate "Mintea inaintea Emotiilor" (*Mind over Mood Anxiety Inventory –MOM-A)*
- Inventarul de anxietate a lui Burns (*Burns Anxiety Inventory*)
- Scala de Anxietate Covi (*Covi Anxiety Scale-COVI)*
- Scala de depresie, anxietate si stress (*The Depression Anxiety Stress Scale-DASS)*

3. 2. Evaluarea Tulburarii Anxioase Generalizate:

- Chestionarul Penn State de evaluare a ingrijorarii (*Penn State Worry Questionnaire-PSWQ*)
- Chestionarul Tulburarii Anxioase Generalizate – IV (*Generalized Anxiety DisorderQuestionnaire-IV)*
- Scala de Severitate a Tulburarii Anxioase Generalizate (*Generalized Anxiety Disorder Severity Scale –GADSS*)

3.3. Evaluarea Tulburarii de Panica si a Atacului de Panica cu sau fara Agorafobie

- Scala Sheehan de auto-evaluare a anxietatii *(Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale – SPRAS)*
- Scala de severitate a tulburarii de panica (*Panic Disorder Severity Scale –PDSS)*
- Scala de auto-evaluare a tulburarii de panica (*Panic Disorder Self-report – PDSR)*
- Inventarul de Mobilitate pentru Agorafobie (*Mobility Inventory for Agoraphobia – MI)*

3.4 Evaluarea Claustrofobiei

- Scala de claustrofobie a lui Ost (*The Ost Claustrophobia Scale-CS*)
- Chestionarul de claustrofobie (*The Claustriphobia Questionnaire-CLQ)*

3.5 Evaluarea Fobiei Sociale

- Scala anxietatii sociale a lui Liebowitz (*The Liebowitz Social Anxiety Scale-LSAS*)
- Inventarul de fobie sociala (*The Connors Social Phobia Inventory-SPIN)*
- Inventarul de anxietate si fobie sociala (*The Social Phobia and Anxiety Inventory-SPAI))*

3.6 Evaluarea structurii cognitive a tulburarilor anxioase

- Indexul senzitivitatii anxioase (*The Anxiety Sensitivity Index – ASI-3*)
- Scala scurta a fricii de evaluare negativa (*The Brief Fear of Negative Evaluation Scale - Brief-FNE*)
- Scala Gandurilor si Credintelor Sociale (*The Social Thoughts and Beliefs Scale-STABS*)

6.2. CAND SI DE CE UTILIZAM INSTRUMENTELE DE EVALUARE A ANXIETATII:

Tulburarile anxioase alcatuiesc un grup heterogen de entitati clinica care se suprapun partial sau de deosebesc uneori cu dificultate si clinicianul are probleme mai ales cu formele de anxietate subclinica care insotesc alte tulburari mentale sau somatice. Utilizarea instrumentelor standardizate este de natura sa clarifice in mare masura aceste dificultati intalnite in practica clinica si sa calibreze si monitorizeze evolutia simptomelor odata ce ele au fost detectate.

Shear si colab. (2000) identifica scopurile pentru care utilizam aceste instrumente:

1. Detectarea simptomatologie anxioase in populatia clinca sau la risc;
2. Identificarea prevalentei anxietatii intr-un esantion populational;
3. Calibrarea severitatii simptomelor la pacientii odata diagnosticati cu o forma specifica de tulburare anxioasa;
4. Identificarea prezentei si tipului de simptome de anxietate la pacientii cu alte diagnostice psihiatrice sau somatice;
5. Evaluarea deznodamantului la pacientii sub tratament;
6. Detectarea recaderii la pacientii sub tratament.

Trebuie mentionat ca aceste instrumente nu sunt instrumente diagnostice si nu inlocuiesc in nici un fel gandirea clinica a practicianului insa in afara situatiilor prezentate mai sus exista si cazuri in care clinicianul nu are suficient timp pentru a efectua un interviu clinic complet, de ex. in urgenta la camera de garda, si atunci aplicarea unui instrumentre de screening a anxietatii poate ajuta la identificarea si indreptarea atentiei care un domaniu sau altul.

Principalul beneficiu al utilizarii instrumentelor de acest fel este confidenta evaluarii, respectiv increderea ca de fiecare data cand evaluam o facem cu aceiasi metoda fara ca subiectivitatea cotatorului sa interfere masurarea, asa cum se intampla atunci cand evaluarea o face clinicianul in mod liberal traditional.

Alte instrumente prezentate aici se recomanda a fi utilizate cu precadere de clinicienii implicati in terapia cognitiv-comportamentala a anxietatii si ajuta la identificarea

distorsiunilor cognitive care sustin simptomatologia si care monitorizate de-a lungul terapie arata progresul pacientului si eficacitatea metodei aplicate.

6.3. SCALA HAMILTON DE EVALUARE A ANXIETATII (*Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS*)

Aceasta scala este una din primele instrumente de masurare a anxietatii aparuta in acest domeniu. Ea fost dezvoltata de Hamilton (1959) pentru a masura severitatea nevrozei anxioase, diagnostic la moda in acel timp. Scala furnizeaza o evaluare globala a anxietatii si identifica atat simptome psihice cat si cele somatice ale anxietatii.

Scala si-a dovedit utilitatea si valoare de-a lungul timpului si ea a supravietuit desi conceptele utilizate in clasa tulburarilor anxioase au evoluat mult de cand scala a fost construita. Scala nu masoara o anumite entitate clinica, ci mai degraba poate fi folosita pentru a detecta simptomele de anxietate sau de a evalua severitatea lor.

Scala HARS este o scala de observatie si se recomanda a fi completata de un clinician cu experienta. Un clinician neexperiemntat va fi tentat sa interpreteze simptomele conform viziunii proprii si confidenta va avea de suferit. Completarea scalei nu dureaza mai mult de 15-20 minute.

Scala contine 14 itemi care evalueaza dispozitia anxioasa, frica, insomnia, simptomele cognitive, depresia, comportamentul si simptomele gastrointestinale, cardiovasculare, genitourinare, vegetative si tensiunea musculara (Vezi anexa Nr. 1). Fiecare item este evaluat pe o scala cu 5 ancore, de la 0 = niciun simptom pana la 4 = simptome severe si dizabilitante. Scorul total se intinde de la 0 la 56. Un scor peste 14 indica o anxietate cu semnificatie clinica, subiectii sanatosi generand scoruri in jurul valorii de 5. (Hamilton, 2000). Exista un consens prin care scorurile de 14-17 semnifica o anxietate usoara, scorurile 18-24 o anxietate moderata, iar scorurile de 25-30 o anxietate severa.

Scala Hamilton are o buna confidenta, validitate si senzitivitate la schimbare (Maier si colab., 1988). Scala prezinta si o buna validitate, coreland semnificativ pozitiv cu alte scale de anxietate precum scala Beck sau Covi. Totusi prezenta itemului de depresie

face ca aceasta scala sa discrimineze slab intre subiectii cu anxietate si cu depresie. Daca se inlatura acest item, scala prezinta o putere discriminativa mai mare (Clark si colab. 1994). Scala reuseste se identifica foarte bine subiectii anxiosi dintr-un esantion populational divers (Kobak si colab. 1993). Foarte de curand, Beida si colab. (2015), pe baza consultarii quasi-exhaustive a literaturii, trec in revista 49 instrumentele de masura folosite in practica psihiatrica (29 pentru adulti si 20 pentru tineri), care sunt scurte, utilizabile fara costuri legate de copyright si care sunt valide si gasesc ca Scala de anxietate Hamilton poate fi folosita in practica bazata pe dovezi datorita capacitatii ei de sensibilitate la schimbare, de screening, de diagnostic si de monitorizare a simptomelor anxioase.

Limitarile acestei scale sunt legate de faptul ca simptomele somatice sunt vag conturate si se pot confunda in trialurile medicamentoase cu simptomele secundare administratii medicamentelor, discrimineaza destul de prost intre depresie si anxietate si simptomele cognitive sunt inconsistent definite precum grija, simptom cardinal in tulburarea anxioasa generalizata. Mai mult, scala se preteaza la confuzii cand se aplica la oameni invarsta la care simptomele depresive si anxioase sunt greu de decelat. Pentru a corecta aceste neajunsuri Raskind si colab. (1987) revizuieste versiunea originala a HRS-A adaugand patru noi itemi: anxietatea somatica, hipocondria, depersonalizarea/derealizarea si agitatia. Aceasta scala Hamilton revizuita reuseste sa discrimineze mai bine anxietatea la batrani (Beck si colab. 1999).

O alta critica este ca scala originala de anxietate Hamilton nu furnizeaza indicatii cum sa se culeaga simptomele pe care le cuprinde si astfel confidenta ei in studii multi-centru sau cross-culturale este indoielnica (Bruss si colab. 1994).

Studiile dublu-orb sponsorizate de industria farmaceutica cer instrumente de evaluare foarte confidente. Pentru a corecta aceste deficiente si bazati pe succesul transformarii scalei de depresie Hamilton intr-un interviu (vezi capitolul de masurare a depresiei din aceasts carte), Shear si colab. (2001) propun un interviu bazat pe aceiasi itemi ai scalei Hamilton care sa furnizeze un ghid structurat de culegere a simptomelor din anxietate (vezi Anexa Nr. 2). Interviul inbunatateste considerabil consistenta scalei Hamilton de anxietate prin furnizarea de instructiuni specifice pentru administrare, intrebari

structurate pentru fiecare item, criterii pentru scorare, un cadru de timp uniform pentru fiecare item care este evaluat si o buna validitate si confidenta. Intrebarile interviului si ancorele respective furnizeaza un cadru strict de evaluare clinica astfel incat dupa ce un simptom este identificat el este imediat evaluat in ceea ce priveste severitatea. Severitatea este definita prin frecventa cu care simptomul apare si cum el se reflecta in viata subiectului in ultima saptamana.

6.4. INVENTARUL STARE-TRASATURA DE ANXIETATE SPIELBERGER (*The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI*)

Aceast inventar dezvoltat de Spielberger si colab. (1970) este unul din cele mai utilizate instrumente de evaluare a anxietatii, mai ales la pacientii din alte facilitati medicale decat cele psihiatrice. Din 1989 si pana in zilele noastre mai mult de 3000 de studii au fost publicate referitor la aceasta scala care contrinua sa fie foarte populara in studiile psihologice (Kennedy si colab. 2001).

Spielberger defineste starea de anxietate ca un raspuns tranzitoriu la o situatie stressanta, raspuns ce implica senzatii de tensiune, frica si diferite modificari fiziologice. Spre deosebire de starea de anxietate, trasatura de anxietate este o caracteristica stabila a personalitatii care predispune persoana la starea de anxietate atunci cand este sub stress. Aceasta distinctie a facea insasi Cicero (citat de Lewis, 1970), cu peste 2000 ani in urma cand vorbea de *anxietas* ca de predispozitia catre anxietate si de *angor* ca o stare emotionala tranzitorie.

Ambele ipostaze ale anxietatii sunt multidimensionale si astfel trasatura de anxietate se poate infatisa in domeniul evaluarii sociale, a pericolului fizic, ambiguitatii si in viata de zi cu zi, pe cand starea de anxietate are doar doua fatete: ingrijorarea si aspectul emotional si vegetativ (Endler si Kocovski, 2001).

Scala Spielberger masoara starea si trasatura de anxietate doar ca dimensiuni unifatetate. In modelul Spilberger starea de anxietate este caracterizata de hipertonie vegetativa si de grija si este initiata de stressori interni sau externi sau de triggeri interni somatici. Daca acesti stimuli interni sau externi sunt perceputi ca amenintatori, se declanseaza o cascada de mecanisme defensive cognitive si comportamentale cu scopul de

a combate anxietatea. Trasatura anxioasa este descrisa ca o inclinatie individuala sau senzitivitate personala de a experimenta stari anxioase atunci cand sunt perceptui stimuli/triggeri interni sau externi.

Scala STAI prezinta excelente calitati psihometrice si Barnes si colab. (2002) fac o analiza a 816 studii publicate intre 1990 si 2000 demonstreaza ca scala prezinta scoruri inalte pentru consistenta interna si confidenta test-retest. Cu toate acestea scala a fost criticata pentru ca nu discrimineaza bine intre subiectii su anxietate si depresie dar foarte confident intre normali si anxiosi (Kennedy si colab. 2001).

Scala cuprinde 40 itemi care sunt evaluati pe o scale Likert cu patru ancore. Ea are doua subscale, una pentru Starea de anxietate cu 20 de afirmatii care evalueaza cum se simte subiectul “acum, in acest moment” si subscala Trasatura de anxiuetate care contine 20 afirmatii despre cum se simte individul “in general”. Scala furnizeaza un scor pentru fiecare din cele doua subscale.

Scala este aparata de legea drepturilor de autor si nu poate fi reprodusa in aceasta carte. Ea se poate obtine insa contra cost de la autor: Charles D. Spielberger, PhD, Mind Garden, Inc. 1690 Woodside Road #202, Redwood City, CA 94061, USA.

Pentru a corecta unele neajunsuri ale scalei STAI, Gros si colab (2007) construiesc o alta scala stare-trasatura de masurare a anxietatii numita The State-Trait Inventory for Cognition and Somatic Anxiety (STICSA), scala care cuprinde pentru fiecare domeniu 21 itemi si care s-a dovedit mai puternica pentru a deosebi anxietatea de deprsie si de alte tulburari din categoria tulburarilor anxioase precum tulburarea obsesiva compulsiva.

6.5. INVENTARUL BECK DE ANXIETATE (*Beck Anxiety Inventory – BAI*)

Beck si colab. (1988) au dezvoltat acest inventar pornind de la faptul ca scalele existente pana la acel moment nu reuseau sa deosebeasca anxietate de depresie, respectiv prezentau o slaba validitate discriminativa. Aceasta situatie se datora mai ales faptului ca scalele de anxietate contineau itemi corespunzand si simptomelor depresiei. Pentru a preveni aceasta situatie, Beck si echipa lui au intreprins o analiza secventiala a itemilor pasibili sa fie inclusi in acest instrument dintr-o “masa” de 86 itemi. Astfel, la prima

analiza au fost eliminati primii 20 itemi care erau fie identici, fie foarte asemanatori. Prin analize succesive au mai fost eliminati 19 itemi, iar cei 37 itemi ramasi au alcatuit versiunea preliminara a inventarului de anxietate care a fost aplicat pe un esantion de 116 pacienti. Prin analiza validitatii si confidentei fiecarui item in parte, au mai fost eliminati catva itemi si au ramas doar 21 itemi care alcatuiesc versiunea finala a Inventatului de Anxietate Beck (Vezi Anexa Nr. 3).

Fiecare item al scalei Beck descrie un simptom caracteristic anxietatii si subiectul trebuie sa evalueze cat de tare este deranjat de aceste simptome pe o scala de la 0 (deloc) la 3 (foarte tare). Scorul total al scalei se poate intinde de la 0 la 63 iar autorii furnizeaza anumite scoruri prag pentru a evalua severitatea anxietatii (Beck si colab. 2000): 0-9 normal sau lipsa anxietatii; 10-18 anxietate usoara spre moderata; 19-29 anxietate moderata spre severa, 30-63 anxietate severa.

Comparativ cu scalele de anxietate precedente, acest inventar include mai multe semne somatice ale anxietatii, iar prin analiza factoriala s-a demonstrat existenta a mai multor factori precum un factor cognitiv si altul somatic (Hewitt si Norton, 1993) sau patru factori precum: cognitiv, vegetativ, psihomotor si panica (Wetherell si Arean, 1997).

Inventarul Beck de anxietate prezinta bune proprietati psihometrice coreland pozitiv cu alte scale de anxietate precum Scala de Anxietate Stare-Trasatura a lui Spilberger si colab. (1970) sau Scala de Anxietate a lui Hamilton si discrimineaza anxietatea de depresie mult mai bine decat alte scale (Enns si colab. 1998). Consistenta interna a scalei, indice ce masoara confidenta unei scale, este foarte mare, cu scoruri intanzandu-se de la 0,90 al 0,94 (Beck si colab. 2000).

Ayala si colab (2005) inventariaza intreaga literatura despre scala Beck de anxietate si gasesc ca intre 1988 si 2002 s-au publicat 172 de articole in reviste de specialitate, 58 de disertatii, 8 capitole de carti si un manual. Ei fac o meta-analiza a lucrarilor care publica studii despre scalei Beck si gasesc ca in 47 studii valabile consistenta interna se situeaza in medie peste 0,83 iar confidenta exprimata prin raportul test-retest se situeaza intre 0,35 si 0,83 (< 0,50 = confidenta buna).

Administrarea scalei Beck nu dureaza mai mult de 5 minute. Ea se recomanda a fi utilizata pentru screeningul anxietatii in cabinetele de medicina generala sau poate monitoriza progresul in tratamentul anxietatii. Trebuie sa se aiba in vedere ca in corpul scalei nu sunt prezente simptome care sunt caracteristice tulburarii anxioase generale (grija, dificultatile de concentrare, iritabilitatea si tulburarile de somn) in schimb sunt simptome care sunt caracteristice tulburarii de panica. Cu toate acestea scala acopera unele criterii de diagnostic pentru agorafobie, fobie sociala, tulburare de panica si anxietate generala.

Manualul de utilizare a scalei Beck (Beck si Steer, 1991) recomanda ca scala sa se foloseasca mai ales in ambulator.

6.6. SCALA DE AUTOEVALUARE A ANXIETATII ZUNG (*The Self-Rating Anxiety Scale Zung-SAS*)

Aceasta scala este perechea scalei Zung de evaluare a depresiei si a fost dezvoltata de Zung in 1971 pentru decelarea simptomelor anxietatii si a severitatii lor (vezi Anexa Nr. 4). Scala contine 20 itemi care acopera cele mai frecvente simptome ale anxietatii, cu un raport intre simptomele afective si somatice de 5/15. Scala Zung este una din cele mai bune scale care citeste simptomele somatice ale anxietatii.

Fiecare simptom se evalueaza de catre subiect pe o scala Likert cu 4 ancore in functie de severitate pentru o durata de o saptamana. Pentru cinci simptome (intrebarile 5, 9, 13, 17 si 19) scorul se inverseaza si scorul de 4 devine 1, scorul 3 devine 2 si asa mai departe. Prin analiza factoriala, s-a conturat ca exista patru factori care pot acoperi mai mult de 43% din varianta rapunsurilor dintr-un esantion de anxiosi: anxietate si panica, senzatii vestibulare, control corporal si probleme gastro-intestinale si musculare. Acesti factori coreleaza la randul lor pozitiv cu alte scale de masurare a simptomelor anxioase (Olatunji si colab. 2006).

Scala prezinta o buna validitate dar este destul de instabila in timp, asa cum a aratat proba test-retest.

Scorul scalei se calculeaza adunandu-se scorul individual al fiecarui item. Un scor de peste 50 indica prezenta anxietatii. Scala reuseste sa deosebeasca cu confidenta subiectii

cu anxietate de cei fara anxietate si de cei cu alte tulburari psihiatrice precum tulburarile de somatizare.

6.7. SCALA DE ANXIETATE "MINTEA INAINTEA INIMII" (*Mind over Mood Anxiety Inventory –MOM-A)*

Scala de anxietate "Mintea inaintea Inimii" este o scala de autoraportare a simptomelor de anxietate dezvoltata de Greenberger si Padeski (1995), unele din cele mai apropiate colaboratoare ale lui Aaron Beck, parintele terapiei cognitive a depresiei si anxietatii.

Scala este incorporata in celebrul manual de terapie cognitive "*Mind over Mood*", veriunea pentru pacient. Aceasta scala consta in 24 itemi ce evalueaza trei dimensiuni ale anxietatii: sentimentele de anxietate, gandurile anxioase si simptomele fizice (vezi Anexa Nr. 5). Subiectul trebuie sa se pozitioneze fata de fiecare item pe o scala cu patru ancore. Scorul scalei se face prin insumarea scorurilor individuale ale itemilor si se poate intinde de la 0 la 72.

Autorii nu furnizeaza valori de prag care sa identifice "cazul" de anxietate pentru ca scala a fost construita doar pentru evaluarea severitatii anxietatii si care permite urmarirea evolutiei scorului de-a lungul terapiei cognitiv-comportamentale a anxietatii.

Scala de anxeitate "Mintea inaintea Emotiilor" prezinta un scor bun de validitate concurentiala atunci cand s-a corelat cu alte doua scale de anxietate: Beck Anxiety Inventory and Burns Anxiety Inventory (Cox si colab. 2000) ceea ce insemana ca ea masoara cu acuratete ceea ce este de presupus sa masoare: anxietatea.

6.8. INVENTARUL DE ANXIETATE BURNS (*Burns Anxiety Inventory*)

Acest inventar de anxietate este foarte prietenesc si a fost dezvoltat de Dr. David Burns si publicat intr-o carte de "self-help" de mare succes "*The Feeling Good*" care in editii succesive in 1980 si 1990 a adunat mai mult de 3 milioane de exemplare vandute. Scala este prezentata in Anexa Nr. 6. Astfel de carti de "*self-help*" fac parte din conceptul

terapeutic de “biblioterapie”, iar cartea "The Feeling Good" poate fi considerata un adjuvant valoros in psihoterapia cognitiv-comportamentala a depresiei si/sau anxietatii.

Scala cuprinde 33 intrebari grupate in trei sectiuni: dispozitie anxioasa (6 itemi), ganduri anxioase (11 itemi) si simptome fizice (16 itemi). Din aceasta distributie a itemilor se poate vedea ce structura echilibrata are aceasta scala. Fiecare item primeste un scor pe o scala Likert cu patru ancore: niciodata=0, uneori=1, moderat=2 si totdeauna=3. Scorul total se poate intinde de la 0 la 99 so autorul propune urmatoarele praguri de severitate: 0-4 nici o anxietate sau anxietate minima; 5-10 anxietate la limita; 11-20 anxietate usoara; 21-30 anxietate moderata; 31-50 anxietate severa si 51-99= anxietate severa sau panica.

Eu folosesc aceasts scala atat in evaluarea bolnavilor in context de urgenta (camera de garda, program de interventie in criza, etc.), la primul contact cu bolnavul in ambulator sau pe parcursul terapiei cogntiv-comportamentale, pentru monitorizarea progresului.

Scala prezinta o foarte buna sensitivitate si sensibilitate si deosebeste foarte bine bolnavii anxiosi de cei depresivi sau alte boli psihice (tulburari de somatifare, tulburarea posttraumatica de stress, hipocondria).

6.9. SCALA DE ANXIETATE COVI (*Covi Anxiety Scale-COVI)*

Aceasta scala pare similara cu scala *Clinical Global Impression* ultilizata atat de mult in studiile clinice, pentru ca ea are numai trei ttem: raportarea verbala a anxietatii, comportamentul si simptomele fizice si, astfel, furnizeaza rapid un scor sintetic asupra acestor trei fatete ale anxietatii.

Scala a fost dezvoltata de Covi si colab. (1979) si este mult utilizata in studiile psihofarmacologice pentru ca este usor de aplicat si este sensibila la schimbare, deci urmreste corect evolutia clinica (vezi Anexa Nr. 7).

Scale Covi este o scala de observatieeste aplicata de clinician pentru ca completarea ei se bazeaza pe interviul cu pacientul si pe urmarirea lui; completarea ei nu ia mai mult de 5 minute.

6.10. SCALA DE DEPRESIE, ANXIETATE SI STRESS (*The Depression Anxiety Stress Scale- DASS)*

Dupa cum s-a mai spus pana acum, scalele de anxietate nu pot deosebi destul de bine anxietatea de depresie. Daca statutul viitor al acestor doua entitati clinice este incert, este bine ca din punct de vedere practic ele sa poate fi masurate in mod distinct. Scalele cele mai utilizate in clinica, precum scala STAI, scala Beck sau scala Hamilton, nu reusesc se faca acest lucru, mai ales pentru ca ele contin itemi care sunt comuni celor doua categorii clinice (Beuke si colab. 2003). Pentru a rezolva aceasta situatie Lovibond si Lovibond (1995 si 1995b) construiesc "Scala de depresie, anxietate si stress" cu scopul de a discrimina anxietatea de depresie si de expresia somatica a stressului.

Scala contine 42 itemi grupati in trei scale a 14 itemi fiecare, cate una pentru depresie, anxietate si stress. Scala de depresie acopera simptome precum disforia, lipsa de speranta, pierderea valorii personale si a stimei de sine, pierderea interesului, pierderea placerii si pierderea motivatiei. Scala de anxietate evalueaza hipertonia vegetativa, simptomele musculare, situatiile anxiogene si modul de percepere a fricii iar scala de stress evalueaza iritabilitate, reactivitatea si activitate motorie a individului sub stress. Fiecare item este evaluat pe o scala cu patru puncte de severitate, de la 0 la 3, si scorul se calculeaza prin adunarea scorurilor fiecarei item.

Exista si o versiune scurta a scalei cu doar 21 itemi (vezi Anexa Nr. 8). Scala DASS-21 este o scala de aut-evaluare si cuprinde trei subscale cu cate 7 itemi fiecare. Fiecare item este evaluat pe o scala Likert cu 4 ancore si scorul total se face prin adunare scorurilor individual al fiecarui item si apoi inmultit cu 2, pentru cele trei subscale separat. Autorii (Lovibond si Lovibond, 1995a) ofera urmatoarele scoruri prag: 1. pentru depresiei, 0-9 normal, 10-13 depresie usoara, 14-90 despresie moderata, 21-27 depresie severa si peste 28 depresie extrem de severa: 2. pentru anxietate: 0-7 normal, 8-9 anxietate usoara, 10-14 anxietate moderata, 15-19 anxietate severa si peste 20 anxietate extrema; 3. pentru stress: 0-14 normal, 15-18 stress usor, 19-25 stress moderat, 26-33 stress sever.

Scala cu 42 itemi si manualul de utilizare pot fi obtinute prin solicitare directa si contra cost de la adresa: Linda Camilleri, DASS Orders, PO Box 6780, UNSW Sydney, NSW 1466, Australia.

6.11. CHESTIONARUL PENN STATE DE EVALUARE A GRIJEI (*Penn State Worry Questionnaire - PSWQ*)

Problema centrala in evaluarea tulburarii anxioase generalizate este cea a masurarii simptomului "ingrijorare". Din punct de vedere al teoriei cognitiviste, grija reprezinta o privire negativa asupra evenimentelor viitoare, este vorba de o intoleranta individuala a incertitudinii (Dugas si colab. 1998). Subiectul pierde sau nu are incredere in capacitatea proprie de a rezolva problemele presupuse a le avea, precum situatii neprevazute si amenintatoare, cazuri in care grija sau ingrijoarea ii ajuta sa evite descurajarea si sa protejeze pe plan mental persoanele iubite fata de care este ingrijorat. De fapt grija este un mecanism de coping care are ca scop "stapanirea" pe plan ideatic a evenimentelor anxiogene, evitarea incertitudinii si prevenirea/anticiparea lucrurilor negative (Wells si Carter, 1999). Grija si grija patologica, cea de intensitate clinica, se reveleaza pe plan afectiv, fiziologic si in comportamentul de relatie interpersonala si se poate defini ca "*o inlantuire de ganduri si imagini negative si relativ necontrolabile; ea reprezinta o incercare de angajare in rezolvarea problemelor pe plan mental, probleme care ar avea un deznodamant incert*" (Berkovec si colab. 1998).

Grija patologica este criteriul esential al diagnosticului tulburarii anxioase generalizate, desi ea se gaseste in foarte multe alte entitati clinice, mai ales in tulburarile depresive. Unii autori considera grija ca o vulnerabilitate individual non-specifica pentru tulburari anxioase si depresive (Barlow si Wincze, 1998). Prevalenta ei in populatia generala este destul de mare, in jur de 5,1% ("*lifetime prevalence*") iar la nivelul cabinetelor de medicina generala este intre 8 si 10%.

Chestionarul Penn State de evaluare a grijii (*Penn State Worry Questionnaire - PSWQ)* este un instrument cu 16 itemi dezvoltat de Meyer si colab. (1990) pentru a masura caracteristicile patologice ale grijei, precum ingrijorarea excesiva si caracterul generalizat si incontrolabil al ingrijorarii (vezi Anexa Nr. 9).

Chestionarul PSWQ are bune proprietati psihometrice (validitate si confidenta) si este sensibil sa deceleze schimbarile sub interventii terapeutice si sa identifica indivizii cu tulburare anxioasa generalizata.

Fiecare item, din cei 16 al scalei, este cotat pe o scala cu 5 trepte de la 1 = nu este tipic pentru mine pana la 5 = este foarte tipic pentru mine. Astfel scala poate da un scor de la 0 la 80. Prin metoda Receiver Operating Characteristic Analysis, Fresco si colab. (2003) gasesc ca scorul de 65 reprezinta un punct in care PSWQ are cea mai mare sensitivitate la cea mai mare specificitate, deci este un bun scor-prag pentru a identifica un "caz" de tulburare anxioasa generalizata.

Prin testarea mai multor modele factoriale, Olatunji si colab. (2007) gasesc ca scala prezinta doi factori: grija excesiva si absenta ingrijorarii si ca factorul grija excesiva (itemii cu nr. 2, 4-7, 9, 12-16) coreleaza puternic cu factori precum afect negativ si pesimism din alte instrumente de evaluare. Interesant este ca inainte cu un an de fi publicate aceste cercetari, Crittendon si Hopko (2006) publica o scala PSWQ abreviata cu doar 8 itemi si ca acesti itemi sunt cuprinsi in factorul grija excesiva decelat prin analiza factoriala.

Dupa experienta mea din ultimiii ani, pentru a avea un diagnostic confident sau pentru a urmari progresul terapeutic in cazul tulburarii anxioase generalizate, este imperios necesara evaluarea subiectilor cu acest instrument.

6.12. CHESTIONARUL TULBURARII ANXIOASE GENERALIZATE – IV (*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV)*

Pornind de la constatarea ca aproape toate instrumentele folosite pentru evaluarea Tulburarii Anxioase Generalizate se focalizeaza doar pe unele aspecte ale acestei categorii clinice, Newman si colab. (2002) construesc un nou instrument de autoevaluare care are pretentia sa acopere toate fatetele acesteia (Anexa Nr. 10). Aceasta scala reflecta modificarile facute de la nasterea acestei entitati in DSM-III pana la ultima versiune din DSM-IV-TR. De exemplu, in DSM-III se cerea ca grija sa fie patologica (excesiva si nerealista) si sa existe cel putin 6 simptome din 18, in DSM-IV grija poate fi doar excesiva in modul in care cuprinde mai multe domenii iar simptomele cerute sunt doar 3 din 6.

Scala foloseste interviul clinic pentru anxietate a lui Di Nardo si Barlow (1988) si cuprinde 9 simptome scorate pe o scala cu 8 ancore: 0 = deloc; 2 = usor; 4 = moderat; 6 = sever; 8 = foarte sever. Pentru intrebarile 1-4 si 6, care exploreaza grija, scorul este intre 1 pentru DA si 0 pentru NU. In cazul intrebarii 5, care exploreaza domeniile pentru care individul este ingrijorat, fiecare domeniu scorat pozitiv capata scorul 1 si totalul este impartit la 3. In cazul intrebarii 7 fiecare simptom cu o severitate peste 6 capata scorul 1 si scorul total al simptomelor se divide la 3. Pentru intrebarile 8 si 9 valorile incerecuite de subiect vor fi divizate la 4. Scorul total al scalei se intinde de la 0 la 12. Aceasta metode de scor, la prima vedere complicata, nu face altceva decat sa confere o mai mare pondere simptomelor care evalueaza grija (primele 6 itemi) care pot contribui cu maximum 7 puncte la valoare totala a scorului scalei. Scala prezinta o buna validitate si confidenta si scorul la care senzitivitatea maxima se intalneste cu sensibilitatea maxima a scalei este de 5,70, deci dincolo de aceasta valoare subiectii sunt categoric afectati de tulburarea anxioasa generalizata.

6.13. SCALA DE SEVERITATE A TULBURARII ANXIOASE GENERALIZATE (*Generalized Anxiety Disorder Severity Scale –GADSS*)

Scala de severitate a tulburarii anxioase e o scala simpla cu doar 6 itemi care evalueaza severitatea fiecarui simptom stipulat in DSM-IV. Ea a fost dezvoltata de Shear si colab. (2006) cu scopul de a monitoriza evolutia simptomelor din timpul tratamentului, atat din punct de vedere a severitatii, cat si a frecventei si interferentei cu functionarea subiectului (Anexa Nr.11). Fiecare item este evaluat pe o scala cu 5 puncte de la 0 = deloc la 4 = foarte sever. Scala este recomandata sa fie utilizata la nivelul medicului de medicina generala. Ea prezinta un scor bun la validitate, dar autorii nu au intreprins nici un studiu asupra confidentei.

6.14. SCALA SHEEHAN DE AUTO-EVALUARE A ANXIETATII *(Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale – SPRAS)*

Istoric, conceptual de panica a fost definit la nivel individual de prezenta unei anxietati extreme iar la nivel colectiv de prezenta in masa a unei stari de soc sau surpriza

care se intretine prin contagiune. In ani ’80 ai secolului trecut a existat o perioada de dezacord privind termenul de panica, unii intelegand prin aceasta doar frica si/sau teroarea, altii ecloziunea brusca a unei stari de frica, iar altii ca o interpretare catastrofica a evenimentelor exterioare sau simptomelor corporale. DSM-IV introduce o ordine in delimitarea conceptului. Pentru aceste considerente scalele confidente de evaluare a panicii au aparut tarziu, dupa rezolvarea acestei perioade de incertitudine.

Backer si colab. (2004) demonstreaza ca ce caracterizeaza indivizii cu panica este faptul ca ei au anumite particularitati emotionale precum tendinta marcata de a controla sentimentele de manie, anxietate si nefericire (dorinta de a suprima sau incapsula astfel de emotii), perceptie accentuate a emotiilor si dificultati de a identifica si denumi emotiile resimtite. Toate acestea duc rapid la un raspuns vegetativ supradimensionat si la hipervigilenta, care la randul lor tind sa intretina hiperemotionalitatea primordiala.

Scala Sheehan (1999) este un instrument cu 35 itemi care evalueaza severitatea simptomelor de panica, itemi pe care subiectul insusi trebuie sa le coteze pe o scala de la 0=deloc la 4=extrem. Scala cuprinde intregul cortegiu de simptome somatice pe care le experimenteaza un subiect in timpul atacului de panica (vezi Anexa Nr. 12). Scala evalueaza si patru ipostaze in care panica poate apare: i) ca urmare a unei situatii/trigger anxiogene, ii) apare neasteptat, fara trigger, iii) apare ca anticipare a unei situatii anxiogene si iv) apare cu simptome limitate, intr-un cadru de timp bine definit, de exemplu, in ultima saptamana. Scala reuseste sa identifice subiectii cu panica si sa-i deosebeasca de cei cu alte forme de tulburari anxioase. Ca o ciudatenie a acestei scale este existenta a doi itemi care sunt caracteristici tulburarii obsesiv-compulsive.

6.15. SCALA DE SEVERITATE A TULBURARII DE PANICA (*Panic Disorder Severity Scale –PDSS)*

Aceasts scala a fost dezvoltata de Shear si colab. (1997) ca o scala care sa masoare severitate tulburarii de panica asa cum este descrisa in DSM-IV-TR. La fel, ea poate monitoriza evolutia simptomelor de-al lungul tratamentului.

Scala este construita dupa acelasi model ca si scala Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, scala care va fi prezentata in capitolul dedicate evaluarii tulburarii obsesiv compulsive.

Scala contine sapte itemi care se evalueaza de catre clinician pe baza intrebarilor pe care scala le furnizeaza. Fiecare item acopera un criteriu diagnotic care este scorat pe o scala Likert cu 5 puncte si evalueaza frecventa atacurilor de panica, severitatea lor, anxietatea anticipatorie, comportamentul de evitare si tulburarile de functionare ale subiectului (vezi Anexa Nr. 13).

Scala prezinta proprietati psihometrice ce o recomanda uzului clinic. Validitatea ei a fost demonstrata concurent cu interviuri special destinate pentru diagnosticul tulburarii de panica. Se recomanda ca scala sa fie utilizata pentru a vedea profilul severitatii panicii la un subiect si ca sa monitorizeze schimbarile acestuia de-a lungul tratamentului; ea nu este recomandata pentru screening.

6.16. SCALA DE AUTO-EVALUARE A TULBURARII DE PANICA (*Panic Disorder Self-report – PDSR)*

Newman si colab. (2006) pornesc la constructia acestui instrument de la constatarea ca exista doar doua interviuri diagnostice confidente pentru diagnosticarea tulburarii de panica (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – ADIS-IV si The Structured Clinical Interview for DSM-IV - SCID*) si evaluarea tulburarii de panica cu aceste interviuri diagnostice este costisitoare si ia timp. In schimb, scalele de autoevaluare sunt usor de administrat si destul de confidente pentru a furniza date necesare clinicienilor.

Instrumentul dezvoltat de acesti autori urmeaza modulul de panica a interviul ADIS-IV si raspunde la criteriile diagnostice ale DSM-IV. Structura scalei PDSR este ierarhica. Astfel, primii 4 itemi exploreaza daca subiectul a avut atacuri recurente si neasteptate de panica, urmatorii trei itemi evalueaza raspunsul subiectului la atacul de panica, iar ultimii 12 itemi evalueaza simptomele asociate atacului de panica. Ultimii itemi evaleaza cat de mult atacurile de panica afecteaza subiectul si cat de mult interfera cu functionarea lui (vezi Anexa Nr. 14).

Scorul pentru itemii 1, 2, 3, 5-19 si 22 este de 1 pentru DA si 0 pentru NU, itemii 4, 23 si 24 nu se coteaza, iar scorul itemilor 20 si 21 se divide la 2; scorul total se poate intinde de la 0 la 24.

Analiza de validitate si confidenta a relevat scoruri inalte si un *kappa agreement* de 0,93 cand a fost comparat cu un interviu diagnostic nestructurat. Prin analiza *Receiver Operating Characteristic Curve* s-a identificat ca scorul de 8,75 poate fi considerat ca scor prag dincolo de care un caz de atac de panic poate fi considerat ca identificat.

6.17. INVENTARUL DE MOBILITATE PENTRU AGORAFOBIE (*Mobility Inventory for Agoraphobia – MI)*

Inventarul de Mobilitate pentru Agorafobie este o scala de autoevaluare destinata sa masoare comportamentul de evitare (agorafobic) al subiectilor anxiosi (Chambless si colab. 1985 si 2000).

Comportamentul de evitare este identificat pentru 26 situatii tipice pe care agorafobicul le ia in considerare si subiectul este evaluat atat pentru situatia cand este singur, cat si pentru situatia cand este cu cineva, scala furnizand doua scoruri separate.

Fiecare item este evaluat cu o scala cu 5 puncte. In final subiectul trebuie sa indice daca are o zona de siguranta si cat de departe este ea de casa proprie (vezi anexa Nr. 15)

Scala are o buna confidenta si validitate si furnizeaza scoruri stabile in timp. Scala este utila clinicianului pentru ca furnizeza informatii despre severitatea agorafobiei si ierarhizearea situatiilor fobogene.

6.18. SCALA DE CLAUSTROFOBIE OST (*The Ost Claustrophobia Scale - CS*)

Aceasta scala a fost construita de Ost in 1979 dar studiul de psihometrie a fost facut abia mai tarziu (Ost, 2006).

Autorul a ales 20 itemi dintre mai multe situatii pe care indivizii claustrofobici le-au raportat ca fiind generatoare de anxietate. Scala furnizeaza pentru fiecare item doua categorii de raspunsuri, cat de multa anxietate are in diferite situatii (evaluata pe o scala cu

5 puncte) si cat de mult evita subiectul astfel de situatii (pe o scala cu 3 puncte). Astfel fiecare subiect va avea doua scoruri, unul pentru anxietatea claustrofobica si altul pentru comportamentul de evitare claustrofobic (Anexa Nr. 16).

Autorul a luat un esantion din populatia generala si a constatat ca subiectii claustrofobici au dat in medie un scor de 28,90 la anxietate si 19,91 la evitare fata de lotul de control cu 6,60 la anxietate si 3,60 la evitare. Autorul recomanda un scor prag de 24 pentru nota de anxietate si de 9 pentru nota de evitare.

A se nota ca nu se evalueaza ultimii doi itemi in cazul subscalei de evitare.

Scala a prezintat bune proprietati psihometrica la o analiza de validitate-confidenta.

6.19. CHESTIONARUL DE CLAUSTROFOBIE (*The Claustriphobia Questionnaire-CLQ)*

Acest chestionar a fost dezvoltat de Rachman (1993) iar studiul de validitate si confidenta a fost facut de Radomsky si colab. (2001).

La constructia acestui instrument Rachman porneste de la considerentul ca exista doi factori ai claustrofiei: frica de sufocare si frica de a fi restrans intr-un un spatiu mic, ambele generand anxietatea claustrofobica. Frica de a fi restrans este o frica ancestrala care se intalneste si la animale si care are legatura cu incapacitatea individului de a avea libertatea de miscare si alegere.

Autorul face o colectie de 36 situatii in care un claustrofobic ar putea trai anxietatea si grupeaza acesti itemi in doua scale, de sufocare si restrictie. Subiectul este invitat sa aleaga un scor pentru fiecare item dintre cinci variante: 1= fara nici o anxietate, 2 = usor anxios, 3 = moderat anxios, 4 = foarte anxios si 5 = extrem de anxios. Autorul face o analiza a componentelor principale cu rotatie oblica si compara solutia cu unul sau mai multi fatori si gaseste ca solutia cu doi factori reprezinta varianta cea mai simpla pentru solutia multifactor si acopera cel mai bine varianta raspunsurilor din esantionul de studiu. Deci Chestionarul de claustrofobie va furiniza doua scoruri, unul pentru suficare si altul pentru restrictie.

Radomski si colab. (2001) reanalizeaza scala in intregime si incearca sa produca o versiune usor mai scurta, sa faca scoruri normative si sa vada daca scala are o validitate predictiva si discriminativa in a identifica cazul de claustrofobie, ca si consistenta interna si confidenta test-retest. Astfel a rezultat o scala numai cu 26 itemi, cu aceeasi doi factori (sufocare cu 14 itemi si restrictie cu 12 itemi) iar proprietatile psihometrice sunt dincolo de orice dubiu in privinta folosirii cu incredere a acestui instrument (vezi Anexa Nr. 17).

6.20. SCALA ANXIETATII SOCIALE LIEBOWITZ (*The Liebowitz Social Anxiety Scale-LSAS*)

Fobia sociala a starnit un interes crescut in ultimele doua decenii, probabil legat de o mai buna conceptualizare a domeniului ca si de prevalenta deosebit de ridicata din populatia generala (Lampe, 2000). Progresele cele mai importante din ultimul timp sunt legate de subdivizarea ei in doua clase: fobia sociala generalizata (complexa) si fobia sociala circumscrisa (limitata la doar la putine situatii sociale), legatura cu tulburarea de personalitate evitanta si evidentierea factorilor cognitivi care sustin tulburarea, in principal a evaluarii negative a persoanei. Masurarea cu acuratete a tabloului clinic, a simptomatologiei si a situatiilor generatoare de fobie sociala este un obiectiv care intereseaza clinicianul pentru a evalua progresul si deznodamantul tratamentului medicamentos si/sau psihoterapic.

Scala anxietatii sociale a lui Liebowitz evalueaza frica si evitarea in 24 situatii care sunt probabile a genera anxietate sociala (Liebowitz, 1987). Scala este compusa din 13 activitati care genereaza anxietate sociala si 11 interactiuni care genereaza anxietate sociala. Fiecare situatie este evaluata pe o scala cu patru puncte, de la 0 la 3.

Exista mai multe versiuni ale scalei, una de autoevaluare a subiectului (LASA-*Self-Reported*), o versiune pentru clinician (LASA-*Clinician-Administered*) si o alta pentru copii si adolescent (LSAS-*Children and Adolesncents*). Exista putin diferente intre cele doua versiuni pentru adulti.

In Anexa Nr. 18 este prezentata versiunea pentru clinician. Ambele versiuni au o foarte buna consistenta interna (coeficient Cronbach peste 0,90) si corelatia dintre cel doua versiuni ale scalei este foarte buna; la fel, studiile arata o validitate convergenta si

discriminativa puternica (Balon,2005). Scala furnizeaza 6 scoruri: unul pentru frica de interactiune sociala, altul pentru frica de actiune in context social, un scor pentru evitarea interactiunii sociale, un scor pentru evitarea actiunii, un scor subtotal pentru actiune si un scor subtotal pentru evitare.

Combinand socurile itemilor scala poate da un scor totl maximum de 144. Pentru acest scor, care combina socurile la cele doua subscale mari, de anxietate si de evitare, s-au construit scoruri prag: pana la 30 nici o anxietate, de la 30 la 60 anxietate sociala probabila si de la 60-90 anxietate sociala foarte probabila; un scor peste 90 indica anxietate sociala certa.

Foarte interesant este ca la o analiza factoriala scala Liebowitz nu rapunde la solutia cu doi factori, frica de actiune si interactiune, asa cum ne-am fi asteptat (Safren si colab. 1999), ci evidentiaza existenta a patru factori: frica de interactiune sociala, frica de a vorbi in public, frica de a fi observati in public si frica de a manca si bea in public care ar putea reprezenta forme distincte de fobie sociala.

6.21. INVENTARUL DE FOBIE SOCIALA (*The Connors Social Phobia Inventory-SPIN)*

Connors si coalb. (2000), pornind de la limitarile cunoscute ale scalelor deja existente, dezvolta un inventar scurt care sa cuprinda spectrul tulburarii de fobie sociala, precum anxietatea in situatii sociale, comportamentul de evitare si concomitentele somatice ale acestora (vezi Anexa Nr. 19).

Instrumentul SPIN este de fapt o scala de autoevaluare construita cu scopul de a distinge subiectii cu fobie sociala de cei fara, de a evalua severitatea simptomelor, de a fi sensibila la schimbarile sub tratament si de a furniza un scor prag dincolo de care un caz sa poate fi identificat.

Scala contine intrebari care evalueaza frica (de oameni importanti sau cu autoritate, de petreceri sau evenimente sociale, de a fi criticat, de a vorbi cu straini sau de a face lucruri cand este observat), evitarea (de a vorbi cu oameni straini, de a aparea jenat in fata altora, de a merge la pertreceri, de a fi in centrul atentiei, de a tine discursuri, de a fi

criticat) si despre simtomele fizice insotitoare (roseata, transpiratii, palpitatii, tremuraturi sau neliniste in fata altora).

Cele 17 intrebari sunt evaluate pe o scala de la 0 la 4 si scorul intreg se poate intinde de la 0 la 64. Scala prezinta o nota buna de confidenta la test-retest si o validitate satisfacatoare; consistenta interna este intre coeficient Chronbach 0,87 si 0,94. Scorul prag la care deceleaza un caz de fobie sociala fata de populatia generala sau de alte cazuri de tulburari psihiatrice este de 19.

6.22. INVENTARUL DE ANXIETATE SI FOBIE SOCIALA (*The Social Phobia and Anxiety Inventory-SPAI)*

Inventarul de anxietate si fobie sociala este un instrument de autoevaluare a fobiei sociale asa cum este definita in DSM. El a fost dezvoltat de Tuner si colab. (1989 si 1995) ca se evalueze simptomele somatice si cele cognitive ale fobieici sociale. Scala cuprinde doua subscale, una cu 32 itemi pentru fobia sociala si alta cu 13 itemi pentru agorafobie. Itemii au fost extrasi din experienta clinica a autorilor si sunt evaluati pe o scala cu 7 puncte.

Subscala de fobie sociala evalueaza gradul de teama si frecventa ei in situatia in care subiectul intalneste persoane cu autoritate, straini, persoane de sex opus sau oameni in general si gradul in care subiectul prezinta simptome somatice si cognitive legate de aceasta teama. Subscala de agorafobie este inclusa doar ca sa se determine in prealabil daca aceste simptome sunt datorate fricii de a avea un atac de panica sau sunt parte a fricii de evaluare negativa.

Scala prezinta bune proprietati psihometrice si reuseste sa discrimineze fobia sociala de alte tulburari anxioase.

Scorul scalei poate fi de la 0 la 192 pentru scala de fobie sociala si de la 0 la 78 pentru scala de agorafobie. Modul de scorare a fiecarui item este destul de complex pentru ca sunt itemi cu mai multe elemente ce trebuie evaluate si scorul se stabileste facand o medie. Daca se scade din scorul de fobie sociala scorul la scala de agorafobie atunci se considera ca rezultatul este cel adevarat pentru fobia sociala si astfel un scor de peste 60

reprezinta un semnal de alarma iar un scor diferential de peste 80 reprezinta o siguranta ca este vorba de un caz de fobie sociala.

Scala este aparata de drepturi de autor si nu poate fi reprodusa aici. Se poate obtine un kit ce include manualul de utilizare si 25 formulare de scor pentru 55$ de la Multi-Health Systems, Inc, 908 Niagara Falls Blvd, North Tonawanda, NY 14120-2060.

6.23. INDEXUL SENZITIVITATII ANXIOASE (*The Anxiety Sensitivity Index-ASI-3*)

Din punct de vedere etologic anxietatea se bazeaza pe doua posibile moduri prin care mamiferele, in general, reactioneaza la primejdie: orientarea si apararea. In timpul orientarii individul scaneaza mediul cautand posibilele amenintari si el poate fi confident referitor la capacitatea proprie de a rezolva pericolele sau poate fi senzitiv si hipervigilent la semnalele de pericol. Cand se apara, individul este gata de a declansa o cascada de reactii care sa asigure securitatea organismului. Indivizii anxiosi, indiferent de "haina" care o imbraca, prezinta o atentie exagerata si o hipervigilenta fata de pericole sau sugestii care amintesc pericolul si care sunt autointretinute de scheme cognitive distorsionate precum trairile pe care le are cand este anxios (Mansell, 2004). Reiss si colab. (1986) considera ca orice forma de anxietate se dezvolta dintr-una din cele trei forme de senzitivitati pe care un individ anxios le-ar avea: frica de evaluare negativa, senzitivitatea anxioasa si senzitivitatea pentru boli si traumatisme. Senzitivitatea anxioasa este frica de simptomele pe care le traieste un subiect anxios (de ex. palpitatile, senzatia de sufocare, durerile in piept, ametelile, etc) si care nu le pune pe seama anxietatii, ci le considera ca ar fi expresia unui risc iminent pentru o afectiune amenintatoare de viata. Senzitivitatea anxioasa este considerata a fi o trasatura neuro-cognitiva care amplifica frica si alte reactii anxioase si plaseaza individul la riscul de a dezvolta tulburari anxioase, mai ales tulburarea anxioasa generalizata sau tulburarea de panica (Reiss, 1991).

Luand in considerare acest construct, Reiss si colab. (1986) construiesc o scala de evaluare a senzitivitatii anxioase cu 16 itemi numit Scala de evaluare a sensitivitatii anxioase (*Anxiety Sensivitity Index-ASI*). Itemi originari sunt cei care amintesc de

simptomele somatice ale anxietatii. Taylor si Cox (1998) revizuiesc aceasta scala si adauga alti itemi si astfel apare o versiune revizuita care contine 36 itemi si ne numeste *Anxiety Sensitivity Index-Revised – ASI-R*. Aceasts scala incearca sa inlocuiasca un construct mono-dimensional cu altul multidimensional care prezinta patru factori: frica de simptome fizice (simptomele cardiace vor conduce la un atac de inima), frica congitiva (frica ca isi va pierde controlul si va inebuni) si frica sociala (oamenii vor observa dificultatile pe care le intampina) si frica de simptome fizice fara o explicatie plauzibila (Deacon si colab. 2003).

Recent, Taylor si colab. (2007) isi reconstruiesc scala si fac o versiune mai scurta cu doar 18 itemi (*ASI-3*) pe baze unui esantion de 2361 subiecti si ii gasesc o structura cu trei factori: frica somatica, frica cognitiva si frica sociala. Subiectul evaluat trebuie sa aleaga cat de mult este de acord cu fiecare asertiune a testului intre 1 = foarte putin si 4 = foarte mult. Studiul de validitate si confidenta a fost un studiu cross-cultural care a cuprins esantioane din SUA, Canada, Spania, Franta, Mexic si Olanda si a aratat o perfomanta psihometrica remarcabila.

Aceasta scala este prezentata in Anexa Nr. 20.

6.24. SCALA SCURTA A FRICII DE EVALUARE NEGATIVA (*The Brief Fear of Negative Evaluation Scale-Brief FNES*)

Aceasta scala a fost facuta de Leary (1984) pe baza unui din cele mai vechi chestionare de evaluare a fobiei sociale, cel al lui Watron si Friend (1969).

Scala evalueaza un aspect particular al aneixtatii sociale legata de o particularitate cognitiva precum asteptarea de a fi evaluat negativ.

Versiunea integrala avea 30 intrebari care erau cotate cu adevarat sau fals, cu scopul de a masura frica de a fi evaluat de altii, asteptarea de a fi evaluat negativ de altii si necazul generat de acestea. Versiunea scurta are doar 12 intrebari si raspunsurile pot fi etalate pe o scala de la 1 la 5. Scorurile de la itemii2, 4, 7 si 10 trebuie inversate, 5 devenind 1 si 1 devenind 5 (vezi Anexa Nr. 21).

Scala intreaga FNSE cat si cea scurta au o buna validitate si confidenta si sunt pe larg folosite in studii clinice si munca de zi cu zi cu pacientul.

6.25. SCALA GANDURILOR SI CREDINTELOR SOCIALE (*The Social Thoughts and Beliefs Scale*)

Aceasta scala evalueaza structura cognitiva si porneste de la considerentul ca fobia sociala este o entitate clinica in care simptomele cognitive sunt dominante, spre deosebire de tulburarea de panica in care plangerile somatice apar pe primul plan. Individul cu fobie sociala prezinta distorsiuni cognitive care il conduc la prelucrarea neadecvata a sugestiilor primite din ambianta sociala, precum sugestiile conversationale, de acceptare sau de confort; el le percepe printr-o lentila negativa si le deturneaza sensul spre rejectie, jena, inadaptare, disconfort.

Turner si colab. (2003) dezvolta un instrument cu 21 itemi formulati empiric pe baza literaturii si experientei autorilor cu scopul de a evalua cognitiile negative din fobia sociala. Initial autorii au ales un numar de 45 itemi iar apoi pe baza raspunsurilor unui numar de psihiatrii si psihologici clinicieni pe de-o parte si a unui lot de bolnavii cu fobie sociala au exclus 14 itemi iar pe baza unei analize "*post hoc*" au fost inlaturati alti itemi ramanand doar 21 de itemi. Fiecare item este evaluat pe o scala Likert cu 5 puncte (1 = deloc caracteristic pana la 5 = totdeauna caracteristic). Scala este prezentata in Anexa nr. 22.

Analiza de confidenta si validitate a aratat calitati psihometrice robuste (coeficient Cronbach = 0,96, indice test-retest = 0,94) iar analiza factoriala a evidentiat structura cu doi factori (comparare sociala si inaptitudine sociala).

Scala are capacitatea de a distinge subiecti cu fobie sociala de alti subiecti cu tulburari anxioase si este destinata mai ales sa evalueze subiectul de-a lungul terapiei cognitiv-comportamentale.

Bibliografie:

Backer R, Holloway J, Thomas PW (2004): Emotional processing and panic, Behaviour Research and Therapy, 42: 1271-1287.

Balon R (2005): Masuring anxiety: Are we getting what we need? Depression and Anxiety, 22:1-10.

Barlow DH (2000): Unraveling the mystery of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory, American Psychologist, 2000: 1247-1263.

Barlow DH (1988); Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, New York: Guilford Press.

Barlow DH, Wincze J (1998): DSM-IV and beyond: what is generalized anxiety disorder. Acta Psychiatr Scand, 98 (Suppl 393):23-29.

Barnes LLB (2002): Reliability Generalization of Scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Educational and Psychological Measurement, 62: 603-618.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988): An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric proprieties, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6: 893-897.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (2000): Beck Anxiety Inventory, Handbook of Psychiatric Measures, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association.

Beck AT, Steer RA (1991): Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck JG, Stanley MA, Zebb BJ (1999): Effectiveness of the Hamilton Anxiety Rating Scale with Older Generalized Anxiety Disorder Patients, Journal of Clinical Geropsychology, 5:281-290.

Beidas RS, Stewart RE, Walsh L et al (2015): Free, brief and validated: Standardized instruments for low-resources menta;l health settings, Cognitive Behavioral Practice, 22(1) :5-19.

Borkovec TD, Ray WJ, Stoeber J (1998): Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. Cognitive Therapy Research, 22:561-576.

Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD, Barber JP (1994): Hamilton anxiety rating scale interview guide: joint interview and testretest methods for interrater reliability. Psychiatry Research, 53: 191–202.

Burns DD (1990): The Feeling Good, Plume by Penguin Group, New York.

Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, et al (1985): The Mobility Inventory for Agoraphobia. Behavioral Research and Therapy, 23:33–44.

Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE et al (2000): The Mobility Inventory for Agoraphobia (MI), Handbook of Psychiatric Measures, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association.

Clark DA, Steer RA, Beck AT: Common and specific dimensions of self-report anxiety and depression: implications for the cognitive and tripartite models, Journal of Abnormal Psychology, 103:645-654.

Clark LA,Watson D (2006): Distress and fear disorders: an alternative empirically based taxonomy of the ‘‘mood’’ and ‘‘anxiety’’ disorders. British Journal of Psychiatry, 189:481–483.

Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE et al (2000): Psychometric proprieties of the Social Phobia Inventory (SPIN), British Journal of Psychiatry, 176:379-386.

Covi L, Lipman MC, Nair DM, Crezlinsky T (1979): Symptomatic volunteers in multicenter drug trials. Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry 3: 521-528.

Cox T, Beal D, Brittain S (2000): The concurrent validity of the Mind over Mood Anxiety Inventory, Eastern Kentucky University, unpublished manuscript.

Crittendon J, Hopko DR (2006): Assessing worry in older and younger adults: Psychometric properties of an abbreviated Penn State Worry Questionnaire (PSWQ-A), Anxiety Disorders, 20: 1036-1054.

Deacon, BJ, Abramowitz JS, Woods CM, Tolin DF (2003): The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples, Behaviour Research and Therapy, 41: 1427-1449.

Di Nardo RA, Barlow D H (1988): Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R*).* Albany: Center for Stress and Anxiety Disorders.

Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R (2001): Intolerance of uncertainty and worry: Investigating narrow specificity in a non-clinical sample. Cognitive and Therapy Research, 25:551–558.

Endler NS, Kocovski NL (2001): State and trait anxiety revisited, Anxiety Disorder, 15:231-245.

Enns MW, Cox BJ, Parker JDA, Gurertin JE (1998): Confirmatory factor analysis of the Beck Anxiety and Depression Inventories in patients with major depression, Journal of Affective Disorders, 46: 195-200.

Fresco DM, Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL (2003): Using the Penn State Worry Questionnaire to identify individuals with generalized anxiety disorder: a receiver operating characteristic analysis, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34: 283–291.

Greenberger D, Padesky CA (1995): Mind Over Mood: A Cognitive Therapy Treatment Manual for Clients. New York: Guilford Press.

Gros DF, Antony MM, Simms LJ, McCabe RE (2007): Psychometric Properties of the State–Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State–Trait Anxiety Inventory (STAI), Psychological Assessment, 19: 269-381.

Hamilton M (2000): Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Handbook of Psychiatric Measures, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association.

Haslam N (2003): Categorical versus dimensional models of mental disorder: the taxometric evidence, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37:696-704.

Hettema JM (2008): The nosologic relationship between generalized anxiety disorder and major depression, Depression and Anxiety, 25:300-316.

Hewitt PL, Norton GR (1993): The Beck Anxiety Inventory: A psychometric analysis, Psychological Assessment, 5: 408-412.

Kennedy BL, Schwab JJ, Morris RL, Belida G (2001): Assessment of state and trait of anxiety in subjects with anxiety and depressive disorders, Psychiatric Quarterly, 72: 263-276.

Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. (2002): Detection of depression and anxiety in primary care: Follow up study. British Medical Journal, 325:1016-1017.

Kobak KA, Reynolds WM, Greist JH: Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale, Psychological Assessment, 5:487-492.

Lampe LA (2000): Social phobia: a review of recent research trends, Current Opinion in Psychiatry, 13:149-155.

Leary MR (1983): A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale, Personality and Social Psychiatry, 9:371-375.

Lewis A (1970): The ambiguous word “anxiety”, International Journal of Psychiatry, 9:62-79.

Liebowitz, M. R. (1987): Social phobia, Modern Problems of Pharmacopsychiatry (DF Klein Ed.) 22: 141-173.

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995a): Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.

Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H. (1995b): The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33: 335-343.

Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I (1988): The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J. Affect. Disord., 14(1) :61–68.

Mansell W (2004): Cognitive psychology and anxiety, Psychiatry, 3: 6-10.

Meyer T J, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD (1990): Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behaviour Research and Therapy, 28: 487–495.

Newman MG, Holmes M, Zuellig AR et al (2006): The Reliability and Validity of the Panic Disorder Self-Report: A New Diagnostic Screening Measure of Panic Disorder, Psychological Assessment, 18: 49–61.

Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE et al (2002): Preliminary Reliability and Validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A Revised Self-Report Diagnostic Measure of Generalized Anxiety Disorder, Behavior Therapy, 33:215-233.

Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS, Tolin DF (2006): Dimensionality of somatic complaints: Factor structure and psychometric proprieties of the Self-Rating Anxiety Scale, Anxiety Disorders, 20: 543-561.

Olatunji BO, Schottenbauer MA, Rodriguez BF et al (2007): The structure of worry: Relations between positive/negative personality characteristics and the Penn State Worry Questionnaire, Journal of Anxiety Disorders, 21:540-553.

Ost LG (2006): The claustrophobia scale: a psychometric evaluation, Behaviour Research and Therapy, 45: 1053-1064.

Plehn K, Peterson RA (2002): Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: A prospective study. Journal of Anxiety Disorder, 16:455–474.

Rachman S (1993): Analyses of Claustrophobia, Journal of Anxiety Disorder, 7: 281-291.

Radomsky AS, Rachman S, Thordarson et al (2001): The Caustrophobia Questionnaire, Journal of Anxiety Disorders, 15: 287-297.

Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. Clinical Psychology Review, 11: 141–153.

Riskind JH., Beck AT, Brown G, Steer RA (1987): Taking the measure of anxiety and depression: Validity of the reconstructed Hamilton scales. Journal of Nervous and Mental Disorders, 175: 474-479.

Safren SA, Heimberg RG, HornerKJ et al (1999): Factor structure of social fear: The Liebowitz Social Anxiety Scale, Journal of Anxiety Disorders, 3: 253-270.

Sheehan DV (1999): Appendix 2. The Sheehan Patient Rated Anxiety Scale, Journal of Clinical Psychiatry, 60 (Suppl. 18): 63-64.

Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ (1997): The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. Journal of Abnormal Psycholgy, 106:355–364.

Shear KM, Belnap BH, Mazumdar S et al (2006): Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (ADSS): A preliminary validity study, Depression and Anxiety, 23: 77-82.

Shear MK, Bilt JV, Rucci P et al (2001): Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A), Depression and Anxiety, 13: 166-178.

Shear MK, Bjelland I, Beesdo K, Gloster AT, Wittchen H-U (2007): Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders, International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16(S1): S52–S64.

Shear MK, Brown TA, Barlow DH et al (1997): Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale, American Journal of Psychiatry, 154:1571-1575.

Shear MK, Feske U, Brown C et al (2000): Handbook of Psychiatric Measures, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association.

Spielberger CD, Gorsuch RR, Luchene RE (1970): Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, Palo Alto, CA, Consulting Psychologist Press.

Stanley MA, Beck JG (2000): Anxiety disorder, Clinical Psychology Review, 20: 731–754.

Taylor S, Cox BJ (1998): An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. Journal of Anxiety Disorders, 12: 463–483.

Turner SM, Beidel DC, Dancu CV, Stanley MA (1989): An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory, Psychological Assessment 1:35–40.

Turner SM, Beidel DC, Dancu CV (1995): Social Phobia and Anxiety Inventory Manual, North Tonawanda, NY, MHS.

Turner SM, Johnson MR, Beidel DC et al (2003): The Social Thoughts and Beliefs Scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia, Psychological Assessment, 15: 384-391.

Tyrer P, Methuen C (2007): Rating Scales in Psychiatry, London, RCPsych Publication

Watson D, Friend R (1969): Measurement of social-evaluative anxiety, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33:448–457.

Watson D, O'Hara MA, Stuart S (2008): Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders, Depression and Anxiety, 25:282-288.

Wells A, Carter K (1999): Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. Behavioral Research and Therapy, 37:585-594.

Wetherell LJ, Arean PA (1997): psychometric evaluation of the Beck Anxiety Inventory with older medical patients, Psychological Assessment, 9: 136-144.

Zung WK (1971): A rating instrument for anxiety disorders, Psychosomatics, 12: 371-379.

- oo O 00 -

Anexa Nr. 1

SCALA HAMILTON DE EVALUARE A ANXIETATII

(Hamilton Anxiety Rating Scale – HMA-A)

Mai jos este o lista care descrie unele sentimente pe care oamenii le pot avea. Evalueaza pacientul prin potrivirea simptomelor lui cu fraza care descrie cel mai bine marimea acestor sentimente. Selecteaza numai unul din cele cinci raspunsuri pentru cele 14 intemi:

0 = absent; 1=usor; 2=moderat; 3=sever; 4=foarte sever.

1. Dispozitie anxioasa **0 1 2 3 4**
Grija, anticiparea a ceea ce e mai rau, anticiparea fricii, iritabilitate

2. Tensiune **0 1 2 3 4**
Sentimentul de a fi tensionat, alarmat, obosit, nelinistit, incapabil de a se relaxa, plans usor,

3. Frica **0 1 2 3 4**
Frica de intuneric, de straini, de a ramane singur, de animale, de trafic sau de aglomeratie

4. Insomnie **0 1 2 3 4**
Dificultatate in a adormi, somn intrerupt, somn neodihnitor, oboseala la trezire, cosmaruri,

5. Tulburari intelectuale **0 1 2 3 4**
Dificultati in concentrare, tulburari de memorie

6. Dispozitie depresiva **0 1 2 3 4**
Pierderea intereselor, pierderea placerii din activitatile altadata placute, tristete, trezire devreme, schimbari diurne ale dispozitiei

7. Tulburari musculare **0 1 2 3 4**
Dureri, contracturi, spasme, inclestarea dintilor, schimbarea tonului vocii, hipertonie musculara

8. Tulburari senzoriale **0 1 2 3 4**
Tiuituri in urechi, vedere incetosata, valuri de caldura sau frig, slabiciune, intepaturi

9. Simptome cardiovasculare **0 1 2 3 4**
Tahicardie, palpitatii, dureri in piept, puls erectil, senzatie de lesin, extrasistole

10. Simptome respiratorii **0 1 2 3 4**
Senzatie de presiune si constructie in piept, lipsa de aer, dispnee, oftat

11. Simptome gastrointestinale **0 1 2 3 4**
Dificultati in inghitit, dureri abdominale, senzatii de arsura, de balonare, greata, voma, garguismente, diaree sau constipatie, pierdere in greutate

12. Simptome genitourinare **0 1 2 3 4**

Urinari frecvente, senzatie de urinare imperioasa, amenoree, menoragie, frigiditate, ejaculare prematura, pierderea libidoului, impotenta

13. Simptome vegetative **0 1 2 3 4**
Senzatie de gura uscata, valuri de caldura si roseata, paloare, tendinta de transpiratie, presiune cefalica, piloerectie, vertij

14. Comportamentul in timpul interviului **0 1 2 3 4**
Nervozitate, neliniste, tremorul mainilor, incruntarea fetii, aspect tensionat, respiratie rapida si zgomotoasa, paloare, inghitituri frecvente, etc.

- oo O 00 -

Anexa Nr. 2:

INTERVIUL STRUCTURAT AL SCALEI HAMILTON DE EVALUARE A ANXIETATII

(*Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Scale (SIGH-A)*

1. Care a fost dispozitia ta in ultima saptamana?

Ai fost anxios, nervos?
Ai fost ingrijorat?
Ai avut sentimentul ca ceva rau s-ar putea intampla?
Te-ai simtit iritat?

0 – Fara dispozitie anxioasa
1 – Anxietate sau grija usoara indicata numai daca este intrebat; nici o schimbare in functionare
2 – Preocupare fata de evenimente minore, anxietate doar in unele zile
3 – Anxietate/ingrijorare aproape zilnic cu afectarea activitati zilnice; zilnic preocupat de aceste simptome
4 – Anxietate aproape constanta; perturbarea functionarii de rol

2. Te-ai simtit tensionat?

Te sperii/tresari repede?
Plangi usor?
Obosesti repede?
Ai fost nelinistit sau agitat sau tensionat/incapabil sa te relaxezi?

0 – Nici o tensiune
1 – Usoara tensiune ocazional sau in unele zile (1-2 zile), momente de teama exagerata sau dispozitie labila
2 – Tensiune sau oboseala musculara 50% din timp sau repetate (mai mult de doua) episoade de neliniste si teama
3 – Aproape zilnic tensiune musculara, oboseala si/sau neliniste (mai mult de 75% din timp sau persistent), simptomele interfera cu functionarea
4 – Tensiune, neliniste si agitatie constanta, inabilitate de a se relaxa in timpul interviului

3. Te-ai simtit infricosat de situatii sau evenimente?

Ti-a fost frica de intuneric?
De straini?
Sa fi singur?
De animale?
Sa fi prins in trafic?
De aglomeratie?
Alte frici?

0 – Nici o frica
1 – Frica usoara dar necauzand deranj sau probleme
2 – Frica duce la evitarea situatiilor sau cauzeaza probleme intr-una sau mai multe ocazii

3 – Frica este un lucru care necajeste subiectul aproape in fiecare zi (75%); subiectul ar putea avea nevoie de a fi cu cinevain situatiile de frica
4 – Frica si evitare care perturba puternic functionarea. Subiectul poate evita multiple situatii chiar daca este acompaniat; agorafobie marcata

4. Cum ai dormit in ultima saptamana?

Ai vreo dificultate in a adormi?
Te trezesti noaptea?
Te trezesti devreme si nu mai poti adormi?
Te simti nelinistiti dimineata?

0 – Nici o problema cu somnul
1 – Probleme usoare cu somnul (de ex. 1-2 nopti cu dificultati de adormire sau cosmaruri)
2 – Mai multe nopti cu probleme de som dar nu persistente (de ex. Mai mult de ½ ora pana adoarme, cosmaruri sau oboseala excesiva la trezire)
3 – Probleme persistente cu somnul (mai multe zile) caracterizate de dificultati de adormire (mai mult de o ora pana adoarme) sau sta treaz, nelinistit, frecvente cosmaruri, somn nesatisfacator, oboseala
4 - Dificultati in fiecare noapte cu adormirea sau mentinerea somnului sau oboseala severa la trezire

5. Ai avut probleme de concentrare sau de rememorare?

0 - Nici o dificultate
1 – Rare episoade de uitare sau de lipsa de concentrare care nu perturba subiectul
2 – Episoade recurente de uitare sau dificultati de concentrare care cauzeaza subiectului destule probleme
3 – Persistente probleme de memorie si concentrare care interfera cu sarcinile zilnice
4 – Probleme serioase datorita tulburarilor de concentrare

6. Te-ai simtit depresiv?

Ai pierdut interesul/motivatia fata de diferite lucruri?
Ti-ai pierdut placerea de a te intalnii cu prietenii sau pentru hobbiurile tale?

0 – Nici o depresie
1 – Ocazional sau usoara tristete sau raposteaza scaderea placerii in viata
2 – Trist sau dezinteresat 50% din timp dar nu influenteaza functionarea
3 – Persistenta tristete sau pierdere a placerii, semnificativ influenteaza viata subiectului si este evidenta pentru altii
4 – Depresie severa zilnica cu semnificativa perturbare a functionarii

7. Ai simtit dureri sau tensiuni musculare

Ai simtit spasme sau contractii musculare?
Ai avut inclestarii ale maxilarelor (scrasnit din dinti)
Ti-ai pierdut tonul vocii?

0 – Nici un simptom muscular
1 – Prezenta sporadica a 1-2 simptome dar fara sa necajeasca pe subiectul
2 – Mai multe simptome usoare sau unul care-l necajeste tare
3 – Simptomele in mai multe zile care-l necajesc pe subiect si care-l determina sa-si limiteze activitatea sau sa ia medicamente
4 – Zilnic sau aproape zilnic simptome care deranjeaza tare subiectul si care-l face sa isi restranga activitatea sau sa caute ajutor medical

8. **Ai avut tiuituri in urechi, vedere incetosata, valuri de caldura sau de frig, senzatii de intepaturi sau arsuri, oboseala (***nu in timpul unui atac de panica)*

0 – Nici un simptom
1 – Rar prezenta a 1-2 simptome dar fara sa necajeasca subiectul
2 – Probleme usoare cu cateva simptome sau un simptom il necajeste mai tare
3 – Simptomele apar in mai multe zile si necajesc subiectul mai tare si/sau subiectul incearca sa controleze simptomele prin limitarea activitatii sau luarea de medicamente
4 – Zilnic sau aproape zilnic simptome care perturba semnificativ subiectul si il fac sa reduca activitatea sau sa se duca la medic

9. **Ai avut perioade cand inima a batut repede sau neregulat (***nu in timpul unui atac de panica)*
Ai avut dureri in piept sau senzatii de slabiciune de la inima?

0 – Nici un simptom
1 – Rar prezenta a 1-2 simptome dar fara sa necajeasca subiectul
2 – Probleme usoare cu cateva simptome sau un simptom il necajeste mai tare
3 – Simptomele apar in mai multe zile si necajesc subiectul mai tare si/sau subiectul incearca sa controleze simptomele prin limitarea activitatii sau luarea de medicamente
4 – Zilnic sau aproape zilnic simptome care perturba semnificativ subiectul si il fac sa reduca activitatea sau sa se duca la medic

10. **Ai avut probleme cu respiratia? De exemplu senzatie de presiune sau constrictie in piept, de greutate in respiratie sau lipsa de aer? (***nu in timpul unui atac de panica)*

0 – Nici un simptom
1 – Rar prezenta a 1-2 simptome dar fara sa necajeasca subiectul
2 – Probleme usoare cu cateva simptome sau un simptom il necajeste mai tare
3 – Simptomele apar in mai multe zile si necajesc subiectul mai tare si/sau subiectul incearca sa controleze simptomele prin limitarea activitatii sau luarea de medicamente
4 – Zilnic sau aproape zilnic simptome care perturba semnificativ subiectul si il fac sa reduca activitatea sau sa se duca la medic

11. **Ai avut probleme sau dureri de burta?** *(nu in timpul unui atac de panica)*
Greata sau voma?
Arsuri sau crampe la stomac?
Arsuri pe esofag/pirozis?
Diaree sau constipatie?
Balonari?

0 – Nici un simptom
1 – Rar prezenta a 1-2 simptome dar fara sa necajeasca subiectul
2 – Probleme usoare cu cateva simptome sau un simptom il necajeste mai tare
3 – Simptomele apar in mai multe zile si necajesc subiectul mai tare si/sau subiectul incearca sa controleze simptomele prin limitarea activitatii sau luarea de medicamente
4 – Zilnic sau aproape zilnic simptome care perturba semnificativ subiectul si il fac sa reduca activitatea sau sa se duca la medic

12. **Ai avut probleme cu urinatul? De exemplu ai urinat mai frecvent decat deobicei?**
Simti nevoia sa urinezi urgent? Nu poti sa te tii?
Ti-a scazut interesul pentru sex?
Pentru femei: Iti vine menstruatia la timp?
Ai probleme in obtinerea orgasmului?

Pentru barbati: Ai probleme in mentinerea erectiei?
Ejaculezi prea repede?

0 – Nici un simptom
1 – Rare sau minore simptome urinare sau sexuale
2 – Simptome urinare mai multe zile pe saptamana, ocazional probleme sexuale
3 – Simptome sexuale si urinare majoritatea zilelor, amenoree
4 – Zilnic simptome urinare si sexuale care necajesc subiectul si-l fac sa caute tratament medical

13. **Ai simtit ca iti arde fata sau ai fost palid sau zapacit de cap? (***nu in timpul unui atac de panica)*
Ai avut senzatie de durere si presiune in cap/migrena?
Te-ai infiorat si ti s-a ridicat parul pe maini sau pe spate cand ti-a fost frica?

0 – Nici un simptom
1 – Simptome usoare si rare
2 – Simptomele apar de mai multe ori pe saptamana si au fost suparatoare
3 – Simptome suparatoare si jenante aproape zilnic,
4 – Simptomele sunt zilnice, suparatoare si produc probleme de functionare (de ex. migrenele zilnice sau senzatia de zapaceala/obtuzie conduce la limitarea activitatii)

14. **Evalueaza comportamentul din timpul interviului**
Neliniste, nu poate sta linistit, tremor al mainilor, incruntarea fruntii, paloarea fetii sau pete pe fata, respiratie rapida, frecvente inghitituri

0 – Nici un simptom aparent
1 – Prezenta a 1-2 simptome de mica intensitate
2 – Prezenta a mai multor simptome de mica intensitate sau unul de mai mare intensitate
3 – Persistenta simptomelor in timpul interviului
4 – Agitatie, hiperventilatie, dificultati in terminarea interviului.

- oo O 00 -

Anexa Nr. 3

INVENTARUL BECK DE ANXIETATE

(Beck Anxiery Inventory)

Mai jos se afla o lista cu simptomele anxietatii. Va rog cititi cu atentie fiecare simptom al listei. Indicati cat de mult v-a deranjat acest simptom in ultima luna, inclusiv astazi, incercuind numarul din spatiul corespunzator din dreptul simptomului.

Item	Deloc	Usor nu m-a deranjat prea mult	Moderat m-a deranjat uneori	Sever m-a suparat tare de tot
Amorteli sau furnicaturi	**0**	**1**	**2**	**3**
Calduri	**0**	**1**	**2**	**3**
Dat din picioare (bataieli)	**0**	**1**	**2**	**3**
Incapabil de a te relaxa	**0**	**1**	**2**	**3**
Frica ca ceva rau se va petrece	**0**	**1**	**2**	**3**
Ametit sau zapacit de cap	**0**	**1**	**2**	**3**
Batai rapide de inima	**0**	**1**	**2**	**3**
Nelinistit	**0**	**1**	**2**	**3**
Temator sau infricosat	**0**	**1**	**2**	**3**
Nervos	**0**	**1**	**2**	**3**
Senzatie ca te strange ceva de gat	**0**	**1**	**2**	**3**

Tramuraturi de maini	**0**	**1**	**2**	**3**
Incapabil sa stai locului, agitatie	**0**	**1**	**2**	**3**
Frica de a-ti pierde controlul	**0**	**1**	**2**	**3**
Dificultati in respiratie	**0**	**1**	**2**	**3**
Frica de moarte	**0**	**1**	**2**	**3**
Speriat	**0**	**1**	**2**	**3**
Indigestie sau alte simptome in abdomen	**0**	**1**	**2**	**3**
Slabiciuni	**0**	**1**	**2**	**3**
Fata congestionata	**0**	**1**	**2**	**3**
Transpiratii (nu din cauza caldurii)	**0**	**1**	**2**	**3**
Column Sum				

- oo O 00 -

Anexa Nr. 4

Scala de autoevaluare a anxietatii Zung
(The Self-Rating Anxiety Scale Zung-SAS)

Mai jos sunt 20 afirmatii. Va rog sa evaluati fiecare afirmatie cu scala de mai jos:

1 = Deloc sau foarte putin timp
2 = Ceva timp
3 = Mare parte din timp
4 = Cea mai mare parte din timp

1. Ma simt mai nervos and anxios decat obisnuit
2. Ma simt tematator fara nici un motiv
3. Ma necajesc usor sau ma simt in panica
4. Ma simt ca si cum mi-am pierdut mintile sau controlul
5. Simt ca totul este bine si nimic rau nu se va intampla
6. Bratele si picioarele imi tremura si se misca intr-una
7. Am dureri de cap, de ceafa si spate
8. Ma simt slabit si obosesc repede
9. Ma simt calm si pot sa stau nemiscat fara greutate
10. Imi bate inima repede
11. Am perioade cand ma simt zapacit si confuz
12. Am perioade de slabiciune si lesin
13. Pot inspira si expira usor
14. Am senzatii de amorteala si furnicaturi in degetele de la maini si picioare
15. Am dureri la stomac sau indigestii
16. Trebuie sa ma duc des sa urinez
17. Palmele imi sunt in mod obisnuit uscate si calde
18. Ma inrosesc si imi arde fata
19. Adorm repede si ma odihnesc bine
20. Am vise urate

- oo O 00 -

Anexa Nr. 5

Inventarul de anxietate "Mintea inaintea Inimii"

(Mind Over Mood Anxiety Inventory)

Indica numarul care descrie cel mai bine cat de mult ai trait sau ai fost suparat in ultima saptamana de fiecare din simptomele de mai jos.

	Deloc	**Uneori**	**Frecvent**	**Cea mai mare parte a timpului**
1. Sa ma simt nervos	0	1	2	3
2. Sa ma simt ingrijorat	0	1	2	3
3. Sa tremur	0	1	2	3
4. Sa simt tensiune si /sau durere in muschi	0	1	2	3
5. Sa fiu nelinistit	0	1	2	3
6. Sa obosesc repede	0	1	2	3
7. Sa gafai si sa respir repede	0	1	2	3
8. Sa-mi bata inima repede	0	1	2	3
9. Sa transpir fara sa fie cald afara	0	1	2	3
10. Sa mi se usuce gura	0	1	2	3
11. Sa fiu zapacit sau confuz	0	1	2	3
12. Sa am greata, diaree sau probleme la stomac	0	1	2	3
13. Sa urinez frecvent	0	1	2	3
14. Sa am valuri de caldura sau de frig	0	1	2	3

15. Sa simt nod in gat sau sa inghit cu greu	0	1	2	3
16. Sa simt ca imi pierd controlul	0	1	2	3
17. Sa ma sperii usor	0	1	2	3
18. Sa am dificultati de concentrare	0	1	2	3
19. Sa adorm greu sau sa am insomnii	0	1	2	3
20. Sa fiu iritabil	0	1	2	3
21. Sa evit locuri care ma fac anxios	0	1	2	3
22. Sa am frecvente ganduri de frica	0	1	2	3
23. Sa ma simt incapabil de a depasi situatiile	0	1	2	3
24. Sa am frecvente ganduri ca ceva rau se va petrece	0	1	2	3

- oo O 00 -

Anexa Nr. 6

Inventarul de anxietate Burns
(The Burns Anxiety Inventory)

Instructiuni: Mai jos este o lista cu simptome pe care oameni le au uneori. Alege un numar care descrie cel mai bine cat de mult acest simptom te-a deranjat in ultima saptamana.

CATEGORIA I: DISPOZITIE ANXIEOASA					
Nr. item	**Simptom**	**Niciodata**	**Uneori**	**Deseori**	**Totdeauna**
1	Anxietate, nervozitate, ingrijorare sau frica	**0**	**1**	**2**	**3**
2	Senzatia ca lucrurile din jur sunt stranii sau ireale	**0**	**1**	**2**	**3**
3	Senzatia ca parti din corp sunt detasate	**0**	**1**	**2**	**3**
4	Aparitia neasteptata a senzatiei de panica	**0**	**1**	**2**	**3**
5	Frica sau senzatia ca ceva rau te asteapta	**0**	**1**	**2**	**3**
6	Senzatia de a fi tensionat, stressat, nervos	**0**	**1**	**2**	**3**
CATEGORIA II: GANDURI ANXIOASE					
7	Difcultati de concentrare	**0**	**1**	**2**	**3**
8	Gandurile mereg repede sau sar de la un lucru la altul	**0**	**1**	**2**	**3**
9	Imagini infricosatoare sau cosmaruri	**0**	**1**	**2**	**3**
10	Senzatia ca esti pe cale sa-ti pierzi controlul	**0**	**1**	**2**	**3**
11	Frica de a inebuni sau a-ti pierde mintile	**0**	**1**	**2**	**3**
12	Frica de a-ti pierde constiinta sau de a lesina	**0**	**1**	**2**	**3**
13	Frica de a te imbolnavi, de a avea un atac de inima sau de a muri	**0**	**1**	**2**	**3**
14	Grija de a nu aparea ciudat sau neadecvat in public	**0**	**1**	**2**	**3**
15	Frica de a fi singur, izolat sau abandonat	**0**	**1**	**2**	**3**
16	Frica de critica si dezaprobare	**0**	**1**	**2**	**3**
17	Frica ce ceva teribil este pe cale sa se intample	**0**	**1**	**2**	**3**
CATEGORIA III. SIMPTOME FIZICE					
18	Batai rapide sau neregulate ale inimii (palpitatii)	**0**	**1**	**2**	**3**

19	Dureri, presiune sau inclestare in piept	**0**	**1**	**2**	**3**
20	Intepaturi sau furnicaturi in degetele de la maini sau picioare	**0**	**1**	**2**	**3**
21	Nervi sau tulburari la stomac	**0**	**1**	**2**	**3**
22	Constipatie sau diaree	**0**	**1**	**2**	**3**
23	Neliniste si incapacitate de a sta locului	**0**	**1**	**2**	**3**
24	Tensiune musculara	**0**	**1**	**2**	**3**
25	Transpiratii (care nu sunt date de caldura)	**0**	**1**	**2**	**3**
26	Nod in gat	**0**	**1**	**2**	**3**
27	Tremuraturi si bataieli	**0**	**1**	**2**	**3**
28	Slabiciune in picioare	**0**	**1**	**2**	**3**
29	Senzatie de zapaceala, confuzie, ameteala	**0**	**1**	**2**	**3**
30	Lipsa de aer, dificultati de respiratie	**0**	**1**	**2**	**3**
31	Dureri de cap sau de ceafa sau spate	**0**	**1**	**2**	**3**
32	Valuri de caldura sau de frig	**0**	**1**	**2**	**3**
33	Senzatie de oboseala, slabiciune, expuizare	**0**	**1**	**2**	**3**

*Copyright @ 1984 by David D. Burns, M.D., from The Feeling Good Handbook, copyright @ 1989

- oo O oo -

Anexa Nr. 7

Scala de Anxietate Covi
(*Covi Anxiety Scale-COVI)*

Evalueaza fiecare din urmatoarele domenii conform gradelor de severitate de mai jos:

1 = Deloc
2 = Usor
3 = Moderat
4 = Considerabil
5 = Foarte mult

I. _____ **Raportarea verbala a anxietatii**: Senzatie de nervozitate, tremor, neliniste, frica brusca fara motiv, teniune, evitare a anumitor situatii, locuri sau lucruri din cauza fricii, dificultati in concentrare;

II _____ **Comportament**: Apare infricosat, nelinistit, evitant, mereu in miscare sau tremurand;

III _____ **Simptome somatice**: Tremuraturi, transpiratii, palpitatii, probleme de respiratie, valuri de caldura sau de frig, somn nelinistit, nod in gat, probleme gastrice, mictiuni frecvente;

- oo O oo -

Anexa Nr. 8

Scala de depresie, anxietate si stress -21

(*The Depression Anxiety Stress Scale 21 items - DASS-21)*

Nr. item	aparteneta	Itemul	Niciodata	Uneori	Frecvent	Totdeauna
1	S	Imi este greu sa ma calmez	0	1	2	3
2	A	Am avut gura uscata	0	1	2	3
3	D	Nu pot sa ma bucur	0	1	2	3
4	A	Am avut dificultati de respiratie (gafai sau am senzatie de lipsa de aer fasra sa fi facut efort)	0	1	2	3
5	D	Imi este greu sa am initiativa sa fac ceva	0	1	2	3
6	S	Am tendinta sa reactionez disproportionat fata de situatie	0	1	2	3
7	A	Am avut tremuraturi (de ex. la maini)	0	1	2	3
8	S	Am vazut ca folosesc o mare energie nervoasa	0	1	2	3
9	A	Am fost ingrijorat de situatii in care am fost panicat sau mi-am pierdut controlul	0	1	2	3
10	D	Am constatat ca nu astept nimic de la viitor	0	1	2	3
11	S	Am fost agitat	0	1	2	3
12	S	Mi-a fost dificil sa ma relaxez	0	1	2	3
13	D	M-am simtit trist si abatut	0	1	2	3
14	S	Am fost deranjat si frustrat de orisice lucru care ma pereturba de la ceea ce fac	0	1	2	3
15	A	Am fost aproape de panica	0	1	2	3
16	D	Am fost incapabil sa ma entuziasmez de ceva	0	1	2	3
17	D	Am gandit ca nu sunt o persoana valoroasa	0	1	2	3
18	S	Am simtit ca sunt o persoana usor de ofensat	0	1	2	3
19	A	Am avut palpitatii si alte senzatii la inima fara sa fi facut efort	0	1	2	3
20	A	M-am simtit infricosat fara o cauza anume	0	1	2	3
21	D	Am gandit ca viata nu are nici un sens	0	1	2	3

- oo O oo -

Anexa Nr. 9

Chestionarul Penn State de evaluare a ingrijorarii
(Penn State Worry Questionnaire - PSWQ)

Modul de scorare:
1 = nu e tipic pentru mine
2 = mi se intampla foarte rar
3 = mi se intampa rar
4 = mi se intampla des
5 = este foarte tipic pentru mine

Nr. item	Item	Scor				
1	Nu ma simt ingrijorat daca nu am timp suficient sa fac totul,	1	2	3	4	5
2	Grijime ma coplesesc	1	2	3	4	5
3	Nu am tendinta sa ma ingrijorez	5	4	3	2	1
4	Imi fac griji pentru multe situatii	1	2	3	4	5
5	Stiu ca nu ar trebui sa-mi fac griji dar nu pot altfel	1	2	3	4	5
6	Imi fac o multime de griji cand sunt sub presiune	1	2	3	4	5
7	Sunt totdeauna ingrijorat de ceva	1	2	3	4	5
8	Imi este usor sa scap de griji	5	4	3	2	1
9	Imediat ce termin un lucru incept sa ma ingrijorez de ceea ce trebuie sa fac mai departe	1	2	3	4	5
10	Niciodata nu imi fac griji de nimic	5	4	3	2	1
11	Cand nu mai este nimic de facut eu nu ma mai simt ingrijorat	5	4	3	2	1
12	Am fost o persoana ingrijorata toata viata mea	1	2	3	4	5
13	Am constatat ca sunt ingrijorat pentru orice	1	2	3	4	5
14	Odata ce am devenit ingrijorat nu ma mai pot opri	1	2	3	4	5
15	Sunt ingrijorat tot timpul	1	2	3	4	5
16	Sunt ingrijorat pana cand toate sunt facute/realizate	1	2	3	4	5

- oo O oo-

Anexa Nr. 10:

Chestionarul Tulburarii Anxioase Generalizate – IV

(*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV)*

1. Ai simtit ca ai o grija excesiva? DA NU

2. Grija ta este excesiva din cauza intensitatii, frecventei, si de cat de tare te supara? DA NU

3. Ai constatat ca este dificil sa-ti controlezi sau stopezi grija ta odata ca s-a pornit? DA NU

4. Te ingrijorezi excesiv sau dincolo de cat ai vrea de lucruri minore precum sa intarzii la o intalnire, reparatii minore, sarcini mici, etc.? DA NU

5. Fa o lista de cele mai frecvente domenii pentru care te ingrijorezi peste masura si incontrolabil

a. _____ d. _____

b. _____ e. _____

c. _____ f. _____

6. In timpul <u>ultimelor sase luni</u> grija excesiva si necontrolabila te-a suparat multe zile? DA NU

DACA DA CONTINUA, DACA NU SARI PESTE INTREBARILE DE MAI JOS.

7. In timpul ultimelor sase luni te-a suparat vreunul din simptomele urmatoare?

Bifeaza fiecare simptom pe care l-ai avut:

__ Neliniste, iritabilitate sau nervozitate

__ Dificultate de a adormi sau de a dormi si somn nelinistit si neodihnitor

__ Dificultate de concentrare

__ Iritabilitate

__ Oboseala

__ Tensiune musculara

8. Cat de mult grija sau simptomele fizice au interferat cu viata ta, munca, activitatile sociale sau familiale, etc.? Incercuieste un numar:

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Deloc		Usor		Moderat		Sever		Foarte sever

9. Cat de tare te-a suparat grija si simptomele fizice (cat de mult te-a afectat)? Incercuieste un numar:

0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Deloc		Usor		Moderat		Sever		Foarte sever

- oo O oo -

Anexa Nr. 11:

Scala de Severitate a Tulburarii Anxioase Generalizate

(*Generalized Anxiety Disorder Severity Scale –GADSS*)

	Lista grijilor: • Viitor • Propria sanatate • Sanatatea altora • Bunastarea familiei • Finantele • Relatiile sociale • Relatiile intime • Munca si activitatea • Scoala • Activitatile zilnice • Altele	1. Evalueaza cu DA sau NU, 2. DACA DA specifica grija care este in lista alaturata 3. Evalueaza doar unul sau doua din grijile subiectului	Foloseste la scorare doar grijile principale ale subiectului
Nr. Item	**Item**	**Intrebari**	**Ancorele scorului**
1	**Frecventa grijilor**	Cat de des ai griji (prezinta lista cu grijile)? Ai griji toate ziua? Te ingrijorezi in fiecare zi? In medie, cat de mult timp esti ocupat cu griji excesive si nerealiste in fiecare zi?	0 = nici o grija 1 = usor; grijile ocupa mai putin de o ora pe zi 2 = moderat; griji pentru 1-3 ore pe zi 3 = sever = grijile ocupa 3-8 ore pe zi 4 = mai mult de 8 ore pe zi
2	**Cat de suparatoare sunt grijile**	Cat de mult te-a suparat grijile tale? Cat de necajit si inconfortabil te-ai simtit cand esti ingrijorat?	0 = deloc 1 = usor, nu este perturbat de griji 2 = moderat, usoare suparari dar suportabil 3 = sever, este sever perturbat 4 = foarte sever, grijile il fac sa fie incapabil de altceva
3	**Frecventa simptomelor asociate** (neliniste, iritabilitate, incordare, tensiune musculara, dificultate de concentrare, zapaceala,	In ultima saptamana, cat de des ai trait astfel de simptome? Ai avut astfel de simptome in fiecare zi? In medie, cat timp ai avut unul sau mai multe simptome in fiecare zi?	0 = deloc 1 = usor, simptome mai putin de o ora pe zi 2 = moderat, simptome 1-3 ore pe zi 3 = sever, simptome 3-8 ore pe zi

	oboseala, probleme cu somnul)		4 = foarte sever, simptome prezente mai mult de 8 ore pe zi
4	**Severitatea sau necazul datorat simptomelor asociate**	In ultima saptamana, in medie, cad ai avut astfel de simptome, cat de intense au fost? Cat de multe necazuri ti-au cauzat? Cat de tare ai fost suparat si perturbat de astfel de simptome?	0 = deloc 1 = usor dar nu intens sau perturbant 2 = moderat, evident perturbant dar inca controlabil 3 = sever, foarte interes si perturbator 4 = foarte sever, dizabilitant
5	**Afectarea/interferenta cu functionarea ocupationala**	Cat de mult aceste simptome interfera cu abilitatea ta de a munci sau de a face fata responsabilitatilor gospodaresti in mod adecvat? Raman aceste sarcini nefacut din cauza anxietatii tale? S-a intamplat ca din cauza anxietatii sa faci lucrurile pe jumatate sau sa ceri ajutor?	0 = deloc 1 = usor, usoara interferenta dar pereformanta generala nu este afectata 2 = moderat, interferent evidenta dar inca controlabila 3 = sever, cauzeaza afectare evidenta 4 = foarte sever, dizabilitant
6	**Afectarea/interferenta cu functionarea sociala**	Cat de mult aceste simptome interfera cu viata ta sociala? Ai petrecut mai pujtin timp cu prietenii sau cu familia din cauza aceasta? Ai refuzat invitatii sau situatii de a te socializa? Simti ca ai unele restrictii in viata sociala referitor la unde te duci si cat stai din cauza acestor simptome?	0 = deloc 1 = usor, usoara interferenta dar pereformanta generala nu este afectata 2 = moderat, interferent evidenta dar inca controlabila 3 = sever, cauzeaza afectare evidenta 4 = foarte sever, dizabilitant

- oo O oo -

Anexa Nr. 12:

Scala Sheehan de auto-evaluare a anxietatii

(Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale – SPRAS)

Mai jos sunt probleme sau simptome pe care oamenii le au uneori. Aceasta scala evalueaza cat de frecvent le-ai avut in ULTIMA SAPTAMANA. Marcheaza numai intr-o casuta cat de tare te-a suparat fiecare simptom.

Nr.	Item	Deloc	Usor	Moderat	Sever	Extrem
1	Dificultati de respiratie, precu sufocare, gafaiala	0	1	2	3	4
2	Senzatie de nod in gat	0	1	2	3	4
3	Palpitatii si batai negerulate ale inimii	0	1	2	3	4
4	Presiune si/sau dureri in piept	0	1	2	3	4
5	Valuri de transpiratie	0	1	2	3	4
6	Ameteli, senzatie de zapaceala, lesin	0	1	2	3	4
7	Slabiciune in picioare	0	1	2	3	4
8	Nesiguranta in mers si stat in picioare	0	1	2	3	4
9	Greata si probleme la stomac	0	1	2	3	4
10	Senzatie ca esti detasat de lumea din jur care e stranie, ireala, sau neclara	0	1	2	3	4
11	Senzatie ca plutesti sau ca parti din tine sunt aparte sau straine	0	1	2	3	4
12	Amertile si furnizaturi	0	1	2	3	4
13	Valuri de caldura sau de frig	0	1	2	3	4
14	Scuturaturi sau tremuraturi	0	1	2	3	4
15	Frica de moarte sau ca ceva teribil se va petrece	0	1	2	3	4
16	Frica ca iti vei pierde controlul sau ca iti vei pierde mintile	0	1	2	3	4
17	ATAC DE ANXIETATE SITUATIONALA: Atac neasteptat de anxietate cu 4 sau mai multe din simptomele de mai sus care apare intr-o situatie cand ai mai avut asemenea anxietate sau cand esti pe cale sa ajungi intr-o astfel de situatie	0	1	2	3	4
18	ATAC NEASTEPTAT DE ANXIETATE: Atac neasteptat de anxietate cu 4 sau mai multe din simptomele de mai sus care apare fara a parea sa fie provocat de nimc evident sau special	0	1	2	3	4
19	ATAC LIMITAT SI NEASTEPTAT DE ANXIETATE: Atac neasteptat de anxietate cu doar 1-2 din simptomele de mai sus care apare fara a parea sa fie provocat de nimc evident sau special	0	1	2	3	4
20	ATAC DE ANXIETATE ANTICIPATA: Episoade de anxietate care apar cand anticipezi situatii care te-au condus in trecut la anxietate si care sunt mai intense decat la majoritatea oamenilor	0	1	2	3	4
21	Evitarea situatiile care iti fac frica	0	1	2	3	4
22	Esti dependent de altii ca sa le depasesti	0	1	2	3	4
23	Tensiune si incapacitate de a te relaxa	0	1	2	3	4
24	Anxietate, nervozitate, neliniste	0	1	2	3	4
25	Momente de intoleranta la zgomot, lumina sau atingere	0	1	2	3	4

26	Perioade de diaree	0	1	2	3	4
27	Ingrijorare fata de propria sanatate	0	1	2	3	4
28	Obosesti repede	0	1	2	3	4
29	Dureri de cap, ceafa sau spate	0	1	2	3	4
30	Dificultati de a adormi	0	1	2	3	4
31	Trezire in timpul noptii si somn nelinistit	0	1	2	3	4
32	Neasteptate perioade de tristete fara o cauza definita	0	1	2	3	4
33	Schimbari de dispozitie si emotie fara legatura cu evenimentele de jur	0	1	2	3	4
34	Aparitia frecventa de imagini, idei, ganduri, impulsuri ce sunt nedorite, suparatoare, straine sau respingatoare	0	1	2	3	4
35	Repetarea frecventa a acelorasi actiuni ca intr-un ritual fara sa fie nevoie de ele (de ex. verificare, spalare, numarare)	0	1	2	3	4

- oo O oo -

Anexa Nr. 13:

Scala de Severitate a Tulburarii de Panica
(*The Panic Disorder Severity Scale-PDSS)*

Introducere:
PDSS este un interviu clinic de evaluare care deceleaza trasaturile esentiale ale tulburarii de panica. Fiecare item evalueaza frecventa atacurilor de panica, severitatea simptomelor, anxietatea anticipatorie, comportamentul de evitare si ecoul asupra functionarii individului. Administrarea scalei dureaza 10-15 minute. Ea poate fi administrata de psihiatrii, psihologi sau alti profesionisti familiarizati cu simptomatologia tulburarii de panica. Scala a fost dezvoltata pentru a evalua severitatea simptomatologiei la indivizii care au fost deja diagnosticati cu tulburarea de panica.

Instructiuni generale:
Scopul scalei este de a se obtine o nota de severitate globala a tulburarii de panica cu sau fara agorafobie. Evaluarea este facut in general pentru luna trecuta dar clinicianul poate alege si o alte parioada de timp. Fiecare item este cotat de la 0-4, 0=absent sau deloc; 1=simptome usoare sau ocazionale cu foarte mica interferenta asupra functionarii; 2=simptome moderate, ceva interferenta a functionarii; 3= simptome severe, frecvente, cu interferenta notabila dar controlabila a functionarii; 4=simptome extreme, constante ducand la dizabilitatea/incapacitatea subiectului.
Un ghid de intereviu este sugerat pentru fiecare item dar nu este obligatoriu. Intrebarile ar trebui utilizate pentru ca evaluarea sa fie confidenta si clara. Pentru a clarifica diferenta dintre fiecare treapta de severitate este bine sa se utilizeze descrierea de mai sus. De aceea intervievatorul va trebui sa intrebe subiectul cum evalueaza simptomul: frecvent cu interferenta notabila si controlabila a functionarii sau frecvent cu intereferenta puternica sau sever, constant si incapacitant. Nu este acceptabil ca sa se foloseasca doar descriptorii simpli precum usor, moderat, sever.
La evaluarea itemilor 6 si 7 se poate intampla ca subiectul sa evalueze simptomele in general mai putin sever cu a facut-o pentru ceilalti itemi de la 1-5. In acest caz este nevoie ca intervievatorul sa ceara lamuriri suplimentare. Acest instrument nu evalueaza simptome sau situatii specifice fobiei specifice sau sociale sau grija patologica specifica tulburarii anxioase generale.

1. **FRECVENTA ATACULUI DE PANICA, INCLUSIV A CELUI CU SIMPTOME LIMITATE**
   Incepe prin a explica pacientului ce se intelege prin Atacul de Panica ca un sentiment de frica sau teama care incepe brusc si creste rapid in intensitate ajungand in aproximativ 10' la apogeu. Acest sentiment este insotit de senzatii fizice precum palpitatii, sufocare sau lipsa de aer, tremuraturi, ameteala, transpiratii si agitatie. Adesea aceste simptome sunt insotite de sentimentul de catastrofa precum frica de a pierde controlul sau de a face un atac de inima si a muri. Un atac de panica tipic are cel putin patru simptome din cele descrise mai sus. Sunt si episoade cu simptome limitate, cu mai putin de patru simptome.
   Apoi roaga subiectul sa-ti raspunda la...

Intrebari: In luna care a trecut cat de mult atacuri de panica ai avut, din acele care au mai mult de 4 simptome? Cat de multe din cele cu simptome limitate?. In medie, ai avut cel putin unul cu simptome limitate pe zi?

0 = nici o panica sau episoade cu simptome limitate;
1 = usor, mai putin de un atac complet de panica pe saptamana si nu mai mult de un atac cu simptome limitate pe zi;
2 = moderat, unul sau doua atacuri complete de panica si/sau multiple atacuri de panica cu simptome limitate pe zi;
3 – sever, mai mult de 2 atacuri complete de panica pe saptamana dar nu mai mult de unul pe zi in medie;
4 = extrem, atacurile complete de panica se petrec mai mult de unul pe zi.

2. CAT DE SUPARATOR A FOST ATACUL DE PANICA, INCLUDE SI EPISOADELE CU SIMPTOME LIMITATE

(Acest item evalueaza gradul de severitate si discomfort pe care subiectul l-a experiemntat in timpul atacului de panica. Atacul cu simptome limitate trebuie evaluat numai daca cauzeaza mai multe suparari decat atacul tipic. Fa distinctia intre suparatrea/suferinta din timpul panicii si frica ca un atac de panica ar putea sa apara)

Intrebari: In ultima luna, cand ai avut un atac de panica (intreg sau cu simptome limitate) cat de mult te-a suparat? Cat de mult ai fost afectat/suferit in timpul atacului? Ai fost capabil sa continui ce faceai cand te-a lovit atacul de panica? Ti-ai pierdut concentrarea? Ai putut sa ramai acolo unde erai sau a trebuie sa pleci?

0 = Niciun atac de panica sau episod cu simptome limitate, capabil sa-si continue/mentine activitatea;
1 = Suferinta usoara dar e capabil sa-si continue activitatea cu usoara interferenta sau deloc;
2 = Suferinta moderata dar capabil de a o depasi, capabil de a contina activitatea si/sau sa-si mantina concentrarea dar o face cu oarecare dificultate;
3 = Suferinta marcata, severa si interferenta cu functionarea, pierde concentrarea si/sau opreste activitatea dac capabil sa ramana acolo unde era sau in situatia unde era;
4 = Suferinta extrema si dizabilitanta, trebuie sa-si opreasca activitatea, sa paraseasca locul sau situatia, incapabil sa se concentreze.

3. SEVERITATEA ANXIETATII ANTICIPATORII *(frica sau ingrijorarea de a face un atac de panica)*

(Anxietatea anticipatorie trebuie sa fie legata mai mult de ce inseamna un atac de panica decat de faptul de a avea unul, astfel ca poate exista frica de a avea un atac de panica fara ca sa existe prea multa suferinta in timpul atacului. Aminteste ca uneori un pacient nu este ingrijorat de cand va aparea urmatorul atac de panica ci de ce inseamna pentru el, pentru sanatatea si viata lui un astfel de atac-frica de moarte, de a-si pierde mintile, etc.)

Intrebari: In ultima luna cat de mult ai fost ingrijorat sau infricosat in medie de eventualitatea unui nou atac de panica si de ce inseamna el pentru viata si sanatatea ta? Te intreb despre atunci cand nu esti sub atacul de panica. Cat de intesa este frica sau ingrijorarea ta? Cat de des? Aceasta interfera cu viata ta? Cat de mult?

0 = Nici o grija pentru un atac de panica
1 = Usoara, ocazionalafrica sau grija despre un atac de panica
2 = Moderata, adesea ingrijorare sau teama dar are si perioade fara. Exista o modificare notabila a stilului de viata dar anxietatea este inca stapanita si functionarea nu este afectata
3 = Severa, frica si teama preocupanta despre panica, interfera substantial capacitatea de concentrare si/sau abilitatea de a functiona efectiv
4 = Extrema, anxietate si ingrijorarea aproape constanta, incapabil de a face activitati importante de frica sau ingrijorarea de a face un atac de panica

4. EVITAREA/AGORAFOBIA

Intrebari: In ultima luna au fost locuri/situatii de care ti-a fost frica, pe care le-ai evitat din cauza ca te-ai gandit ca daca ai un atac de panica este greu sa gasesti ajutor sau sa pleci de acolo? Situatii precum sa fi intr-un mijloc de transport in comun, sa conduci un automobil, sa fi intr-un tunel sau pe un pod, sa mergi la cinema sau intr-un mall sau magazin mare sau sa fi intr-un loc aglomerat? Altundeva? Tie frica sa fi singur acasa sau singur in altre locuri? Cat de des ai trait astfel de frici in astfel de situatii? Cat de mare a fost frica? Ai evitat astfel de situatii? Daca ai pe cineva langa tine te simti mai bine? Exista lucruri pe care le poti face cand este cineva langa tine si pe care nu le poti face cand esti singur? Cat de mult frica si evitarea afecteaza viata ta? A trebuit sa-ti schimbi felul de viata ca sa poti stapani astfel de frici?

0 = Nici o frica sau evitare
1 = Usoara sau ocazionala frica si/sau evitare dar in mod obisnuit se confrunta cu situatia sau o indura. Nu exista sau foarte putina modificare a felului de viata
2 = Moderata si notabila frica si/sau evitare dar inca de stapanit, evita situatiile care-i provoaca frica dar poate sa le infrunte alaturi de o alta persoana. Exista unele modificari ale felului de viata dar functionarea globala nu este afectata
3 = Severa si extensiva evitare, modificare semnificativa a felului de viata ceruta de acomodarea cu frica ceea ce face dificila indeplinirea activitatilor uzuale
4 = Frica/evitare extrema si dizabilitanta. Modificare extensiva a felului de viata pentru ca sarcini importante nu pot fi duse la indeplinire

5. FRICA SI EVITARE SENZATIILOR LEGATE DE PANICA

Intrebari: Uneori oamenii cu tulburari de panica traiesc senzatii fizice care le raman in minte si le cauzeaza frica de a le mai trai odata. In ultima luna ai evitat sa faci ceva din cauza ca ai gandit ca poate sa-ti produca acele senzatii fizice ale panicii? De exemplu, ca sa nu ai batai rapide ale inimii ai evitat sa faci sport, sa te plimbi, sa lucrezi in gradina? Sau ai evitat sa mergi la evenimente excitante, la filme dramatice sau sa te certi cu cineva? Sau sa faci sex sau sa ai orgasm? Ti-a fost frica sau ai evitat senzatii precum sa-ti fie cald sau sa ai furnicaturi? Senzatii de a fi ametit sau sa ai nevoie de aer? Ai evitat sau ti-a fost frica de unele mancaruri sau bauturi sau alte substante precum cafeaua sau alcoolul pentru ca sa nu-ti provoace astfel de senzatii? Cat de mult frica si evitarea de acest fel ti-a afectat viata ta? Ai avut nevoie sa-ti schimbi felul de viata ca sa te acomodezi cu frica ta?

0 = Nici o frica sau evitare a situatiilor sau activitatiloR ce provoaca senzatii fizice asemanatoare panicii
1 = Usoara, ocazionala frica/evitare dar poate infrunta sau indura cu putina suferinta acele activitati care produc senzatii fizice asemanatoare panicii. Exista putin modificari ale stilului de viata
2 = Moderata dar notabila evitare dar inca capabil sa o stapaneasca, exista oarecare modificare a felului de viata dar functionarea flobala nu este afectata
3 = Severa si extensiva evitare ce cauzeaza modificari substantiale modificari ale felului de viata sau interferenta cu functionarea
4 = Evitare extrema, generala si dizabilitanta. Modificare marcata a stilului de viata si importante sarcini sau activitati nu pot fi facute

6. AFECTARE/INTERFERENTA IN FUNCTIONAREA LA LOCUL DE MUNCA DATORITA TULBURARII DE PANICA

*(***Nota pentru cotator***: Acest item se refera la munca. Daca persoana nu lucreaza, intreaba despre scoala sau despre responsabilitatile casnice)*

Intrebari: In ultima luna, lund in considerare toate simptomele, atacurile de panica, episoadele cu simptome limitate, anxietate anticipatorie sau simptomele de frica, cat de mult tulburarea ta de panica interefera cu abilitatea ta de a muncii (de la invata sau de a face activitatii casnice)? Simptomele tale au afectat calitatea muncii tale? Ai fost capabil sa faci lucrurile tot asa de bine si de repede ca si inainte? Ai gasit ca sunt lucruri pe care nu le poti face din cauza anxietatii sau lucruri pe care nu le poti face defel? Ai cerut ajutor pentru a face aceste lucruri? Au vazut alti oamenii ca randamentul tau s-a schimbat? Ai primit avertismente de la locul de munca? Ai avut comentarii de la colegi sau de la familie despre munca ta?

0 = Nici o afectare

1 = Usoara interferenta, percepe ca munca este mai grea dar poate sa o faca inca bine
2 = Moderata, simptomele produc o interferenta evidenta si regulata dar problema este inca stapanita. Randamentul muncii a avut de suferit dar altii ar spune ca este inca bine
3 = Severea, semnificativa interferenta in performanta ocupationala pe care si alti au observat-o, lipseste de la serviciu sau este incapabil in unele zile sa lucreze
4 = Extrema, prezinta simptome dizabilitante, incapabil sa lucreze sau sa mearga la scoala sau sa faca activitati casnice

7. **AFECTARE/INTERFERENTA IN FUNCTIONAREA SOCIALA DATORITA TULBURARII DE PANICA**

Intrebari: In ultima luna, luand in considerare toate simptomele impreuna, cat de mult au interferat cu viata sociala? Petreci ma putin timp cu familia sau cu alte rude decat inainte? Petreci mai putin timp cu prietenii? Ai pierdut oportunitati de a te socializa din cauza tulburarii de panica? Ai simtit restrictii in timp si loc in a te socializa din cauza tulburarii de panica? Simptomele de panica afecteaza relatiile tale cu familia sau prietenii?

0 = Nici o afectare
1 = Afectare usoara, simte o afectare a calitatii relatiilor dar functionarea este inca buna
2 = Afectare moderata, interferenta este inca controlabila. Exista ceva reducere a frecventei relatiilor sociale si/sau in calitatea interactiunilor interpersonale dar este inca capabil sa se angajeze in activitati sociale uzuale
3 = Afecare severa cauzand o deteriorare a performante sociale. Exista o descrestere marcata a activitatilor sociale si/sau dificultati mari in interactiunea cu altii, se forteaza sa interactioneze cu altii dar nu se bucura sau nu functioneaza adecvat in cele mai multe situatii sociale
4 = Afectare extrema data de simptome dizabilitante, rar merge afara sau interactioneaza cu altii, a pierdut relatii sociale din cauza tulburarii de panica

- oo O oo -

Anexa Nr. 14:

Scala de auto-evaluare a tulburarii de panica

(*Panic Disorder Self-Report – PDSR)*

Atacurile de panica sunt episoade distincte de frica si teroare care sunt acompaniate de un numare simptom fixice. Atacurile de panica pot aparea fie fara o cauza aparenta (spontan) fie cand individul este intr-o situatie care este asociata in interpretarea lui cu panica (mijloace de transport in comun, spatii inchise, pasajul peste poduri, etc.) Nu lua in considerare frica care tine mai multe ore sau chiar o zi.

1) In ultimele 6 luni ai avut atacuri de panica sau episoade de frica sau anxietate intensa? (Inceercuieste raspunsul tau) NU DA

Cand s-a intamplat ultima data? Data: _____

Daca NU (nu ai avut atacuri de panica), nu completa acest chestionar
Daca DA, continua.

2) Ai avut vre-un atac de panica neasteptat, care a venit ca din senin ? NU DA

3) S-a intamplat mai mult decat o data? NU DA

4) **Daca DA la intrebarea 3**, aproximativ cam cate atacuri de panica ai avut in viata ta _____

Daca NU la intrebarile 1-3 nu mai completa chestionarul, altfel continua

5) Ai fost vreodata tare ingrijorat (cel putin o luna) de posibilitatea de a avea un alt atac de panica? NU DA

6) Ai fost vreodata tare ingrijorat (cel putin o luna) ca daca vei avea un atac de panica o sa-ti pierzi controlul, vei inebuni, vei avea un atac de inima sau o vei pati rau de tot? NU DA

7) Ti-ai schimbat vreodata comportamentul sau sa faci ceva diferit (pentru cel putin o luna) din cauza atacurilor de panica? NU DA

Daca DA la intrebarile 5, 6 sau 7 te rog sa raspu nzi la intrebarile de mai jos:
Gandeste-te la cel mai recent atac de panica. Ai simtit vre-unul din simptomele de mai jos?

8) Senzatie de lipsa de aer sau sufocare? NU DA

9) Senzatii de ameteala, lipsa de echilibru, zapaceala sau slabiciune? NU DA

10) Palpitatii, batai rapide sau neregulate ale inimii? NU DA

11) Tremuraturi sau scuturaturi? NU DA

12) Transpiratii? NU DA

13) Senzatie ca nu poti respira/constrictie in piept? NU DA

14) Greata sau tulburari abdominale? NU DA

15) Furnicaturi si amorteli? NU DA

16) Valuri de caldura sau de frig NU DA

17) Dureri sau intepaturi in piept? NU DA

18) Frica de moarte? NU DA

19) Frica de a nu inebuni sau de a face ceva incontrolabil? NU DA

20) Cat de mult aceste simptome interfera cu functionarea ta zilnica? (Incercuieste o cifra)

0	1	2	3	4
Deloc	Usor	Moderat	Sever	Foarte sever Dizabilitant

21) Cat de suparator este pentru tine sa ai aceste simptome? (Incercuieste o cifra)

0	1	2	3	4
Deloc	Usor	Moderat	Sever	Foarte sever

22) Cand ai un atac rau de panica adesea acesta **tine 10 minute**
de cand a inceput si pana a ajuns in punctul cel mai intens? NU DA

23) Inainte de a avea atacuri de panica tu ai folosit multa cafea, coca-cola,
ceai sau alte bauturi stimulante? NU DA

a) Daca DA, care a fost bautura pe care ai folosit-o? _____

b) Cat de mult foloseai? _____

24) Ai fost diagnosticat cu o problema medicala
(hipertiroidism, convulsii sau boala cardiaca, etc.)
care ar putea sa-ti cauzeze simptome de panica? NU DA

- oo O oo -

Anexa Nr. 15:

Inventarul de Mobilitate pentru Agorafobie

(*Mobility Inventory for Agoraphobia – MI)*

– *versiune usor modificata*

1. Te rog sa indici gradul cu care eviti urmatoarele locuri sau situatii din cauza anxietatii sau fricii. Evalueaza gradul de evitare cand esti in compania unei persoane de incredere si cand esti singur. Te rog sa folosesti urmatoarea scala in functie de cat de des eviti:

1	2	3	4	5
Niciodata	Rar	Jumatate din timp	Majoritatea timpului	Totdeauna

Incercuieste numarul corespunzator pentru fiecare situatie in ambele conditii: acompania sau singur. Lasa necompletate situatiile care nu se aplica.

Locuri	**Acompaniat**					**Singur**				
Teatru	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Supermarket	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mall	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Clasa de scoala	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Magazine	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Restaurante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Muzee	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Ascensoare	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sala de sport sau amfiteatru	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Garaje	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Locuri inalte	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Locuri inchise	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Alte spatii	**Acompaniat**					**Singur**				
Afara (de ex. pe camp, strazi largi, terenuri de sport)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Unauntru (de ex. camere mari, holuri)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Calatorii cu	**Acompaniat**					**Singur**				
Autobuze	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Trenuri	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Metrou	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Avioane	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Vapoare	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

A conduce un autovehicul	**Acompaniat**					**Singur**				
Oriunde	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pe autostrada	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Situatii	**Acompaniat**					**Singur**				
Stand la coada	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Traversand poduri	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Petreceri	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Plimband pe strada	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Stand acasa singur	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Fiind departe de casa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

21. Dupa ce ai completat scorul pentru fiecare situatie ce ti se potriveste incerecuieste 5 situatii de care esti cel mai infricosat sau pe care le eviti cel mai tare si din care cauza esti afectat cel mai mult.

3. Multi oamenii sunt capabili sa mearga singuri intr-un loc considerat ca zona sigura. Tu ai o astfel de zona? Spune unde este si cat de departe e de casa ta.

   a. unde este (descrie)_____

   b. cat de departe de casa _____

- oo O oo -

Anexa Nr. 16:

Scala de Claustrofobie a lui Ost
(*The Ost Claustrophobia Scale*)

Te rog sa evaluezi pe baza situatiilor de mai jos in ce imprejurare ai frica de a sta in spatii inguste sau inchise. Alege numai o cifra pentru fiecare situatie.

Nr. item	Item	Anxietate					Evitare		
		Deloc	Putin	Uneori	Mult	Foarte mult	Nicio evitare	Evitare daca este posibil	Evitare totdeauna
1	Sa stai intr-o aglomeratie de sa nu te poti misca	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
2	Sa fi intr-o camera ingusta fara ferestre	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
3	Sa probezi niste haine intr-o camera mica de proba cu usa inchisa	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
4	Sa stai la fereastra in mijlocul unui avion	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
5	Sa te urci singur cu un ascensor mic	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
6	Sa probezi haine care sunt inguste la gat	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
7	Sa stai pe un scaun in mijlocul unei sali de cinema	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
8	Sa stai la fereastra intr-un autobuz aglomerat cu scaunul de alaturi ocupat	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
9	Sa fi intr-o camera la subsol care nu are ferestre	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
10	Sa meregi pe scaunul din spate al unei masini cu doua usi	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
11	Sa mergi printr-un coridor ingust	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
12	Sa mergi pe scaunul din spate ale unei masini mici cu alti doi oameni pe canapea	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
13	Sa urci cu un ascensor mic plin de oameni	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
14	Sa stai intr-un autobz aglomerat care a oprit la culoarea rosie a semaforului	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
15	Sa fi afara in ceata cand vad numai la doi pasi in fata	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
16	Sa intri intr-un closet fara ferestre si sa trebuiasca sa incui usa	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
17	Sa dormi intr-o cuseta in tren cu inca doi oameni	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
18	Sa intri intr-un closet fara ferestre si sa inchizi usa in spatele tau	1	2	3	4	5	*1*	*2*	*3*
19	Sa stai intr-un lift care s-a oprint intre etaje	1	2	3	4	5	*0*	*0*	*0*
20	Incuietoarea usii unui closet fara ferestre s-a blocat	1	2	3	4	5	*0*	*0*	*0*

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 17:

Chestionarul de claustrofobie

The Claustriphobia Questionnaire)

Cat de anxios te-ai simtit in locurile sau situatiile de mai jos. Incercuieste raspunsul **cel** mai bun.

Nr. Item	Item	Cat de anxios esti cand:				
		Deloc	Usor	Moderat	Foarte	Extrem
Scala de sufocare						
1	Innoti fiind cu nasul infundat	1	2	3	4	5
2	Muncesti la adancime 15 minute	1	2	3	4	5
3	Stai in ascensor la parter dar usile nu se deschid	1	2	3	4	5
4	Incerci sa-ti tii respiratia dupa ce ai facut multe exercitii	1	2	3	4	5
5	Ai o raceala si simti ca e greu sa respiri pe nas	1	2	3	4	5
6	Respiri printr-un tub de respiratie subacvativa 15 minute intr-un bazin	1	2	3	4	5
7	Folosesti o masca de oxigen	1	2	3	4	5
8	Stai culcat in patul de jos intr-o cuseta mica	1	2	3	4	5
9	Stai in mijlocul randului la un conceret aglomerat si nu poti iesi pana cand nu se termina	1	2	3	4	5
10	Stai in mijlocul randului la cinema	1	2	3	4	5
11	Lucrezi sub masina 15 minute	1	2	3	4	5
12	Esti in cel mai indepartat punct de iesire cand vizitezi un tunel sau o mina	1	2	3	4	5
13	Stai intr-o sauna 15 minute	1	2	3	4	5
14	Astepti 15 minute intr-un avion la sol cu usile inchise	1	2	3	4	5
Scala de restrangere						
1	Inchis intr-o incapere mica si intunecata fara ferestre 15 minute	1	2	3	4	5
2	Inchis intr-o camera mica dar bine luminata fara ferestre 15 minute	1	2	3	4	5
3	Esti in catuse 15 minute	1	2	3	4	5
4	Stai cu mainile legate la spate 15 minute	1	2	3	4	5
5	Prins in haine strampte si incapabil sa le dai jos	1	2	3	4	5
6	Stai in camasa de forta 15 minute	1	2	3	4	5
7	Stai intr-un sac de dormit inchis pana la gat incapabil sa iesi 15 minute	1	2	3	4	5
8	Iti bagi si capul intr-un sac de dormit si tragi fermoarul dar capabil sa iesi cand vrei	1	2	3	4	5
9	Stai 15 minute in portbagajul unei masini in care intra aer	1	2	3	4	5
10	Ai picioarele legate de un scaun fixat in podea	1	2	3	4	5
11	Esti intr-un closet public inchis pe dinauntru	1	2	3	4	5
12	Esti intr-un tren aglomerat care a oprit intre statii	1	2	3	4	5

- oo O oo -

Anexa Nr. 18:

Scala anxietatii sociale a lui Liebowitz - clinician

(*The Liebowitz Social Anxiety Scale-Clinician Administered*)

0=deloc	0=niciodata
1=usor	1=ocazional
2=moderat	2=adesea
3=sever	3=obisnuit

Nr. Item	Item	Frica sau anxietate		Evitare	
		activitate	interactiune	activitate	interactiune
1	A telefona in public				
2	A fi intr-un grup mic				
3	A manca in locuri publice				
4	A bea cu altii in locuri publice				
5	A vorbi cu oameni suspusi				
6	A actiona sau a vorbi in fata unui auditoriu/altora				
7	A merge la o petrecere				
8	A lucra cand esti observat				
9	A scrie cand esti observat				
10	A telefona pe cineva pe care nu-l cunosti				
11	A vorbi cu oameni pe care nu-i cunosti bine				
12	A te intalni cu oameni pe care nu-i cunosti				
13	A urina intr-un WC public				
14	A intra intr-o camera unde altii deja s-au asezat pe scaune				
15	A fi in centrul atentiei				
16	A lua cuvantul la un miting				
17	A da un test				
18	A exprima dezacordul fata de oameni pe care nu-i cunosti				
19	A privi in ochii oamenilor pe care nu-i cunosti				
20	A da un raport in fata unui grup				
21	A incerca sa iei pe cineva cu tine				
22	A returna la magazin lucruri pe care le-ai cumparat				
23	A organiza o petrecere				
24	A rezista la insistentele cuiva				
	Scorul total activitate				
	Scorul total interactiune				
	Scorul total				

- oo O oo -

Anexa Nr. 19:

Scala de eficienta in situatiile sociale
(Self-Efficacy for Social Situation Scale)

Item	De loc	Putin	Moderat	Mult	Extrem
1. Mi-e frica de oamenii cu autoritate sau importanti	0	1	2	3	4
2. Ma deranjeaza ca rosesc in fata oamenilor	0	1	2	3	4
3. Petrecerile si evenimentele sociale ma infricoseaza	0	1	2	3	4
4. Evit sa vorbesc cu oamenii pe care nu-i cunosc	0	1	2	3	4
5. Mi-e frica ca o sa fiu criticat	0	1	2	3	4
6. Frica de a ma simti jenat ma face sa evit sa fac lucruri sau sa vorbesc in fata altor oameni	0	1	2	3	4
7. Mi-e jena ca transpir in fata altora	0	1	2	3	4
8. Evit sa merg la petreceri	0	1	2	3	4
9. Evit activitati in care sunt in centrul atentiei	0	1	2	3	4
10. Mi-e frica sa vorbesc cu oameni straini	0	1	2	3	4
11. Evit sa vorbesc in fata altora	0	1	2	3	4
12. As face orice sa evit sa fiu criticat	0	1	2	3	4
13. Cand am in jur oameni staini am paalpitatii	0	1	2	3	4
14. Mi-e teama sa fac ceva cand oamenii se uita la mine	0	1	2	3	4
15. Teama ca arat stupid ma infioreaza	0	1	2	3	4
16. Evit sa vorbesc cu cineva care are autoritate	0	1	2	3	4
17. Mi-e rusine sa tremur sau sa fiu nelinistiti in fata altora	0	1	2	3	4

- oo O oo -

Anexa Nr. 20:

Indexul senzitivitatii anxioase-versiunea 3-a

(*The Anxiety Sensitivity Index-ASI-3*)

Citeste cu grija propozitiile de mai jos si indica cat de mult esti de acord cu afirmatiile de mai jos. Incercuieste numai o cifra care se potriveste:

1 = foarte putin
2 = putin
3 = mult
4 = foarte mult

Nr. Item	Item	Cat de mult esti de acord			
		Foarte putin	Putin	Mult	Foarte mult
1	Este important pentru mine sa nu apar nervos sau agitat	1	2	3	4
2	Cand eu nu pot sa ma concentrez pe un lucru mi-e frica sa nu o iau razna (inebunesc)	1	2	3	4
3	Ma speri cand inima imi bate tare	1	2	3	4
4	Cand am probleme la stomac sunt ingrijorat ca as putea fi grav bolnav	1	2	3	4
5	Ma speri cand nu pot sa tin focusul pe o sarcina	1	2	3	4
6	Cand tremur in prezenta altora ma ingrijorez ce alti or sa zica despre mine	1	2	3	4
7	Cand ma strange in piept ma sperii ca nu o sa pot respira normal	1	2	3	4
8	Cand ma doare in piept mi-e frica ca o sa fac un atac de cord	1	2	3	4
9	Ma ingrijoreaza faptul ca alti oameni o sa afle ca sunt anxios	1	2	3	4
10	Cand ma simt confuz mi-e frica ca o sa ma imbolnavesc de nervi	1	2	3	4
11	Ma sperie ca o sa rosesc in public	1	2	3	4
12	Cand simt ca inima imi bate neregulat imi fac griji ca ceva in neregula este cu mine	1	2	3	4
13	Cand incep sa transpir in public mi-e frica ca oamenii vor gandi rau despre mine	1	2	3	4
14	Cand gandurile imi zboara repede ma gandesc ca o sa inebunesc	1	2	3	4
15	Cand am senzatie de strangulare mi-e frica ca o sa mor	1	2	3	4
16	Cand am probleme sa gandesc clar mi-e frica ca ceva rau sa intampla cu mine	1	2	3	4
17	Cred ca ar fi teribil pentru mine sa lesin in public	1	2	3	4
18	Cand mintea mea o simt goala ma ingrijorez ca ceva rau este cu mine	1	2	3	4

- oo O oo-

Anexa Nr. 21:

Scala scurta a fricii de evaluare negativa

(*The Brief Fear of Negative Evaluation Scale-Brief FNES*)[1]

Citeste cu grija propozitiile de mai jos si indica cat de caracteristic este pentru tine sunt astfel de situatii utilizand scala de mai jos:

1 = nu e caracteristic de loc
2 = foarte putin caracteristic
3 = moderat caracteristic
4 = foarte caracteristic
5 = extrem de caracteristic

1. Sunt ingrijorat de ce altii gandesc despre mine chiar daca asta nu are nici un efect
2. Sunt relaxat chiar daca stiu ca oamenii si-au facut o parere proasta despre mine (R)
3. Adesea mi-e teama ca oameni cunosc greselile mele
4. Rar mi se intampla sa fiu ingrijorat de ce impresie am facut cuiva (R)
5. Mi-e teama ca altii nu ma vor aproba
6. Mi-e teama ca altii imi vor gasi defectele
7. Opiniile altora despre mine nu ma supara (R)
8. Cand vorbesc cu cineva sunt ingrijorat ce va gandi despre mine
9. Sunt ingrijorat despre ce impresie am lasat
10. Daca cineva ma judeca aceasta nu ma afecteaza prea mult (R)
11. Uneori mi se pare ca sunt prea ingrijorat de ce alti oameni gandesc despre mine
12. Adesea mi-e teama ca voi spune sau face ceva gresit

- oo O oo -

[1] Inverseaza scorul itemilor marcati cu R

Anexa Nr. 22:

Scala Gandurilor si Credintelor Sociale

(*The Social Thoughts and Beliefs Scale - STABS*)

Citeste cu grija propozitiile de mai jos si indica cat de caracteristic este pentru tine sunt astfel de situatii utilizand scala de mai jos:

1 = nu e caracteristic de loc
2 = foarte putin caracteristic
3 = moderat caracteristic
4 = foarte caracteristic
5 = extrem de caracteristic

Nr. Item	Item	Cat de caracteristic este pentru tine				
		Deloc	Foarte putin	Moderat	Foarte mult	Extrem
1	Cand sunt intr-o situatie sociala apar in ochii altora ca fiind incompetent	1	2	3	4	5
2	Cand sunt intr-un grup si am o opinie prefer sa tac si sa nu spun ce cred	1	2	3	4	5
3	Ma simt ca si cum altii ar fi mult mai inteligenti ca mine	1	2	3	4	5
4	Cand sunt cu altii nu ma simt la largul meu	1	2	3	4	5
5	Sunt un las cand trebuie sa interactionez cu alti oameni	1	2	3	4	5
6	Ma simt lipsit de farmec cand sunt cu alti oameni	1	2	3	4	5
7	Nu as fi capabil sa vorbesc in public	1	2	3	4	5
8	Alti oameni se simt mai confortabil in situatii sociale decat mine	1	2	3	4	5
9	Alti oameni sunt mai capabili social decat mine .	1	2	3	4	5
10	Indiferent ce fac eu ma voi simti totdeauna stingher in situatii sociale	1	2	3	4	5
11	Mi se opreste minte in loc cand trebuie sa vorbesc in situatii sociale	1	2	3	4	5
12	Nu sunt bun sa tin un mic discurs	1	2	3	4	5
13	Oamenii se plictisesc cu mine	1	2	3	4	5
14	Cand vorbesc intr-un grup ceilalti vor gandi ca ce spun sunt numai prostii	1	2	3	4	5
15	Cand sunt interesat de cineva devin panicat si ma simt jenat	1	2	3	4	5
16	Nu stiu cum sa ma port cand sunt in compania altora	1	2	3	4	5
17	Daca ceva merge rau intr-o situati sociala nu sunt capabil sa o rezolv	1	2	3	4	5
18	Cand sunt cu altii oamenii nu cred ca sunt destept	1	2	3	4	5
19	Cand alti rad ma simt ca si cum ar rade de mine	1	2	3	4	5
20	Oamenii realizeaza usar ca eu sunt un individ timid	1	2	3	4	5
21	Daca este o pauza in timpul conversatiei ma simt ca si cum ceva rau s-a intamplat	1	2	3	4	5

- oo O oo-

7. MASURAREA OBSESIILOR

Desi la prima vedere identificarea si masurarea obsesiilor ar parea simpla, persoanele cu astfel de probleme avand un foarte bun "insight", problema este destul de complicata din mai multe motive:

i) in ciuda prevalentei destul de ridicate in populatia generale nu toti indivizii cu obsesii se prezinta la psihiatru sau la medicul de medicina generala pentru acest tip de probleme,

ii) ii) este destul de dificil de a deosebi obsesiile "normale" de cele "patologice";

iii) obsesiile prezinta un spectru larg de comorbiditate, putandu-se asocia aproape cu toate tipurile de tulburarii psihice,

iv) dificultatea evaluarii distorsiunilor cognitive care sustin tabloul clinic, lucru important pentru abordarea psihoterapeutica ulterioara a cazului.

Pana in 1984 tulburarea obsesiv compulsiva (TOC), pe atunci nevroza obsesiva, era considerata o boala rara si prevalenta ei in populatie era estimata in jurul valorii de 0,05% (Sason si colab. 1997). Dupa acel an, studiile populationale din SUA releva o prevalenta de 1.9-2.5% in populatia generala. Aceeasi valoare a prevalentei a fost gasita si intr-un studiu cross-national pe patru continente (Weissman si colab, 1994).

Daca in prima jumatate a secolului XX boala era considerata ca netratabila, a doua parte a secolului a relevat existanta unor tratamente eficace, atat medicamentoase cat si nemedicamentoase. Problema care apare a fi foarte interesanta este ca indivizii cu tulburari obsesionale cauta foarte tarziu ajutorul medical. Astfel, desi debutul tulburarii este in general la varsta tanara, cautarea ajutorului medical se face dupa multi ani de la debut, in medie dupa aproximativ 10 ani, ca apoi sa mai fie un rastimp de 6 ani intre prezentarea la medic si diagnosticul corect (Hollander si colab. 1996). Cu toate acestea, din totalul obsesivilor numai 34% din bolnavii se adreseaza la medic (Robins si colab. 1991) si doar unul din cinci a cautat ajutor la un medic specialist (Leon si colab. 1995). Intr-un studiu populational care a cuprins un numar de 2400 bolnavi cu TOC, carora li s-a trimis un chestionar privind evolutia si dizabilitatea bolii lor, s-a relevat ca doar 28% au cautat ajutor calificat. Din acestia 86% au primit psihoterapie, 81% terapie medicamentoasa cu inhibitori de recaptare a serotoninei, 38% consiliere, 29% tehnici de relaxare, 22% tratament medicamentos cu alti agenti precum antidepresive triciclice, benzodiazepine sau neuroleptice, 13% psihanaliza si 11% hipnoza (Hollander, 1995).

In situatia de astazi, cand se considera ca gandurile obsesive sunt o experienta universala, separarea obsesiilor normale de cele patologice este un alt tip de problema pe care clinicianul trebuie sa o rezolve pentru face un diagnostic de calitate. Atat obsesiile "normale" cat si cele patologice impartasesc majoritatea criteriilor din definitia obsesiilor: "*ganduri invasive, parazitare, repetitive, imagini sau impulsuri care sunt inacceptabile si/sau nedorite in fata carora individul cauta sa reziste...*" (Rachman si Hodgson, 1980). In studiul de referinta a lui Rachman si Da Silva (1978), pe baza unui anchete facute pe 6 profesionisti, se arata ca acestia sunt capabili sa deceleze obsesiile in general dar nu tot atat de bine pot deosebi obsesiile patologice de cele ale indivizilor normali. Ulterior s-a considerat ca problema este datorita faptului ca atat obsesile normale cat si cele patologice

impartasesc acelasi continut si doar intensitatea, frecventa si interferenta cu functionarea individului le poate diferentia (Muris si colab. 1997) de unde si scorul mai mare a acestora din urma la instrumentele de masura. In studii mai noi, care au folosit un esantion mai mare de specialisti, Rassin si Muris (2007) si Rassin si colab (2007) arata ca acestia pot deosebi cu destul de mare confidenta obsesile normale de cele patologice dar nu au putut identifica exact cum (!): *"diferentele dintre obsesiile normal si cele patologice au ceva mistic*". Astfel desi majoritatea indivizilor vor descrie gandurile, imaginile sau impulsurile lor ca fiind imorale, dezgustatoare, periculoase, amenintatoare, alarmante, inacceptabile si patologice si principalele teme ale acestora sunt agresiunea, sexul si blasfemia, exista o diferenta calitativa intre obsesiile normale si cele patologice in felul cum acestea sunt reprimate si interpretate. Se pare ca adevarul este in ceea ce Rachman (1997) spunea ca numai in cazul obsesiilor patologice individul face interpretari eronate si bizare asupra gandurilor invasive carora la da o semnificatie amenintatoare, uneori catastrofica care face ca un lucru comun sa se transforme intr-un pericol deosebit. Obsesiile vor trai atata timp cat individul va da gandurilor lui o interpretare eronata, exagerata si amenintatoare.

O alta caracteristica care deosebeste obsesivii "normali" de cei patologici este ceea ce se numeste "*fuziunea gand-actiune*" (Shafran si colab. 1996): credinta ca gandul poate influenta probabilitatea cu care evenimentul negativ apare sau credinta ca avand un gand inacceptabil, repugnant este echivalent moral cu transpunerea lui in practica. Acest proces de fuziune se bazeaza pe distorsiunile cognitive pe care obsesivul le are, printre care si sentimentul exagerat al responsabilitatii descris de Salkovskis (1985), sau altfel spus, a avea ganduri imorale este egal cu a fi imoral. In general se poate spune ca cu cat gandurile nedorite si intrusive se distanteaza de valorole morale acceptate de subiect, precum ganduri blasfemice sau cu caracter sexual aberant, cu atat mai repede duc la parazitarea masiva a individului cu tulburari secundare de functionare. Intelesul si valoarea pe care o da fiecare individ temelor gandurilor sale obsesionale fac ca ele sa treaca pragul de la normal la patologic (Corcoran si Woody, 2008). (vezi fig. Nr. 8)

Ganduri obsesionale	Descriere	Interpretare	Consecinte
NORMALE	- preocupante - jenante	- stress - oboseala	- fara interferenta cu functionarea normala
PATOLOGICE	- dezgustratoare - amenintatoare - anormale	- imorale - cum gandesc asa se va intampla	- incercari esuate de a rezista - comportament evitant sau compulsii, ritualuri - interfera functionarea nornala

Fig. 8: Caracteristicile gandurilor obsesionale normale si patologice

Ritualurile sunt alta componenta a TOC si implica repetarea actelor obsesive efectuate in aceiasi secventa de fiecare data. Efectuarea acestor ritualuri reduce anxietatea doar pe termen scurt. Ele se datoresc scaderii frenajului actelor normal motivate, precum spalatul pe maini, curatatul sau aranjatul si ordinea, inhibitie care in

mod normal se asigura de circuitul cortico-striatal-palido-talamic (Rauch, 2007). Ritualurile ca si gandurile obsesionale pot si ele normale si patologice si sunt sustinute de disfunctionalitatile sistemului de precautie-vigilitate care se activeaza cand individul trebuie sa faca fata unor amenintari adevarate sau ipotetice (Bayer si Lienard, 2008). Comportamentul ritualic este opus comportamentului rutinier din viata obismuita care este efectuat fara ca individul sa se gandeasca. Comportamentul ritualic este foarte controlat, rigid si orice inacuratete sau incompletitudine duce la anxietate. Copii intre 2 si 7 ani care dezvolta ritualuri de ordine sau de spalat sau tatii care dupa nasterea copilului dezvolta ritualuri de evitare a ranirii noului nascut sunt exemple de comportamente ritualice care sunt considerate normale, nepatologice. Alte comportamente ritualice sunt cele legate de credinte si stereotipuri culturale precum cele religioase sau alte ceremonialuri transmise de-alungul generatiilor. Acest tip de ritualuri normale sunt secvente scurte care au ca scop scaderea anxietatii si descarcarea unei secvente motivationale automate, pe cand ritualurile din patologia obsesiva sunt sustinute si intretinute de necesitatea supresiei circularitatii gandurilor invazive si evitare a unui scenariu periculos.

Am prezentat aceste considerente ca o justificare in plus la necesitatea identificarii si masurarii obsesiilor cu instrumente standardizate, instrumente care le voi prezenta mai jos

7.1. SCALA DE OBSESIE COMPULSIE YALE-BROWN (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Y-BOCS*)

Scala Y-BOCS a fost dezvoltata de Goodman si colab. (1989) pentru a masura severitatea simptomelor la pacientii diagnosticati cu TOC. Ea este un instrument destinat sa fie aplicat de un clinician cu experienta pentru ca, desi scala se bazeaza pe raportarea subiectului, evaluarea finala se sprijina pe judecata clinica a intervievatorului. Autori recomanda ca evaluare simptomelor sa se faca pentru ultima saptamana dar intervievatorul este liber sa aleaga si alt interval de timp.

Scala Y-BOCS este de fapt un interviu semi-structurat ce prevede pentru fiecare item diferite intrebari care sa culeaga simptomul si un mod de scorare in cinci trepte (de la 0 la 4). Intervievatorul trebuie sa evalueze itemii in ordinea propuse de autori, dar este liber sa puna si alte intrebrari pe care le crede de cuviinta. Scala este impartita in doua parti: itemii de la 1 la 5 sunt pentru obsesii, cei de la 6 la 10 sunt itemii pentru compulsii, itemul 11 furnizeaza informatii despre “insight” (constiinta suferintei sau a bolii), itemii 12 – 16 evalueaza raspunsul subiectului la obsesii si compulsii iar itemii 17 si 18 sint imprumutati din *Clinical Global Impression Scale* si furnizeaza o nota globala asupra severitatii si a ameliorarii. Ultimul item, 19 vizeaza gradul de confidenta a datelor obtinute prin aplicarea acestui instrument.

Scorul scalei Y-BOCS se calculeaza separat pentru fiecare subscala, pentru obsesii si pentru compulsii si un scor total care cumuleaza scorul subscalelor. Scorul total se poate intinde de la 0 la 40 iar pentru fiecare subscala de la 0 la 20. Un scor sub 8 este considerat normal, un scor peste 16 este luat ca si criteriu de includere in studiile psihofarmacologice iar un scor peste 25 este considerat a indica o tulburare obsesional-compulsiva serioasa (Goodman si colab.2000).

Inainte de administrarea scalei intervievatorul va prezenta subiectului modul de definire a obsesiilor si compulsiilor, da exemple de obsesii si compulsii si se va asigura ca subiectul are o viziune clara asupra celor ce va

fi intrebat. Autorii recomanda ca subiectul sa inteleaga modul de definire a obsesiilor astfel incat sa nu se preteze la confuzii cu simptome asemanatoare din fobia sociala sau din tulburarile de impuls.

In medie, administrarea scalei dureaza intre15-20 minute.

Autorii recomanda ca inainte de aplicarea scalei Y-BOCS sa se aplice Lista de Simptome Y-BOCs (*Y-BOCS Symptom Checklist*). Aceasta lista identifica obsesiile si compulsiile curente si odata identificate ele se trec pe lista simptomelor tinta (*Y-BOCS Target Symptoms*) si astfel, atunci cand se va aplica scala, ea va tinti obsesiile si compulsiile curente.

Checklist-ul de simptome, Lista simptomelor tinta si Scala Y-BOCS (versiunea 9-a din 1989) sunt prezentate in Anexale Nr. 1, 2 si 3.

Scala Y-BOCS prezinta o buna validitate atunci cand este comparata cu alte instrumente de evaluare a obsesiilor (Maudsley Obsessional Compulsive Inventory, Leyton Obsessional Inventory, Obsessive Thought Questionnaire, etc.) dar validitatea divergenta cu depresia nu este la fel de buna, deci nu discrimineaza bine indivizii care prezinta depresie, in schimb, confidenta test-retest si cea intercotatori a fost excelenta (Woody si colab. 1995).

Este mai mult decat necesar sa ne intrebam daca obsesile si compulsiile contribuie separat sau deopotriva la severitatea TOC. McKay si colab. (1998) au intreprins un studiu pentru a determina structura factoriala a scalei Y-BOCS si au testat varianta cu un singur factor si cel cu doi, obsesii si compulsii separat. Ei au constatat ca modelul cu un singur factor, cand obsesiile si compulsiile sunt luate impreuna, evidentiaza bine severitate tulburarii, dar numai modelul cu doi factori separa tulburarea de depresie si/sau anxietate. O analiza mai detaliata intreprind Deacon si Abramowitz (2005) care gasesc ca desi modelul cu doi factori se verifica, structura itemilor scalei ar trebuie revizuita din cauza itemii care evalueaza rezistenta fata de obsesii si fata de compulsii nu coreleaza cu scorul total al scalei. Autorii conchid ca structura scalei ar trebuie revizuita desi scala este considerata ca fiind “standardul de aur” in masurarea tulburarii obsesiv-compulsive.

Exista si o forma a Y-BOCS pentru copii si una in care subiectul isi evalueaza singur severitatea obsesiilor (“*self-rating scale*”).

7.2. INVENTARUL PADUA (*Padua Inventory – PI)*

Inventarul Padua a fost dezvoltat de Sanavio (1988) pe un esantion din populatia generala. El este un instrument de autoraportare a severitatii simptomelor obsesive si compulsive. In forma originala, inventarul are 60 intrebari dar pentru a fi utilizat cu succes in clinica el a suferit unele modificari de-a lungul a doua vresiuni, versiunea cu 41 intrebari a lui van Oppen si colab. (1995) si cea cu 39 intrebari a lui Burns si colab (1996), numita si Padua Inventory-Washington State University Revision (PI-WSUR). Itemii au fost selectati din 200 de afirmatii care descriu plangerile bolnavilor cu tulburare obsesiv-compulsiva dupa criteriile din DSM-III.

In lucrarea de fata se va prezenta versiunea cu 39 intrebari pentru ca ea are calitati psihometrice bune si este usor de aplicat (vezi Anexa Nr. 4). Prin analiza factoriala s-a evidentiat ca scala deceleaza obsesiile de contaminare, ruminatiile, verificarile si obsesiile de a pierde controlul asupra actiunilor proprii.

Cand se ap.lica scala, subiectul este invitat sa raspunda la intrebari evaluand perturbarea asociata fiecarui simptom obsesiv-compulsiv pe o scala cu 5 ancore, de la 0 la 4. Scorul scalei se calculeaza adunand laolalta valoare data fiecarei intrebari. Pe un numar de 2970 subiecti Burns si colab (1996) gasesc un scor mediu de 54,93 cu o deviatie standard de 16,72.

Compozitia factoriala a PI-WSUR arata ca intrebarile se grupeaza in cinci factori care au generat tot atatea subscale pe care autorii le-au denumit: subscala obsesiilor de contaminare si compulsiile de spalare, subscala compulsiilor de imbrcare si aranjare, subscala compulsiilor de verificare, subscala gandurilor obsesionale de ranire a propriei persoane sau a altora si subscala impulsurilor de ranie a propriei persoane sau a altora.

Analiza de validitate discriminativa facuta concurent cu Penn State Worry Questionnaire arata ca scala reuseste sa discrimineze obsesiile de ingrijorarea patologica. La fel scala prezinta o buna confidenta test-retest ceea ce tradeaza stabilitatea instrumentului de-alungul evaluarilor repetate.

PI-WSUR nu este un instrument diagnostic ci doar un mod de evaluare a prezentei si severitatii simptomelor obsesive-compulsive. Instrumentul are suficienta sensitivitate la schimbare incat sa poata fi folosit cu succes si la evaluarea progresului in terapie. El este mai apreciat in clinica decat Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnare (Hodgson si Rachman, 1977) care nu poate furniza un scor al severitatii, simptomele fiind evaluate doar calitativ, cu DA sau NU.

7.3. INVENTARUL DE OBSESII SI COMPULSII FOA (*Foa Obsessive-Compulsive Inventory*)

Foa si colab. (1998) de la Universitatea din Pennsylvania, fac o trecere in revista a instrumentelor deja existente de evaluare a simptomelor obsesive si compulsive si constata ca acestea prezinta unele limitari care impun aparitia unui nou instrument. Ei considera ca scala de obsesii Yale-Brown (Y-BOCS) contine doar un nucleu de 10 simptome pe baza carora se calculeaza timpul consumat cu simptomele, rezistenta fata de ele, interferenta cu viata subiectului, controlul si cat de suparatoare sunt. In ciuda bunelor proprietati psihometrice pe care le are scala, ea este greu de aplicat si necesita un personal calificat, informatia neputand fi obtinuta decat aplicand ckecklist-ul Y-BOCS.

Redau mai jos cateva din instrumentele de masura ale obsesiilor, care au facut obiectul analizie lui Foa si colab. (1998) si care i-au convins sa construiasca un instrument nou.

Inventarul Leyton pentru obsesii (*Leyton Obsessional Inventory*, Cooper, 1970) prezinta o buna validitate discriminativa si confidenta test-retest dar itemii au fost dezvoltati pe baza intervievarii unei populatii non-clinice iar procedura de aplicare este destul de greoaie incumband selectarea de mai multe ori a intrebarilor care sunt plasate pe niste cartonase si punerea lor in diferite teancuri.

Compulsive Activity Interview Checklist a fost dezvoltat de Marks si colab. (1977) si prezinta mai multe variante din care una sub forma de chetionar cu 38 intrebrari dar instrumentul se adreseaza mai mult compulsiilor dacat obsesiilor.

Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory creat de Hodgson si Rachman (1977) nu furnizeaza decat o apreciere calitativa a prezentei obsesiilor si compulsiilor pe baza evaluarii prezentei acestora dintr-o colectie de 30

simptome. Cu toate acestea simptomele sunt grupate in patru scale si astfel se poate decela obsesiile si compulsiile de spalare, verificare, lentoare si dubiu.

Inventarul Padua (Sanavio, 1988), prezentat mai sus, reuseste sa deceleze obsesiv-compulsivii de indivizii cu alte afectiuni anxioase sau cu depresie, dar inventarul nu contine alte obsesii si compulsii importante precum neutralizarea sau colectionarismul.

Obsessive Thought Checklist (Cottraux, 1989) este doar un inventar cu 28 itemi privind doar obsesiile care sunt grupate in doi factori: perfectionism si responsabilitate exagerata; toate acestea arata limitarile acestui instrument.

Pe baza acestei analize, Foa si colab (1998) incearca sa construiasca un alt instrument care sa raspunde la urmatoarele cerinte: i) sa fie un instrument comprehensiv, general si detaliat, ii) sa cuprinda heterogenitatea obsesiilor si compulsiilor, iii) sa permita cotarea severitatii pe o plaja mai larga decat la alte instrumente, iv) sa poate sa fie aplicat atat pe populatia clinica cat si pe populatia generala.

Instrumentul cuprinde 42 itemi ce reflecta simptomele tulburarii obsesiv compulsive din DSM-IV, itemi grupati in 7 subscale: subscala spalare cu 8 itemi, subscala verificare cu 9 itemi, subscala dubiu cu 3 itemi, subscala ordine cu 5 itemi, subscala obsesii cu 8 itemi, subscala colectare cu 3 itemi si subscala neutralizare mentala cu 6 itemi. Fiecare item este evaluat pe o scara Likert cu 5 ancore (de la 0 la 4) referitor la frecventa aparitiei obsesiilor si compulsiilor si la necazul provocat de acestea. Evaluarea lor separata se bazeaza pe presupunerea ca aceste dimensiuni sunt complimentare si nu coreleaza una cu alta.

Autorii au prezentat rezultate care atesta o buna validitate discriminativa intre grupe de pacienti cu diagnostice diferite sau intre diferite instrumente de evaluare si o buna stabilitate test-retest la 4 saptamani interval. Simonds si colab (2002) verifica proprietatile scalei pe un grup de studenti si constata din nou excelentele calitati psihometrice ale ei. Dupa Foa si colab. (2002) scala este reprezinta un progres substantial fata de alte scale de auto-evaluare pentru ca cuprinde un larg evantai de simptome, permite evaluarea nuantata a severitatii si poate fi administrata oricarui grup populational. Cu toate acestea autori au incercat sa o rafineze, au eliminat unele intrebari redundante si au facut o versiune scurta, cu 18 itemi, iar dupa o analiza factoriala repetata autorii au ales doar trei itemi pentru fiecare subscala. Apoi ei au facut o analiza ROC (*receiving operating characteristics*) care a generat un scor prag care reprezinta punctul in care senzitivitatea cea mai mare se intalneste cu sensibilitatea cea mai ridicata. Severitatea ramane sa fie evaluata pe aceeasi scala Likert ca la versiunea lunga. Versiune scurta este cea care va fi prezentata in aceasta lucrare (vezi Anexa Nr. 5).

Pentru scala cu 18 itemi studiul de validitate si confidenta realizat pe un esantion de 215 pacienti cu TOC, 243 pacienti cu alte tulburari anxioase si 677 indivizi indemni a arata caracteristici psihometrice excelente care o impun pentru uzul curent (Foa si colab. 2002). Scorul prag pentru intreaga scala este de 18 (pentru o senzitivitate de 74% care se intalneste cu o specificitate de 75,2%), iar pentru subscala de obsesie scorul prag este de 5.

7.4. INVENTARUL PEN N DE SCRUPULOZITATE (*Penn Inventory of Scrupulosity-PIOS*)

In cercetarea de teren care a stat la baza versiunii DSM-IV, obsesiile cu tema religioasa, precum dubiul peresistent asupra pacatului, sacrilegiului si devotiunii si dorinta irezistibila de a face o activitate religioasa de izbavire (rugaciune, facerea de semne si ritualuri religioase, etc.) au reprezentat cea de a cincea tema de obsesii in ordinea frecventei dupa obsesiile de contaminare, agresiune, simetrie si preocupari somatice (Foa si colab. 1995). Summerfeldt si colab. (1998) gasesc o prevalente de 24,2% a obsesiilor cu caracter religios.

Conform teoriei cognitive a obsesiilor, persoanele cu scrupulozitate religioasa/morala sunt inclinate de a avea ganduri intrusive cu tematica religioasa/morala, ganduri care sunt interpretate inadecvat ca avand consecinte catastrofice pentru subiect sau pentru persoanele dragi lui ducand astfel la anxietate si distres. Subiectul cauta sa reduca distresul si se angajeaza in diferite actiuni care sa neutralizeze gandul intrusiv religios despre pacat si actiuni lipsite de moralitate. Efortul de a neutraliza gandurile intrusive are un efect paradoxal pentru ca in loc sa usureze subiectul nu face altceva decat sa creasca frecventa gandului obsedant intensificand gradul de anxietate. Astfel de persoane "scrupuloase" traiesc un sentiment de vinovatie si ingrijorare morala care se elibereaza temporar facand diferite acte sau ritualiri cu caracter religios.

Abramowitz si colab. (2002) construiesc o scala de evaluare a obsesiilor persoanelor scrupuloase numita Inventarul Penn al scrupulozitatii. Ei au general un "*pool*"de 77 idei obsesionale cu caracter religios pe baza intervievarii mai multor pacienti. Apoi au facut o prima versiune a unui chiestionar si l-au aplicat la un lot de 215 subiecti. Dupa o prima analiza a distributiei raspunsurilor au ramas doar 43 intrebari iar dupa calcularea consistentei interne a scalei au ramas 19 itemi. Analiza factoriala a dat o solutie cu doi factori usor interpretabili si care justifica varianta raspunsurilor: i) frica de pacat (12 itemi) si ii) frica de Dumnezeu si de pedeapsa (7 itemi). Aceste doua subscale prezinta o buna consistenta interna si corelatie intre itemi. Prin evaluarea a 197 subiecti cu instrumente concurente, scala PIOS a aratat o validitate convergenta si discriminanta foarte buna ceea ce arata ca ea masoara intradevar obsesiile religoase si discrimineaza subiectii anxiosi sau depresivi de cei obsesivi. Recent, Olatunji si colab. (2007) confirma solutia cu doi factori ai scalei PIOS si gasesc patru itemi redundanti care ar putea fi eliminati si ar rezulta o scala cu 15 itemi. Ei gasesc si o corelatie puternica intre obsesiile religioase si obsesiile in general, precum obsesiile de spalat si ordine sau colectionarism.

In anexa Nr. 6 este prezentata versiunea PIOS cu 19 itemi. Scala furnizeaza un scor total format din suma scorului itemilor pe o scala Likert cu 5 trepte si un scor pentru fiecare subscala. In studiul initial al autorilor scorul mediu total pentru scala PIOS a fost de 18.98 ± 11,66 iar la scala frica de pacat 12,85 ± 7,62 si la scala frica de Dumnezeu 6,12 ± 4,89.

7.5. CHESTIONARUL INTERPRFTARII RESPONSABILITATII (*Responsibility Interpretations Questionnaire -RIQ*) si SCALA ATITUDINII DE RESPONSABILITATE (*Responsibility Attitude Scale -RAS*)

Conform teoriei cognitive a obesiilor, gandurile intrusive sunt nocive in masura in care acestea sunt interpretate ca inacceptabile antrenand negarea valorilor morale sau religioase sau protectia personala sau a celor

dragi. Important nu este cum aceste ganduri sunt conceptualizate, ci felul in care acestea sunt interpretate si evaluate, respectiv valoarea pe care individual o da acestor ganduri. In functie de aceasta interpretare/evaluare individul va cauta sau nu sa le supravegheze si neuralizeze si astfel va declansa sistemul de permanentizare a lui, gandurile devenind obsesionale in masura in care ele sunt din ce in ce mai "monitorizate" (Freeston si colab.1996). In acest context devine evident ca credintele subiectului, deja setate cu multi ani inainte, reprezinta vulnerabilitatea pe care se aseaza tulburarea obsesiv-compulsiva, credintele subiectului fiind filtrul dupa care gandurile intrusive sunt interpretate si evaluate. Individul ce prezinta aceasta vulnerabilitate cognitiva se va face responsabil de aparitia acestor ganduri care reprezinta tot atatea pericole fizice sau morale si din cauza procesului de fuziune gand-realitate crede aa gandi este tot una cu a se intampla.

Originea acestor evaluari negative se afla in procesul de invatare a unor presupozitii in conditiilor efortului de adaptare la unele evenimente de viata din anii formarii schemelor cognitive. Pe baza acestor presupozitii individul cauta sa interpreteze, atat realitatea, cat si gandurile proprii. Indivizii vulnerabili la obsesii prezinta o "*hiperinflatie a propriei responsabilitati*" ca presupozitie cognitiva de baza, comparativ cu oamenii obisnuiti (Freeston si colab. 1993).

Asumarea responsabilitatii gandurilor proprii nedorite si a riscului incumbat de aceasta se etaleaza pe doua nivele: presupozitiile responsabilitatii, respectiv atitudinea responsabila a subietului fata de actele sale si interpretarea responsabilitatii, respectiv cat de sever si daunatoare ar fi actele si pacatele sale si asumarea responsabilitatii proprii fata probabilitatea, influenta si severitatea consecintelor si daunelor.

Salkovskis si colab. (2000) dezvolta aceasta teorie si incearca sa identifice cele doua paliere prin construirea a doua instrumente separate: unul pentru evaluarea responsabilitatii, respectiv a identificarii interpretarilor pe care un individ le da ganduruilor lui intrusive, si altul pentru evaluare atitudinilor, presupozitiile individuale care duc la tendinta de asumare a responsabilitatii intr-o situatie data, de exemplu. intr-o situatie ce implica dubiul. Aceste doua instrumente au fost construite pa baza testarii a 83 indivizi cu TOC, 48 cu alte tulburari anxioase si 218 subiecti indemni.

Scala atitudinii de responsabilitate (*Responsibility Attitude Scale* - RAS) este un chestionar cu 26 intrebari care evalueaza credintele generale relativ la responsabilitate si care reflecta atitudinile si credintele generale caracteristice indivizilor predispusi in a-si asuma responsabilitatea pentru daunele provocate altora. Prin constructie ea se aseamana cu *Dysfunctional Attitude Scale* construita de Weissman si Beck pentru evaluarea schemelor cognitive in depresie (Beck si colab. 1991) si subiectul este rugat sa decida cat de caracteristic este o atitudine oarecare pentru felul in care el vede lucrurile in majoritatea timpului. Evaluarea fiecarei atitudini este facuta pe o scala Likert cu 7 ancore de la "acord total" la "dezacord total" (vezi anexa Nr. 7)

Chestionarul interpretarii responsabilitatii (*Responsibility Interpretations Questionnaire*- RIQ) este un instrument cu 22 intrebari care evalueaza frecventa credintelor in cazul unei interpretari specifice gandurilor intrusive despre o posibila dauna. Constructia scalei este imprumutata din chestionarul *Chambless Agoraphobic Cognitions Scale* (Chambless si colab. 1984) evaluand felul cum individul reactioneaza la gandurile intrusive avute in ultimele doua saptamani. Este evaluata mai intai frecventa gandurilor intrusive si felul cum interpreteaza gandurile avute cel mai frecvent iar in partea doua sunt evaluate credintele despre responsabilitatea individuala fata de continutul acestor ganduri intrusive (vezi Anexa Nr. 8).

Analiza de validitate concurentiala si de confidenta test-retest arata ca ambele instrumente au calitati psihometrice care sa le faca valabile pentru practica clinica; instrumentele prezinta si o buna specificitate pentru decelarea subiectilor cu tulburare obsesiv-compulsiva.

Bibliografie:

Abramowitz JS, Huppert JD, Cohen AB ey al (2002): Religious obsessions and compulsions in a non-clinical sample: the Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). Behaviour Research and Therapy, 40: 825–838.

Bayer P, Lienard P (2008): Ritual Behavior in obsessive and normal individuals, Current Directions in Psychological Science, 17:291-294.

Beck AT, Brown G, Steer RA, Weissman AN (1991): Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. Psychological Assessment, 3: 478-483.

Burns GL, Keortge SG, Formea GM, Sternberger L (1996): Revision of the Padua inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsession and compulsions, Behaviour Research and Therapy, 34:163-173.

Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R (1984): Assessment of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. Journal of Consulting and Clinicial Psychology, 52: 1090-1097.

Cooper J (1970): The Leyton Obsessional Inventory, Psychological Medicine, 1:48-64.

Corcoran KM, Woody SR (2008): Appraisals of obsessional thoughts in normal samples, Behaviour Research and Therapy, 46:71-83.

Cottraux J (1989): Behavioural psychotherapy for obsessive-compulsive disorder, International Review of Psychiatry, 1:227-234.

Deacon BJ, Abramowitz JS (2005): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale:
factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement, Journal of Anxiety Disorders, 19: 573-585.

Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK et al (1995): DSM-IV field trial: obsessive–compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 152: 90–96.

Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis P, Coles M E, Amir N (1998): The validation of a new obsessive– compulsive disorder scale: The Obsessive–Compulsive Inventory. Psychological Assessment, 10: 206–214.

Foa EB, Huppert JD, Leiberg S et al (2002): The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version, Psychological Assessment, 14: 485-496.

Freeston MH, Ladouceur R, Gagnon F, Thibodeau N (1993): Beliefs about obsessional thoughts. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15: 1-21.

Freeston MH, Rheaume J, Ladouceur R (1996): Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts, Behaviour Research and Therapy, 34: 433-446.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al (1989a): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability, Archives of General Psychiatry, 46:1006-1011.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al (1989a): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Validity, Archives of General Psychiatry, 46:1012-1016.

Goodman WK, Rasmussen SA, Price LH et al (2000): Yale-Brown Obsession Compulsive Scale (Y-BOCS), in AL Rush (Ed.): Handbook of Psychiatric Measures, American Psychiatric Association Press.

Hodgson RJ, Rachman S (1977): Obsessional-compulsive complaints. Behaviour Research and Therapy, 15:389-395.
Hollander, E (1993): Obsessive Compulsive Related Disorder, Washington DC: American Psychiatric Press

Leon CL, Portera L, Weissman MM (1995): The social costs of anxiety disorders. British Journal of Psychiatry,166:19-22.

Marks IM, Hallam RS, Connolly J, Philpott R (1977): Nursing in behavioural psychotherapy, London, United Kingdom: Royal College of Nursing.

McKay D, Neziroglu F, Stevens K, Yaryura-Tobias JA (1998): The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Confirmatory Factor Analytic Findings, Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 20: 265-274.

Muris P, Merckelbach H, Clavan M (1997): Abnormal and normal compulsions, Behavioural Research and Therapy, 35:249-252.

Obsessive Compulsive Cognition Working Group (1997): Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder, Behavioural Research and Therapy, 35:667-681.

Rachman S (1997): A cognitive theory of obsession, Behavioural Research and Therapy, 35: 793-802.

Rachman S and De Silva P. (1978): Abnormal and normal obsessions. Behaviour Research and Therapy, 16: 233–248.

Rachman S and Hodgson R (1980): Obsession and Compulsion, Hillsdale, NJ: Prentice-Hall.

Rassin E, Cougle JR, Muris P (2007): Content difference between normal and abnormal obsession, Behavioural Researhc and Therapy, 45:2800-2803.

Rassin E and Muris P (2007): Abnormal and normal obsessions: A reconsideration. Behaviour Research and Therapy, 45: 1065–1070.

Rauch SL, Wedig MM, Wright CI et al. (2007): Functional magnetic resonance imaging study of regional brain activation during implicit sequence learning in obsessive-compulsive disorder. Biological Psychiatry, 61:330–336.

Robins LN, Locke BZ, Regier DA (1991): An overview of psychiatric disorders in America. In: Robins LN, Regier DA (Eds). Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, NY: The Free Press.

Sanavio E (1988): Obsessions and compulsions: the Padua Inventory, Behaviour Research and Therapy, 26:169-177.

Shafran R, Thordarson DS, Rachman S (1996): Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder, Journal of Anxiety Disorders, 10:379-391.

Simonds LM, Thorpe SJ, Elliott SA (2000): The Obsessive–Compulsive Inventory: Psychometric properties in a nonclinical student sample. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28:153–159.

Summerfeldt L, Antony M, Downie F et al (1998): Prevalence of particular obsessions and compulsions in a clinic sample. Unpublished manuscript.

Van Oppen P, Hoekstra RJ, Emmelkamp PMG (1995): The structure of obsessive compulsive symptoms, Behaviour Research and Therapy, 33:15-23.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al (1994): The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder, Journal of Clinical Psychiatry, 55 (Suppl. 3):5-10.

Woody SR, Stekette G, Chambless DL (1995): Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive Compulsion Scale, Behaviour Research and Therapy, 33:597-605.

- oo O 00 -

Anexa Nr. 1:

Lista de simptome Y-BOCS
(*Y-BOCS Symptom Checklist*) versiunea 9/89

Evaluatorul trebuie sa ia in consideratie numai simptomele TOC si nu simptomele altor tulburari psihiatrice precum Fobia simpla sau hipocondria. Itemii marcati cu "*" pot sau nu sa apartine TOC.

In present	In trecut	
		Obsesii agresive
___	___	Teama ca ar putea sa-si produca singur rani
___	___	Teama de a nu rani pe altii
___	___	Imagini violente sau terifiante
___	___	Teama ca ar putea să-i scape obscenitati sau insulte
___	___	Teama ca ar putea face ceva jenant sau penibil *
___	___	Teama ca va da curs unor impulsuri nedorite (ex.: ca-si va injunghia prietenul)
___	___	Teama ca va fura lucruri
___	___	Teama ca-i va rani pe altii pentru că nu are suficienta grija (ex.: ca va comite un accident rutier si va fugi de la locul faptei)
___	___	Teama ca va fi raspunzator pentru un fapt cu consecinte dramatice (ex.: incendiere, talharie)
___	___	Altele_____
		Obsesii de contaminare
___	___	Ingrijorare sau dezgust în legatura cu excretii sau secretii corporale (ex.: urina, fecale, saliva)
___	___	Ingrijorare legata de murdarie sau microbi
___	___	Ingrijorare excesiva în legatura cu contaminari din mediu (ex.: azbest, radiaţii, scurgeri de reziduuri toxice)
___	___	Preocupare/ingrijorare excesiva legata de articole din gospodarie (ex.: substante de curatat, detergenţi)
___	___	Preocupare/îngrijorare excesiva legata de animale (ex.: insecte)
___	___	Deranjat de substante adezive sau rezidurile lor
___	___	Preocupare/îngrijorare ca se va contamina si imbolnavi
___	___	Ingrijorare că ceilalti se vor îmbolnavi prin raspandirea contaminarii (preocupare agresiva)
___	___	Nici o ingrijorare despre consecintele contaminarii altele decat felul cum ar putea sa se simta
___	___	Altele_____
		Obsesii sexuale
___	___	Ganduri, imagini sau impulsuri perverse sau nepermise
___	___	Conţinut sexual implicând copii sau incest
___	___	Conţinut implicand homosexualitate *
___	___	Comportament sexual indreptat spre ceilalţi (agresiv)*
		Obsesii de colecţionare/adunare (deosebeste de hobby-uri şi de preocuparea legata de obiecte având valoare sentimentala sau materiala)
___	___	_____
		Obsesii religioase (Scrupulozitate)

___ ___ Preocupat de blasfemie si sacrilegiu
___ ___ Excesiva preocupare privind ce e drept/gresit sau cu valorile morale
___ ___ Altele_____

Obsesiile nevoii de simetrie sau exactitate

___ ___ Acompaniate de gandire magica (de ex. Gandul ca mama va avea un accident daca lucrurile nu stau intr-un anume fel)
___ ___ Neacompaniate de gandire magica

Obsesii diverse

___ ___ Nevoia de a cunoaste sau rememora
___ ___ Teama de a spune anumite lucruri
___ ___ Teama de a nu spune tocmai ce trebuie
___ ___ Teama de a pierde lucruri
___ ___ Imagini intrusive (neviolente)
___ ___ Sunete, cuvinte sau muzica cu caracter intrusiv si fara sens
___ ___ Deranjat de anumite sunete/zgomote*
___ ___ Numere norocoase/nenorocoase
___ ___ Culori cu anumita semnificatie
___ ___ Temeri superstitioase
___ ___ Altele_____

Obsesii somatice

___ ___ Preocupare cu boli si suferinte
___ ___ Preocupare excesiva in legatura cu aspectul unor parti ale corpului (de ex. dismorfofobia)
___ ___ Altele_____

Compulsii de spalare/curatare

___ ___ Spalat pe maini exagerat sau ritualizat
___ ___ Dus sau baie sau spalat pe dinti sau toaleta generala excesiva sau ritualizata
___ ___ Implica curatirea articolelor de gospodarie sau a altor obiecte casnice (având caracter excesiv sau repetitiv)
___ ___ Alte masuri deprevenire sau indepartare a contactului cu contaminanti
___ ___ Altele_____

Compulsiile de verificare

___ ___ Verificarea incuietorii, a aragazului, a aparatelor casnice, etc.
___ ___ Verificarea ca ceilalţi să nu fi fost/sa nu fie raniti/afectati
___ ___ Verificarea ca subiectul sa nu fi fost /să nu fie ranit/afectat
___ ___ Verificarea sa nu se fi intamplat/sa nu urmeze sa se intample o nenorocire
___ ___ Verificarea de a nu se fi comis o gresala
___ ___ Verificari legate de obsesii somatice
___ ___ Altele _____

Ritualuri de repetare

___ ___ Recitirea si rescrierea
___ ___ Nevoia de a repeta activitati rutiniere (de ex. inchide /deschide usa, se scoala/se aseaza pe scaun)
___ ___ Altele _____

Compulsiile de numarare

___ ___ _____

Compulsiile de aranjare/ordine

___ ___ _____

Compulsiile de colectionare/strangere
(deosebeste de hobby-uri şi de preocuparea legată de obiecte având valoare sentimentală sau pecuniară, de ex. scrisori vechi, teancuri de ziare vechi, obiecte fara utilitate, cautarea prin gunoaie)

___ ___ _____

Compulsii diverse

___ ___ Ritualuri mentale (altele decat verificarea/numararea)
___ ___ Efectuarea excesiva de liste
___ ___ Nevoia de a vorbi, intreba sau confesa
___ ___ Nevoia de a atinge, de a lovi repetat sau de a curata ceva*
___ ___ Ritualuri implicand clipitul sau privitul fix*
___ ___ Masuri pentru a preveni vatamarea proprie____ sau a altora____ sau a consecintelor teribile_____
___ ___ Ritualizarea comportamentului alimentar*
___ ___ Comportamente superstitioase
___ ___ Trichotilomania*
___ ___ Alte comportamente autovatamatoare sau automutilante
___ ___ Altele_____

- oo O oo -

Anexa Nr. 2

Lista simptomelor tinta Y-BOCS

(*Y-BOCS Target Symptom List*)

OBSESII:

1. _____
   _____
2. _____
   _____
3. _____
   _____

COMPULSII:

1. _____
   _____
2. _____
   _____
3. _____
   _____

EVITARE:

1. _____
   _____
2. _____
   _____
3. _____
   _____

- oo O oo -

Anexa Nr. 3

Scala de obsesii si compulsii Yale-Brown

(*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Y-BOCS)*

Instructiuni pentru pacient*:*

Inainte de a aplica aceste instrument este necesar sa se explice subiectului ce intelegem prin termenii de "obsesii" si "compulsii":
OBSESIILE sunt idei, ganduri, imagini sau impulsuri nedorite si suparatoare care apar repetat in mintea omului. Ele pot apare impotriva vointei lui. Ele pot fi dezagreabile, respingatoare, fara sens si pot fi contrare personalitatii individului.
COMPULSIILE sunt comportamente sau acte la care individul se simte impins desi recunoaste ca ele sunt fara sens si impotriva vointei lui. Desi individul incearca sa reziste, el nu are succes impotriva acestui impuls. Individul traieste anxietate si neliniste care nu diminua decat cand efectueaza aceste actiuni.
Dupa clarificarea termenilor Intervievatorul trebue sa dea exemple de obsesii si compulsii pentru a se asigura ca subiectul a inteles.
Exemplu de obsesie: gandul repetat ca ai putea sa ranesti propriul copil desi nu doresti asta.
Exemplu de compulsie: nevoia de a verifica in mod repetat daca robinetele sunt bine inchise, daca ai inchis usa de la intrare, daca ai inchis aragazul sau curentul electric.

Sa intreaba subiectul daca a inteles si daca are intrebari. Apoi se trece la aplicarea scalei propriu-zise.

1. TIMPUL OCUPAT CU GANDURI OBSESIVE
   Intrebare: Cat de mult timp esti ocupat cu gandurile obsesive? (*Cand obsesiile sunt scurte, intermitente, poate fi dificil de estimat timpul ocupat de obsesii. In astfel de cazuri estimeaza timpul prin determinarea frecventei acestor obsesii scurte. Ia in consideratie atat frecventa cat si cate ore din zi sunt afectate de obsesii*.) Intreaba: Cat de frecvent apar obsesiile? (*Asigura-te ca se exlud ruminatiile si preocuparile care sunt ego-sintone si rationale, fara a fi exagerate*).
   0 = deloc
   1 = usor, mai putin de 1h/zi sau ocazional
   2 = moderat, 1-3h/zi sau frecvent
   3 = sever, intre 3 si 8h/zi sau foarte frecvente obsesii
   4 = extrem, mai mult de 8h/zi sau aproape constant obsesii

1b. INTERVALUL DE TIMP FARA OBSESII (nu se includ in scorul total)
   Intrebare: In medie cat de multe ore la rand nu ai obsesii intr-o zi (*daca este necesar intreaba*) Cat de mare este cea mai lunga perioada in care nu ai obsesii?
   0 = nici un simptom
   1 = perioada lunga, mai mult de 8 ore la rand fara obsesii
   2 = moderat, intre 3 si 8 ore la rand fara obsesii intr-o zi
   3 = perioada scurta, intre 1 si 3 ore fara obsesii intr-o zi
   4 = extrem de scurt, mai putin de o ora pe zi obsesii.

2. INTREFERENTA OBSESIILOR CU ACTIVITATEA ZILNICA
   Intrebare: Cat de mult gandurile tale obsesive interfera cu viata sociala sau munca ta? Exista ceva ce nu puti face din cauza obsesiilor? (*Daca nu lucreaza determina cat de mult activitatea lui ar fi afectata daca pacientul ar lucra*)
   0 = deloc
   1 = usor, usoara interferenta cu activitatea sociala si ocupationala dar performanta generala nu este afectata
   2 = moderat, evidenta interferenta cu performanta sociala si ocupationala dar inca controlabila

3 = severa, cauzeaza o interferenta importanta a performantei sociale si ocupationale
4 = extrema, ducand la incapacitate; dizabilitanta

3. NECAZUL CAUZAT DE GANDURILE OBSESIVE
Intrebare: cat de mult te nacajesc obsesiile? (*In cele mai multe cazuri distresul este dat de anxietate, cu toate acestea pacientii pot raporta ca obsesiile lor sunt "perturbatoare/deranjante" dar neaga anxietatea. Coteaza numai anxietatea care este data de obsesii si nu anxietatea generala sau anxietatea asociata cu alte conditii*)
0 = deloc
1 = usor, dar fara a fi perturbatoare
2 = moderat, perturbatoare/deranjante dar inca controlabile
3 = sever, foarte perturbatoare/deranjante
4 = extrem, deranjante tot timpul si dizabilitante

4. REZISTENTA FATA DE OBSESII
Intrebare: Cat de mare este efortul care-l faci ca sa rezisti la obsesiile tale? Cat de des incerci sa nu fi atent sau sa le ignori? (*Evalueaza numai efortul de a rezista, nu succesul sau esecul de a controla obsesiile. Tine cont ca acest item nu masoara direct severitatea gandurilor intrusive, mai curand el masoara sanatatea individului, de ex. Efortul pe care-l face pacientul de a contracara obsesiile prin alte mijloace dacat prin evitare sau prin compulsii. Astfel, cu cat pacientul incearca sa reziste cu atat mai putin este afectata functionarea lui. Exista forme "active" si "pasive" de rezistenta. In terapia comportamentala subiectul poate fi incurajat sa nu se lupte cu simptomele obsesive, de ex. "lasa-ti gandurile sa vina"; opozitie pasiva sau prin focalizarea pe gandurile perturbatoare. Daca obsesiile sunt minore pacientul nu va simti nevoia sa le reziste si atunci coteaza cu 0*)
0 = face eforturi marcare de a rezista sau simptomele sunt minime si nu are nevoie sa le reziste activ
1 = incearca sa le reziste majoritatea timpului
2 = face unele eforturi pentru a rezista
3 = permite toate obsesiile fara incercarea de a le controla, dar face asta cu oarecare opozitie/capituleaza partial
4 = permite complet si constient toate obsesiile pe care le are/capituleaza total

5. GRADUL DE CONTROL AL GANDURILOR OBSESIVE
Intrebare: Cat de mult control ai asupra gandurilor obsesive? Cat de mult succes ai sa le opresti sau sa te gandesti la altceva? Poti sa le neutralizezi? (*In contrast cu itemul precedent despre rezistenta, abilitatea pacientului de a controla obsesiile lui este aici mai strans legata de severitatea gandurilor intrusive*)
0 = control complet
1 = control mult, in mod obisnuit capabil sa le opreasca sau sa le schimbe cu ceva efort si concentrare
2 = control moderat, uneori capabil sa le opreasca sau sa le schimbe
3 = putin control, rar succes in oprirea sau schimbarea obsesiilor, poate sa schimbe gandurile doar cu dificultate
4 = nici un control, le traieste ca total independente de vointa lui, rar capabil sa le schimbe pentru putina vreme.

6. TIMPUL CONSUMAT CU COMPORTAMENTE COMPULSIVE
Intrebare: Cat de mult timp consumi cu compulsiile tale? (*Cand ritualurile implica activitati ale vietii cotidiene intreaba*): Cat de mult timp consumi sa faci activitatile tale domestice comparativ cu oamenii obisnuiti din cauza ritualurilor tale? (*Cand compulsiile sunt scurte, intermitente, este dificil sa determini timpul consumat cu efectuarea lor. Ia in consideratie atat frecventa cu care sunt facute cat si timpul cat ele sunt efectuate. Numara numai de cate ori compulsia este facuta nu numarul de repetitii, de ex. Daca un subiect merge la baie de 20 ori sa se spele pe mani si isi freaca mainile de cinci ori de fiecare data, ia in consideratie numai frecventa de 20 si nu si cele cinci spalari facute de fiecare data. Intreaaba*): Cat de frecvent efectuezi astfel de compulsii? (*In majoritatea cazurilor compulsiile sunt comportamente observabile, de ce ex. spalatul pe maini, dar in unele cazuri compulsiile sunt mascate, de ex, verificarea pe furis*).
0 = deloc
1 = usor (pierde mai putin de 1h/zi efectuaind compulsii) sau le face doar ocazional
2 = moderat (consuma de la 1h la 3h/zi cu compulsiile) sau le face frecvent

3 = sever (pierde intre 3 si 8h/zi cu compulsiile) sau le face foarte frecvent
4 = extrem (consuma mai mult de 8h/zi cu compulsiile) sau le face aproape constant (prea numeroase pentru a fi numarate)

6b. INTERVALUL DE TIMP FARA COMPULSII

Intrebare: In medie, cate ore la rand intr-o zi se intampla sa nu ai **c**ompulsii? (*Daca este necesar intreaba*): Care este cea mai lunga perioada de timp cand nu ai compulsii?
0 = fara compulsii
1 = perioada lunga fara compulsii, mai mult de 8h/zi
2 = perioada moderat de lunga fara compulsii, intre 3 si 8h/zi
3 = perioada scurta, de la 1 la 3h/zi fara compulsii
4 = extrem de scurt interval fara compulsii, mai putin de o ora pe zi

7. INTRFERENTA COMPULSIILOR CU ACTIVITATEA ZILNICA

Intrebare: Cat de mult compulsiile tale interfera cu viata sociala sau munca ta? Exista ceva ce nu puti face din cauza compulsiilor? (*Daca nu lucreaza determina cat de mult activitatea lui ar fi afectata daca pacientul ar lucra*)
0 = deloc
1 = usor, usoara interferenta cu activitatea sociala si ocupationala dar performanta generala nu este afectata
2 = moderat, evidenta interferenta cu performanta sociala si ocupationala dar inca controlabila
3 = severa, cauzeaza o interferenta importanta a performantei sociale si ocupationala
4 = extrema, ducand la incapacitate; dizabilitanta

8. NECAZUL DATORAT COMPULSIILOR

Intrebare: Cum te-ai simti daca ceva te-ar opri sa faci aceste compulsii? Cat de anxios ai fi? (*Coteaza gradul de neplacere pe care pacientul o traieste daca compulsia este brusc intrerupta. In cele mai multe cazuri, dar nu in toate, facerea compulsiei reduce anxietatea. Daca intervievatorul considera ca anxietatea se reduce prin stoparea compulsiei atunci intreba*): Cat de anxios esti in timpul efectuarii compulsiei pana cand reusesti sa o duci la capat?
0 = deloc
1 = foarte usoare anxietate daca compulsia este stopata sau usoara anxietate in timpul efectuarii compulsiei
2 = moderat, raporteaza ca anxietatea ar creste dar este inca stapanita daca compulsia este oprita sau ca anxietatea creste dar ramane controlabila in timpul executarii compulsiei
3 = sever, anxietate marcata si pereturbatoare daca compulsia este stopata sau in timpul efectuarii compulsiei
4 = extrem, anxietate dizabilitanta de frica oricarei interventii care ar modifica facerea compulsiei sau anxietate dizabilitanta care se dezvolta in timpul efectuarii compulsiei

9. REZISTENTA FATA DE COMPULSII

Intrebare: Cat de tare trebuie sa te tii ca sa rezisti la compulsiile tale? (*Coteaza numai efortul facut pentru a rezista, nu succesul sau esecul in controlarea compulsiilor. Cat de mult pacientul resita la compulsii poate varia in functie de abilitatea lui de a controla aceste compulsii. Noteaza ca acesti item nu masoara direct severitatea compulsiilor, mai curand masoara sanatatea lui, de ex. efortul pe care-l face de a contracara compulsiile. Astfel, cu cat pacientul incearca sa reziste cu atat mai putin functionarea lui va fi afectata. Daca compulsiile sunt minime, pacientul poate sa nu simta necesitatea de a rezista la ele. In acest caz coteaza cu "0"*)
0 = face totdeauna eforturi de a rezista sau compulsiile sunt asa de slabe ca nu necesita sa reziste activ
1 = incearca sa reziste mai tot timpul
2 = face ceva eforturi sa reziste
3 = accepta aproape toate compulsiile fara sa incerce sa le controleze dar o face cu ceva rezistenta
4 = permite complet si voluntar toate compulsiile

10. GRADUL DE CONTROL ASUPRA COMPULSIILOR
Intrebare: Cat de tare este impulsul pentru compulsie? Cat de mult control ai fata de compulsiile tale? (*Spre deosebire de itemul anterior despre rezistenta, abilitatea pacientului de a controla compulsiile sale este mai mult bazata pe severitatea compulsiilor*)
0 = control complet
1 = control mult, simte presiunea de a face compulsiile dar este capabil sa exercite un control voluntar asupra lor
2 = control moderat, presiune puternica de a face compulsiile, controlul este facut cu dificultate
3 = control putin, puternic impuls de a face compulsiile, poate doar sa le amane cu dificultate
4 = nici un control, impulsul pentru compulsii este dincolo de puterea subiectului de a le controla si compulsiile devin complet involuntare.

11. CONSTIENTIZAREA OBSESIILOR SI COMPULSIILOR
Intrebare: Crezi ca ingrijorarile si comportamentele tale compulsive sunt normale? Ce crezi ca se va intampla daca nu vei face compulsiile? Esti convins ca ceva intr-adevar se va intampla? (*Evalueaza cat de mult pacientul constientizeaza ca obsesiile si compulsiile sunt fara sens sau excesive bazat pe credintele pe care pacientul le-a afirmat in timpul interviului*)
0 = excelent insight, pe de-antregul rational
1 = insight bun, usor recunoaste absurditatea sau amploarea gandurilor si comportamentelor dar nu pare pe de-antregul convins ca ingrijorarile si anxietatea este lipsita de justificare (de ex. dubiile)
2 = insight putin, ezitant admite ca gandurile si comportamentele par excesive si absurde dar aceasta interpretare fluctueaza. Poate avea unele temeri nerealiste dar nu prezinta covingeri fixate.
3 = Insight defectos, admite ca gandurile si comportamentele sunt absurde si excesive dar este convins si de contrariu (de ex. supraevalueaza ideile pe care le are)
4 = lipsa insight, delirant. Convingere ferma ca ideile si comportamentele lui sunt justificate, rationale, nu este permiabil la rationamente contrarii.

12. EVITAREA
Intrebare: Se intampla sa eviti sa faci ceva sau sa mergi undeva sau sa fi cu cineva din cauza gandurilor obsesive sau pentru ca asta te-ar impiedica sa faci compulsiile? (*Daca da, intreba*): Cat de mult eviti? (*Coteaza gradul cu care pacientul incearca sa evite in mod deliberat. Uneori compulsiile imping subiectul sa evite contactul cu ceva care provoaca teama. De ex. pacientul are ritualul de a spala hainele, aceasta este o compulsie si nu o evitare. Daca pacientul opreste spalatul hainelor aceasta constituie o evitare*)
0 = nici o evitare in mod deliberat
1 = usor, evitari minime
2 = moderat, ceva evitare, evitarea este clar prezenta
3 = sever, multa evitare, evitarea este foarte evidenta
4 = extrem, evitare extinsa la multe lucruri si situatii, pacientul evita apropape orice cu scopul de a evita aparitia simptomelor

13. GRADUL DE DUBIU
Intrebare: Ai greutati in luarea deciziilor chiar pentru lucruri mici pentru care altii nu se gandesc de doua ori, de ex. care haine sa porti, ce fel de mancare sa maninci astazi? (*exclude dificultatile in luarea deciziei care reflecta prezenta gandurilor ruminative; la fel exclude ambivalenta legata de dificultatile in a alege ceva in mod rational*)
0 = nici unul
1 = usor, ceva probleme in luarea deciziilor pentru lucruri mici
2 = moderat, raportarea spontana de probleme semnificative in luarea deciziilor
3 = sever, continua evaluare a criteriilor pro si contra despre lucruri neesentiale
4 = extrem, uncapabil de a lua decizii, problema este dizabilitanta

14. SUPRAEVALUAREA RESPONSABILITATII PROPRII
Intrebare: Te simt responsabil pentru consecintele actiunilor tale? Te invinovatesti pentru rezultatele evenimentelor care nu le ai sub control? (*Distinge intre sentimentle normale de responsabilitate si cele de lipsa de valoare sau de vinovatie. O persoana dominata de vinovatie va crede ca ea insasi sau actiunile sale sunt rele sau lipsite de morala*)

0 = niciuna
1 = usor, mentionata numai daca este chestionat, usoara crestere a responsabilitatii
2 = moderat, spontan afirmate, clare prezente idei de hiperresponsabilitate in legatura cu evenimente in afara controlului sau
3 = sever, idei proeminente si generalizate, ingrijorare ca este responsabil pentru evenimente care nu sunt sub controlul lui, invinovatire si autoblamare, adesea irationala
4 = extrema, idei de responsabilitate cu caracter delirant (de ex. se simte reponsabil pentru un cutremur la 3000 km distanta pentru ca nu a facut compulsiile care puteau sa-l inlature)

15. INERTIE/LENTOARE GENERALA
Intrebare: Ai dificultati sa pornesti sau sa sfarsesti un lucru? Iti ia mai mult decat normal sa faci lucrurile zilnice? (*Deosebeste de incetinirea psihomotorie din depresie. Evalueaza cresterea timpului necesar cu activitatile zilnice chiar atunci cand nu pot fi identificate obsesii specifice*)
0 = deloc
1 = usor, rareori intarziere in inceperea sau ducerea la bun sfarsit a activitatii
2 = moderat, frecvente intarzieri dar sarcinile uzuale sunt totusi duse la bun sfarsit
3 = sever, dificultati marcate si generalizate cu initierea si facerea sarcinilor zilnice
4 = extrem, incapabil sa inceapa sau sa realizeze sarcinile zilnice fara a fi ajutat.

16. DUBITATIE PATOLOGICA
Intrebare: Dupa ce faci ceva te indoiesti daca ai facut aceasta corect? Te indoiesti daca ai facut-o complet? Cand faci activitatile zilnice se intampla sa te indoiesti de simturile tale (de ex. de ce vezi, auzi sau atingi)?
0 = deloc
1 = usor, mentionat numai daca este intrebat, foarte usor dubiu patologic, exemplele pot fi considerate in spectrul normalului
2 = moderat, dubiu afirmat spontan, clar prezent: pacientul este deranjat de dubiul patologic. Exista ceva interferenta cu pereformanta pacientului
3 = sever, incert asupra preceptiilor sau memoriei; dubiu patologic afecteaza frecvent performanta
4 = extrem, incertitudinea asupra perceptiilor este evidenta si constanta; dubiu patologic interfera semnificativ aproape toate activitatile, intensitatea lui este dizabilitanta. (de ex. Pacientul spune: “mintea mea nu crede ce vad ochii mei”)

17. SEVERITATE GLOBALA: Evaluarea globala a severitatii facuta de evaluator. Evalueaza de la 0 (nici o boala) la 6 (boala cea mai severa) . Ia in considerare si gradul de distres, simptomele observate si interferenta cu functionarea. In judecata clinica trebuie sa intre si confidenta si acuratetea datelor obtinute. Aceasta judecata se bazeaza pe datele obtinute in cursul interviului.
0 = nici o boala
1 = boala usoara, cu semnul intrebarii, tranzitorie, fara afectare functionala
2 = simptome usoare, putina afectare functionala
3 = simptome moderate, functionare cu efort
4 = simptome moderat-severe, functionare limitata
5 = simptome severe, functionare cu oarecare ajutor
6 = simptome extre de severe, functionare imposibila fara ajutor

18. AMELIORARE GLOBALA: Evalueaza ameliorarea globala prezenta DE LA PRIMA EVALUARE daca sau nu este datorata tratamentului medicamentos
0 = foarte rau
1 = mult rau
2 = minim rau
3 = nici o schimbare
4 = minima imbunatatire
5 = multa imbunatatire
6 = foarte multa imbunatatire/ameliorare

19. CONFIDENTA: Evalueaza confidenta/increderea generala asupra scorurilor obtinute. Printre factorii de care depinde confidenta sunt cooperarea pacientului si abilitatea lui naturala de a comunica.Tipul si severitatea simptomelor obsesiv-compulsive pot interfera cu concentrarea pacientului, atentia sau capacitatea lui de a vorbi spontan (de ex. continutul unor obsesii pot face ca pacientul sa-si aleaga greu cuvintele).
    0 = excelent
    1 = bine, prezenta unor factori care pot afecta confidenta
    2 = putin, prezenta unor factori care afecteaza mult confidenta
    3 = proasta, confidenta foarte scazuta

FOAIE DE SCOR: Scala de obsesii si compulsii Yale-Brown
(*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale)*

1.Timpul ocupat de gândurile obsesive	**0** deloc	**1** usor	**2** moderat	**3** sever	**4** extrem
2. Interferenţa obesiilor cu activitatea zilnică	**0** deloc	**1** usor	**2** moderat	**3** sever	**4** extrem
3. Necazul cauzat de gândurile obsesive	**0** deloc	**1** uşor	**2** moderat	**3** sever	**4** extrem
4. Rezistenţa la obsesii	**0** rezista intotdeauna	**1** rezista semnificativ	**2** rezista moderat	**3** capituleaza partial	**4** capituleaza total
5. Gradul de control a gandurilor obsesive	**0** complet	**1** mult	**2** moderat	**3** putin	**4** absent

Scor subscala obsesii_____

6. Timpul consumat cu efectuarea compulsiilor	**0** deloc	**1** usor	**2** moderat	**3** sever	**4** Extrem
7. Interferenţa compulsiilor cu activitatea zilnica	**0** deloc	**1** usor	**2** moderat	**3** sever	**4** extrem
8. Necazul cauzat de compulsii	**0** deloc	**1** uşor	**2** moderat	**3** sever	**4** extrem
9. Rezistenţa la compulsii	**0** rezista intotdeauna	**1** resita semnificativ	**2** rezista moderat	**3** capituleaza partial	**4** capituleaza total
10. Gradul de control al compulsiilor	**0** complet	**1** mult	**2** moderat	**3** putin	**4** absent

Scor subscala compulsii_____
Scor total _____

- oo O oo

Anexa Nr. 4:

Inventarul Padova -versiunea revizuita a Universitatii Washington *(Padua Inventory-Washington State University Revision (PI-WSUR)*

Urmatoarle afirmatii se refera ca gandurile si comportamentele pe care le poate avea orisicine in viata de fiecare zi. Pentru fiecare afirmatie incercuieste gradul de perturbare pe care fiecare gand sau comportament iti produce

		deloc	putin	destul	mult	foarte mult
1	Imi simt mainile murdare cand ating banii	0	1	2	3	4
2	Cred ca cel mai mic contact cu secretiile corpului (transpiratie, urina, saliva, etc.) poate sa-mi contamineze hainele sau sa-mi produce ceva boli	0	1	2	3	4
3	Este dificil sa ating un obiect cad stiu ca a fost atins de alti oameni	0	1	2	3	4
4	Este dificil sa ating gunoiul sau obiecte murdare	0	1	2	3	4
5	Evit folsirea closetelor publice din cauza fricii de contaminare sau de boli	0	1	2	3	4
6	Evit sa folosesc telefoanele publice din cauza ca mi-e frica de contagiune si boli	0	1	2	3	4
7	Ma spal pe maini mai des si mai mult decat e necesar	0	1	2	3	4
8	Uneori trebuie sa ma spal sau sa ma curat numai din cauza ca gandesc ca s-ar putea sa fiu murdar sau contaminat	0	1	2	3	4
9	Daca ating ceva gandesc ca sunt contaminat si imediat trebuie sa ma spal sau sa ma curat	0	1	2	3	4
10	Daca ma atinge un animal ma simt murdar si imediat trebuie sa ma spal sau sa-mi schimb hainele	0	1	2	3	4
11	Ma simt obligat sa urmez anumita ordine in imbracat, dezbracat si spalat	0	1	2	3	4
12	Inainte de a ma culca trebuie sa fac unele lucruri in anume ordine	0	1	2	3	4
13	Inainte de a ma baga in pat trebuie sa aranjez hainele in anume fel	0	1	2	3	4
14	Trebuie sa fac unele lucruri de mai multe ori inainte sa gandesc ca sunt facute cu adevarat	0	1	2	3	4
15	Am tendinta de a controla daca am facut ceva de mai multe ori	0	1	2	3	4
16	Verific si reverific gazul, apa sau intrerupatoarele dupa ce le-am inchis odata	0	1	2	3	4
17	Ma intorc acasa sa verific usa, geamurile, dulapurile, etc. ca sa fiu sigur ca le-am inchis bine	0	1	2	3	4
18	Verific in detaliu hartii, documente, cecuri, etc. ca sa fiu sigur ca le-am facut corect	0	1	2	3	4
19	Ma intorc inapoi sa verific daca am stins bine tigari, chibrituri, etc	0	1	2	3	4
20	Cand umblu cu bani, ii numar si renumar de ma multe ori	0	1	2	3	4
21	Controlez scrisorile cu grija de mai multe ori pana sa le pun la cutia postala	0	1	2	3	4
22	Uneori nu sunt sigur ca am facut lucruri pe care de fapt stiu ca le-am facut	0	1	2	3	4
23	Cand citesc am impresia ca am sarit ceva important si trebuie sa recitesc pasajul de cel putin 2-3 ori	0	1	2	3	4
24	Imi imaginez consecinte catastrofice ca rezultat al lipsei mele de	0	1	2	3	4

	atentie sau erorilor pe care le fac					
25	Gandesc sau sunt ingrijorat ca as putea sa fi ranit pe cineva fara sa-mi dau seama	0	1	2	3	4
26	Cand aud despre un dezastru gandesc ca intr-un fel este vina mea	0	1	2	3	4
27	Uneori ma ingrijorez fara motiv ca m-am ranit sau am boli	0	1	2	3	4
28	Nu ma simt la largul meu sau ma ingrijorez cand ma uit la cutite sau alte obiecte ascutite	0	1	2	3	4
29	Cand aud de o crima sau suicid ma gandesc mult la asta si nu pot sa-mi schimb gandul	0	1	2	3	4
30	Inventez griji fara sfarsit pentru microbi sau boli	0	1	2	3	4
31	Cand ma uit in jos de pe un pod sau de la o fereastra la inaltime am impulsul sa ma arunc in jos	0	1	2	3	4
32	Cand vad un tren apropiindu-se, uneori ma gandesc sa ma arunc in fata lui	0	1	2	3	4
33	In anumite momente sunt tentat sa ma dezbrac in public	0	1	2	3	4
34	Cand conduc am uneori impulsul sa indrept masina spre ceva sau cineva	0	1	2	3	4
35	Cand ma uit la arme ma gandesc la ceva violent	0	1	2	3	4
36	Uneori simt nevoia sa sparg sau sa stric lucruri fara nici un motiv	0	1	2	3	4
37	Uneori ma simt impins sa fur ceva, chiar daca nu are sens pentru mine	0	1	2	3	4
38	Uneori ma simt irezistibil tentat sa fur ceva dintr-un magazin	0	1	2	3	4
39	Uneori simt impulsul sa ranesc copii sau animale	0	1	2	3	4

<u>Itemii subscalelor Inventarului Padova- versiunea revizuita a Universitatii Washington</u>

1. *Subscala obsesii de contaminare sau compulsii de spalare*
   Itemii: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

2. *Subscala compulsiilor de aranjare/imbracare*
   Itemii: 11, 12, 13

3. *Subscala compulsiilor de verificare*
   Itemii: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23

4. *Subscala obsesiilor de ranire proprie sau a altora*
   Itemii: 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

5. *Subscala impulsurilor de ranire proprie sau a altora*
   Itemii: 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

- oo O oo -

Anexa Nr. 5:

Inventarul de obsesii si compulsii a lui Foa-forma revizuita

(*Foa Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*)

Urmatoarele afirmatii se refera la experientele pe care multi oameni le ;pot avea in decursul vietii lor. Incercuieste numarul care descrie cel mai bine experintele tale si ***cat de mult te-au deranjat*** *in ultima saptamana*

		deloc	putin	moderat	mult	foarte mult
1	Am pastrat atatea lucruri incat acum ma impiedic de ele[3]	0	1	2	3	4
2	Eu verific lucrurile ce le fac mai mult decat este necesar[5]	0	1	2	3	4
3	Sunt deranjat daca obiectele nu sunt aranjate cum trebuie[4]	0	1	2	3	4
4	Ma simt impins sa numar atunci cand fac diferite lucruri[6]	0	1	2	3	4
5	Este dificil pentru mine sa ating un obiect cand stiu ca a fost atins de straini sau anumiti oameni[1]	0	1	2	3	4
6	Este dificil sa-mi controlez gandurile[2]	0	1	2	3	4
7	Strang lucruri de care nu am nevoie[3]	0	1	2	3	4
8	In mod repetat verific daca am inchis usa, ferestrele, dulapurile, etc.[5]	0	1	2	3	4
9	Ma supara cand alti schimba felul in care am aranjat lucrurile[4]	0	1	2	3	4
10	Simt ca trebuie sa repet anumite numere[6]	0	1	2	3	4
11	Uneori trebuie sa ma spal sau sa ma curat pentru ca ma simt pur si simplu contaminat[1]	0	1	2	3	4
12	Ma simt deranjat de ganduri neplacute care imi vin in minte fara voia mea[2]	0	1	2	3	4
13	Evit sa arunc lucruri din cauza ca mi-e frica ca voi avea nevoie de ele mai tarziu[3]	0	1	2	3	4
14	In mod repetat verific daca am inchis gazul, robinetele sau intrerupatoarele desi le inchisesem mai inainte[5]	0	1	2	3	4
15	Am nevoie ca lucrurile sa fie asezate intr-o anumita ordine[4]	0	1	2	3	4
16	Simt ca exista numere bune si altele rele[6]	0	1	2	3	4
17	Ma spal pe maini ma des si mai mult decat este necesar[1]	0	1	2	3	4
18	Frecvent am ganduri urate si am greutati sa le alung din minte[2]	0	1	2	3	4

[1]) itemii subscalei spalat;
[2]) itemii subscalei obsesii;
[3]) itemii subscalei colectionarism;
[4]) itemii subscalei ordine;
[5]) itemii subscalei verificare;
[6]) itemii subscalei neutralizare mentala

- oo O oo -

Anexa No. 6:

Inventarul Penn de Scrupulozitate
(*Penn Inventory of Scrupulosity-PIOS*)

Instructiuni: *Urmatoarele afirmatii se refera la experientele pe care oamenii le au cateodata. Te rog sa indici cat de des ai trait aceste experiente folosind urmatoarea scala:*
0=niciodata; 1=aproape niciodata; 2=uneori; 3=adesea; 4=constant.

		niciodata	aproape niciodata	uneori	adesea	constant
1	Ma ingrijoreaza faptul ca as putea avea ganduri lipsite de onestitate[1]	0	1	2	3	4
2	Mi-e frica ca as putea fi o persoana malefica[2]	0	1	2	3	4
3	Mi-e frica ca voi face ceva imoral[1]	0	1	2	3	4
4	Ma simt impins sa vobesc mereu despre pacatele ce le-am facut[1]	0	1	2	3	4
5	Ma gandesc mereu la iad si rai[2]	0	1	2	3	4
6	Ma gandesc mereu ca trebuie sa actionez totdeauna moral sau ca voi fi pedepsit[1]	0	1	2	3	4
7	Sentimentul de vinovatie ma face sa nu ma bucur atat cat as vrea[1]	0	1	2	3	4
8	Ganduri imorale imi apar in minte si nu pot sa scap de ele[1]	0	1	2	3	4
9	Mi-e teama ca comportamentul meu este inacceptabil pentru Dumnezeu[2]	0	1	2	3	4
10	Mi-e frica ca actionez gresit fara sa-mi dau seama[1]	0	1	2	3	4
11	Trebuie sa ma straduiesc tare ca sa evit sa am ganduri pacatoase[1]	0	1	2	3	4
12	Sunt foarte ingrijorat ca gandurile pe care le-am avut ar fi putut fi pacatoase[1]	0	1	2	3	4
13	Mi-e frica ca voi calca poruncile lui Dumnezeu[2]	0	1	2	3	4
14	Mi-e frica ca am ganduri cu caracter sexual[1]	0	1	2	3	4
15	Mi-e grija ca nu voi fi niciodata cum Dumnezeu ar vrea sa fiu[2]	0	1	2	3	4
16	Ma simt vinovat de gandurile mele pacatoase[1]	0	1	2	3	4
17	Mi-e teama ca l-am suparat pe Dumnezeu[2]	0	1	2	3	4
18	Mi-e frica de a avea ganduri imorale[1]	0	1	2	3	4
19	Mi-e teama ca gandurile mele nu sunt bine primite de Dumnezeu[2]	0	1	2	3	4

[1] Subscala “Frica de pacat”;
[2] Subscala “Frica de Dumnezeu si pedeapasa”

- oo O oo -

Anexa Nr. 7:

Scala atitudinii de responsabilitate
(*Responsibility Attitude Scale -RAS*)[2]

Acest chestionar ia in consideratie diferite atitudini sau credinte pe care oamenii le au. Citeste atent fiecare afirmatie si decide cat de mult esti de acord sau nu cu fiecare din ele.
Pentru fiecare atitudine alege raspunsul tau incercuind cuvintele care descriu cel mai bine felul cum gandesti. Oameni sunt diferiti si nu exista un raspuns bun sau rau pentru fiecare din afirmatiile din chetionar. Deci decide pentru fiecare atitudine cat de tipica este pentru felul in care vezi tu lucrurile tinand minte ca este vorba de cum gandesti cel mai des.

(**Nota pentru intervievator**: Scorul se calculeaza adunand valoarea fiecarui item considerand ca: total de acord=1; mult de acord=2; putin de acord=3; neutru=4; putin dezacord=5; dezacord mult=6; dezacord total=7)

1. **Adesea ma simt responsabil pentru ca lucrurile merg rau**

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

2. **Daca nu prevad pericolele ma simt vinovat de consecintele ce apar**

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

3. **Prea ma simt responsabil de lucrurile care merg rau**

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

4. **Daca ma gandesc la un lucru rau atunci lucrul acela se intampla**

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

5. **Ma preocupa mult consecintele lucrurilor pe care le fac sau nu le fac**

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

6. **Pentru mine a nu prevedea un dezastru este tot atat de rau ca si a-l produce**

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

[2] ©Wellcome Trust Obsessive Compulsive Disorder Group (Oxford) 1999

7. Totdeauna caut sa previn un pericol chiar daca este putin probabil sa se produca

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

8. Chiar si dupa cele mai mici gesturi ma gandesc la consecinte

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

9. Ma simt responsabil pentru lucruri pentru care altii nu cred e gresala mea

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

10. Totdeauna fac mari probleme

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

11. Adesea sunt aproape de a face rau

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

12. Trebuie sa-i protejez pe altii de lucruri rele

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

13. Nu trebuie sa fac altora nici cel mai mic rau

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

14. Voi fi condamnat pentru faptele mele

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

15. Chiar daca am o mica influenta asupra lucrurilor care merg rau eu trebuie sa le previn

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

16. Pentru mine a nu actiona cand un dezastru este posibil este ca si cum l-as produce eu

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

17. Pentru mine chiar si cea mai mica nepasare este de neiertat cand aceasta ar putea afecta pe altii

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

18. Pasivitatea mea obisnuita ar putea cauza tot atata rau ca si cum l-as face inadins

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

19. Chiar daca raul este foarte putin probabil eu ar trebui sa-l previn prin toate mijloacele

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

20. Nu ma iert odata ce cred ca este posibil sa fi cauzat un rau

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

21. Mult din ce am facut a avut doar ca scop sa previn raul ce l-as putea face altora

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

22. Trebuie sa fiu sigur ca altii sunt protejati de consecintele faptelor mele rele

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

23. Alti nu trebuie sa se bazeze pe mine

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

24. Daca nu sunt sigur ca sunt fara pata e ca si cum as fi vinovat

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

25. Daca sunt suficient de grijuliu pot sa prevad raul accidental

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

26. Adesea cred ca lucruri rele se vor intampla daca nu am grija destul

total de acord	mult de acord	putin de acord	neutru	putin dezacord	mult dezacord	total dezacord

- oo O oo -

Anexa Nr. 8:

Chestionarul interpretarii responsabilitatii
(*Responsibility Interpretations Questionnaire -RIQ*)[3]

Ne intereseaza reactia ta la gandurile care ti-au invadat si parazitat mintea si pe care le-ai avut in ultimele doua saptamani. Gandurile invazive sunt cele care apar deodata in mintea ta, intrerup ce gadeai sau faceai si tind sa se repede fara voia ta. Ele pot sa apara sub forma de cuvinte, imagini sau impulsuri (o dorinta brusca de a face anumit lucru). Ne intereseaza doar acele ganduri invazive care te deranjeaza. Studiile arata ca toti oameni la un moment dat in viata au asemenea ganduri si nu este nimic neobisnuit in aceasta.

Exemple de ganduri invazive neplacute:
- imaginea repetata ca ataci pe cineva
- gandul aparut brusc ca esti murdar pe maini si ca esti sau poti contamina pe altii
- brusc gandesti ca nu ai inchis gazul sau ca nu ai incuiat usa
- te persecuta gandul sau imaginile ca cineva drag are de suferit
- dorinta repetata de a ataca sau a produce rau cuiva (chiar daca nu ve face asta niciodata)

IMPORTANT
Gandeste-te numai la tipul de ganduri invazive descrise mai sus pe care le-ai avut in ultimele doua saptamani si raspunde la urmatoarele intrebari.
Intrebarile nu se refera la alte ganduri decat la cele invazive

A. Frecventa

Indica cat de des fiecare din ideile de mai jos apar atunci cand esti afectat de ganduri, impulsuri sau imagini intrusive; incercuieste numarul care descrie cel mai bine frecventa de aparitie a acestor idei despre gandurile tale intrusive.

F1

	niciodata	rareori	jumatate din timp	deseori	totdeauna
Daca nu rezist acestor ganduri inseamna ca sunt iresponsabil	0	1	2	3	4
As putea fi facut responsabil pentru daune	0	1	2	3	4
Daca nu voi actiona acum, atunci ceva rau se va intampla si va fi pacatul meu	0	1	2	3	4
Nu risc sa cred ca acest gand nu este adevarat	0	1	2	3	4
Am nevoie sa fiu sigur ca ceva rau nu se va intampla	0	1	2	3	4
Nu ar trebui sa gandesc in acest fel	0	1	2	3	4
Ar insemna ca sunt iresponsabil daca ignor acest gand	0	1	2	3	4
Nu ma simt bine pana cand nu fac ceva in legatura cu acest gand	0	1	2	3	4
Trebuie sa actionez preventiv pentru ca ma gandesc ca ceva rau se va petrece	0	1	2	3	4
Atat timp cat ma gandesc la asta, asta si se va intampla	0	1	2	3	4
Daca m-am gandit la ceva rau am responsabilitatea sa fiu sigur ca nu se va intampla	0	1	2	3	4

[3] ©Wellcome Trust Obsessive Compulsive Disorder Group (Oxford) 1999

Gandind s-ar putea intampla ce gandesc	0	1	2	3	4
Trebuie sa recastig controlul gandurilor mele	0	1	2	3	4
Aceasta poate fi o premonitie	0	1	2	3	4
Este gresit sa ignor aceaste ganduri	0	1	2	3	4
Pentru ca aceste ganduri vin in mintea mea eu trebuie sa le cred	0	1	2	3	4

F2

Acum evalueaza urmatorii itemi:

	niciodata	rareori	jumatate din timp	deseori	totdeauna
Gandurile nu pot face ca lucrurile sa se intample	0	1	2	3	4
Acesta este numai un gand si nu-i mare lucru	0	1	2	3	4
Gandindu-ma la ceva care se poate intampla nu insemna ca sunt responsabil pentru aceasta	0	1	2	3	4
Nu este nimic rau ca sa las astfel de ganduri sa vina si sa plece din mintea mea	0	1	2	3	4
Fiecare poate avea uneori ganduri oribile asta nu inseamna ca trebuie sa ma ingrijorez	0	1	2	3	4
Avand astfel de ganduri nu inseamna ca voi face ceva ce are legatura cu ele	0	1	2	3	4

B. Credinte

In ultimele doua luni, cand te-au suparat aceste ganduri ingrijoratoare, cat de mult ai crezut ca aceste idei sunt adevarate? Evalueaza aceasta credinta folosind scala de mai jos marcand cu un punct gradul de incredere ca aceste ganduri sunt adevarate atunci cand apar.

B1

	Nu cred deloc ca sunt adevarate					total convins ca sunt adevarate
Daca nu rezist acestor ganduri inseamna ca sunt iresponsabil	0	20	40	60	80	100
As putea fi facut responsabil pentru daune	0	20	40	60	80	100
Daca nu voi actiona acum, atunci ceva rau se va intampla si va fi pacatul meu	0	20	40	60	80	100
Nu risc sa cred ca acest gand nu este adevarat	0	20	40	60	80	100
Am nevoie sa fiu sigur ca ceva rau nu se va intampla	0	20	40	60	80	100

Nu ar trebui sa gandesc in acest fel	0	20	40	60	80	100
Ar insemna ca sunt iresponsabil daca ignor acest gand	0	20	40	60	80	100
Nu ma simt bine pana cand nu fac ceva in legatura cu acest gand	0	20	40	60	80	100
Trebuie sa actionez preventiv pentru ca ma gandesc ca ceva rau se va petrece	0	20	40	60	80	100
Atat timp cat ma gandesc la asta, asta si se va intampla	0	20	40	60	80	100
Daca m-am gandit la ceva rau am responsabilitatea sa fiu sigur ca nu se va intampla	0	20	40	60	80	100
Gandind s-ar putea intampla ce gandesc	0	20	40	60	80	100
Trebuie sa recastig controlul gandurilor mele	0	20	40	60	80	100
Aceasta poate fi o premonitie	0	20	40	60	80	100
Este gresit sa ignor aceaste ganduri	0	20	40	60	80	100
Pentru ca aceste ganduri vin din mintea mea eu trebuie sa le cred	0	20	40	60	80	100

B2

Acum evalueaza urmatorii itemi:

Gandurile nu pot face ca lucrurile sa se intample	0	20	40	60	80	100
Acesta este numai un gand si nu-i mare lucru	0	20	40	60	80	100
Gandindu-ma la ceva care se poate intampla nu insemna ca sunt responsabil pentru aceasta	0	20	40	60	80	100
Nu este nimic rau ca sa las astfel de ganduri sa vina si sa plece din mintea mea	0	20	40	60	80	100
Fiecare poate avea uneori ganduri oribile asta nu inseamna ca trebuie sa ma ingrijorez	0	20	40	60	80	100
Avand astfel de ganduri nu inseamna ca voi face ceva ce are legatura cu ele	0	20	40	60	80	100

Interpretarea chestionarului:

Sectiunea F1: furnizeaza frecventa cu care individul se considera mult responsabil pentru gandurile lui intrusive
Sectiunea F2: furnizeaza frecventa cu care individul se considera putin responsabil pentru gandurile lui intrusive
Sectiunea B1: furnizeaza procentajul care exprima credinta ca este reponsabil pentru gandurile lui intrusive
Sectiunea B2: furnizeaza procentajul care exprima credinta ca nu este responsabil pentru gandurile lui intrusive

- oo O oo -

8. MASURAREA TRAUMEI SI A TULBURARII POST-TRAUMATICE DE STRESS

Problemele pe care le ridica evaluarea acestei categorii nosologie sunt profund influentate de criteriile vagi sau discutabile de diagnostic si de greutatea de a defini agentul traumatizant ca si conditie prealabila de declansare a unui rationament diagnostic. Toate aceste probleme sunt de natura sa creasca interesul si necesitatea de a avea instrumente reliabile de evaluare, lucru ce incearca capitolul de fata. Mai jos vor fi prezentate punctual cateva din aspectele controversate doar din dorinta de a trezi interesul cititorului pentru aceasta problematica.

Anul 1980 reprezinta o schimbare radicala in modul cum era privita pana atunci trauma psihica, respectiv ca o situatie care are reprecusiuni temporare care dispar in urma procesului natural de recuperare. Odata cu aparitia DSM-III se recunoaste formal ca agentul traumatic genereaza repercusiuni pe termen lung si tulburarea post-traumatica de stress este inclusa ca o entitate aparte. Inainte de aparitia acestei entitati clinice, individul era considerat responsabil de aparitia si magnitudinea consecintelor unei traume psihice, iar acum acelasi individ este absolvit de responsabilitatea simptomelor pe care le prezinta.

Aparitia tulburarii post-traumatice de stress reprezinta o schimbare culturala radicala care muta accentul de pe caracteristicele morale ale subiectului pe carcteristicele agentului traumatic, pe caracteristicile biografice ale individului si pe vulnerabilitatea neurobiologica (Jones si Wessely, 2007). Se poate spune ca nicio alte categorie diagnostica cu exceptia tulburarii disociative de identitate nu a generat atatea discutii de la aparitia sa in DSM-III (Spitzer si colab. 2007).

Pana sa se numeasca tulburarea postraumatica de stress, tabloul clinic rezultat din expunerea la un traumatism psihologic a fost denumit ori soc comotional sau soc traumatic, isteria de razboi sau socul de proiectil, ca mai apoi, dupa cel de al II-lea Razboi Mondial sa apara sub denumirea de reactie de stress sau nevroza traumatica. Specialistii erau impartiti in doua tabere, unii care sustineau ca tabloul posttraumatic poate fi intalnit si la cele mai stabile si

rezistente persone, daca sunt supuse la un stress extrem si, cealalta tabara, care credea ca simptomele psihologice posttraumatice sunt apanajul structurilor psihopatice, constitutional instabile sau fragile.

Sub presiunea patologiei din ce in ce mai frecvent intalnita la soldatii ce se intorceau acasa din razboiul din Vietnam o noua entitate clinica isi face loc, sindromul post-Vietman care incerca sa dovedeasca ca consecintele post-traumatice pot aparea chiar mult mai tarziu. Lumea stiintifica si publicul larg a trebuit sa accepte ca acei oameni, care traumele razboiului la aduceau tulburari psihice deosebite, nu erau nici lasi sau simulanti, nici vanatori de pensie, ci suferinzi in adevaratul sens al cuvintului si tulburarea sau sindromul post-traumatic exista realmente ca o entitate nosologica psihiatrica. Acest rationament a fost extins si la alte situatii traumatizante si la alte categorii de indivizi, mai ales la copii abuzati de parinti sau femeile abuzate sexual. Problema tulburarii post-traumatice a reprezentat una dintre putinele situatii cand considerente sociale si politice au impus o categorie nosologica psihiatrica. Ea a ramas si astazi o tulburare psihiatrica sensibila politic desi acceptarea ei este quasi-universala cu rezerva discutiilor fara sfarsit.

Problema “beneficiului secundar”, a cautarii de compensatii sociale si financiare este un alt considerent care a facut ca acest diagnostic sa fie atat de dezbatut si sa apara asa de tarziu. Problema dinstinctiei dintre un tablou clinic adevarat si fals ramane destul de greu de definit si unii autori au spus ca ajutorul financiar pe termen lung interfera cu procesul de recuperare si fixeaza bolnavul in statut (Jones si colab. 2002). Alti autori au sustinut ca tulburarea post-traumatica de stress nu este o entitate clinica, ci este o entitate determinata cultural pentru ca raspunsul la stress se aseaza diferit in functie de spatiul cultural in care subiectul in cauza vietuieste (Young, 1995).

Coyne si Thompson (2007) face un inventar al problemelor controversate pe care tulburarea posttraumatica de stress trebuie sa le faca fata pentru a justifica existanta sa cu adevarat:

- autoritatile militare si medicale inca explica prelungirea reactiilor psihologice la evenimente traumatizante ca expresie a vulnerabilitatii preexistente, beneficiului secundar si fraudei;
- simptomele acestei entitati sunt nespecifice, subiective si pot fi usor “invatate” si/sau simulate de cei in cauza;

- multi din cei cu aceasta tulburare nu au dezvoltat in urmarile imediate ale evenimentului traumatizant un tablou de tulburare acuta de stress, ceea ce ar parea justificat;
- cei care promoveaza tulburarea post-traumatica au permis intrusiunea factorilor sociali si politici in judecata si practica clinica, au incalcat rigorile general stabilite pentru a valida o entitate clinica si refuza sa caute alte explicatii pentru pacientii care pretind sa aibe astfel de simptome.

Spitzer si colab. (2007), unii din parintii acesteia, recunosc ca definitia si criteriile care au stat la baze acestei entitati sunt vagi, mai ales in versiunea DSM-IV si propun unele amendamente care sa amelioreze situatia si sa creasca validitatea acestei categorii si astfel sa o salveze pentru versiunea DSM-V. Se propune astfel sa se trece de la interpretarea ca individual "*a trait, a vazut sau s-a confruntat*" cu agentul stresant, ceea ce facea loc la interpretari vagi, la formulare mai exacta ca "*individul a trait direct*" evenimentul stressant care s-a putut intampla lui sau altcuiva.

Pe de alta parte, a fost destul de dificil sa se contureze care simptome sunt realmente ale acestei categorii nosologice si care apartin tulburarilor comorbide cu care sa acociaza atat de frecvent. Aceasta problema aduce de fapt in discutie relatia dintre simptome si diagnostic ceea ce face foarte recent Borsboom (2008). Acesta distinge trei modele prin care simptomele unei boli psihice au fost atasate unei categorii diagnostice:

- "*modelul constructivist*" in care tulburarea este conceptualizata arbitrar pe baza unor atribute luate logic dar fara precautia ca ele sunt congruente sau coreleaza intre ele;
- "*modelul diagnostic*" in care simptomele sunt considerate a fi legate statistic si dau masura unei categorii diagnostice si
- "*modelul dimensional*" in care simptomele se aseaza pe un continuum si dau masura severitatii tulburarii sau tulburarilor pe care le determina.

Autorul propune "*modelul cauzal*" in care tulburarile psihice sunt determintate de reteaua cauzala a atributelor/simptomelor care compun tulburarea, diagnosticul reprezentand un proces in doua etape, cel al determinarii daca subiectul a intrat intr-o retea cauzala si cel al determinarii locului in care subiectul se plaseaza in aceasta retea. Acesta este si situatia tulburarii postraumatice de stress, o tulburare eminamente cauzala, in care procesul diagnostic trebuie sa determine atat pozitia si relatia subiectului cat si a simptomelor fata de o ipotetica retea cauzala.

Era si normal ca aceste slabiciuni de ordin nosologic sa se reflecte in cautarile privind constructia si utilizarea metodelor si instrumentelor de evaluare si masurare.

Dupa Shnurr si colab. (2002) primul pas in diagnosticul tulburarii post-traumatice este reprezentat de evaluarea traumei, respectiv determinarea daca individual a fost sau nu expus la un eveniment traumatic si la natura acestui traumatism: criteriul de diagnostic "A": expunerea la traumatism, tulburarea post-traumatica fiind una din putinele tulburari psihice careia i se cunoaste etiologia. Cerinta este ca acest eveniment sa fie amenintator de viata pentru ca aici este un teritoriu propice pentru exagerari si interpretari eronate. Trebuie mentionat ca oamenii au tendinta de a raporta diferit acelasi eveniment in diferite ocazii distincte ceea ce pune un semn de intrebare validitatii raportarii evenimentului/evenimentelor traumatizante. Se recomanda sa se chestioneze subiectul privitor la cel mai rau eveniment, la primul eveniment in linie cronologica si la cel mai recent eveniment sau despre o combinatie de evenimente stressante.

Riscul de a face tulburate post-traumatica este in functie de natura traumei. Astfel, conform International Consensus Group on Depression and Anxiety (Ballenger si colab. 2000), cel mai mare risc pentru femei este dupa viol, amenintarea cu arma, atac fizic si accidente severe; pentru barbati riscul cel mai mare este dupa viol, accidente severe si dezastre naturale. Exista insa si cazuri in care aceasta apare fara sa urmeze un eveniment traumatic sau cand evenimente peritraumatice contribuie la dezboltarea tulburarii mai mult decat evenimentul traumatic in sine (Bodkin si colab, 2007).

Urmatorul pas este aprecirea in ce masura plangerile subiectului acopera celalelte criteriile de diagnostic: "B": intrusiune, "C": evitare-raspuns emotional, "D": vigilitate crescuta, "E": afectare functionarii si "F": durata, lucru ce reprezinta diagnosticul formal al tulburarii de stress (vezi Fig. Nr. 9).

Odata diagnosticul pus, clinicianului ii ramane de evaluat caracteristicile cognitive ale individului cu TPTS, caracteristici care il fac ca rasunetul evenimentului traumatizant sa nu se stinga prin procesul natural de recuperare a homeosatizei.

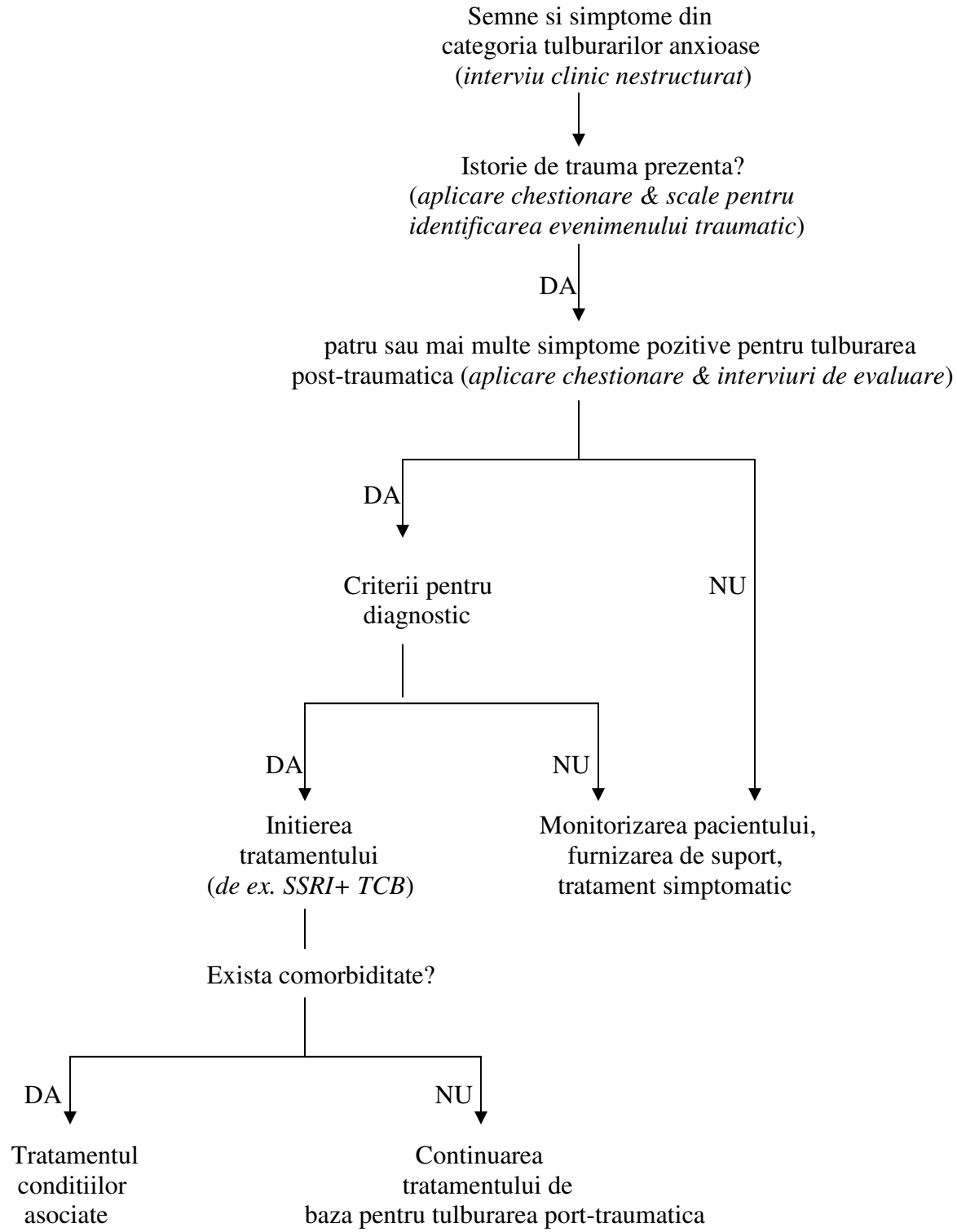


Fig. Nr. 9: Algoritmul de diagnostic si tratament al tulburarii postraumatice de stress (modificat dupa Grinage, 2003) [SSRI= inhibitorii selectivi ai recaptarii serotoninei; TCB = terapia cognitiv-comportamentala]

Pentru Ehlers si Clark (2000) tulburarea post-traumatica de stress este un puzzle de tulburari cognitive care insa pot fi subsumate unui mecanism cognitiv prin care indivizii vulnerabili proceseaza trauma intr-un mod care ii face sa-si dezvolte un simt al pericolului, simt care are doua consecinte principale: i) o evaluare negativa excesiva a traumei suferite si a consecintelor ei si ii) o tulburare a memoriei care conduce la o elaborare si contextualizare defectuasa a evenimentului trait ceea ce explica de ce exista o discrepanta intre greutatea amintirii intentionale a evenimentului si reexperimentarea spontana si involuntara a lui. Dupa Foa si Rothbaum (1998) indivizii cu tulburare post-traumatica au un model specific de procesare a informatiei si de memoria operationala care duce la distorsiuni ale interpretarii situatiilor periculoase (de ex. inregistrand distorsionat evenimentul trait), ale atributiilor si semnificatiilor date acestora (de ex.schema defectoasa despre lume si capacitatea proprie) si ale raspunsurilor verbale, fiziologice si comportamentale ale subiectului expus (de ex. relatari si reactii distorsionate despre eveniment si despre consecintele lui). Acestea conduc la scaderea stimei de sine, autoblamare, sentimentul de neputinta, rejectie si pierdere si la supraevaluarea generala a gradului de periculozitate a lumii exterioare (Foa si colab. 1999).

Cu toate acestea, tulburarea posttraumatica de stress este inca o categorie diagnostica destul de prost identificata de medici si psihologi. Intr-un studiu despre cat de bine profesionistii identifica aceasta tulburare, McKanzie si Smith (2006) gasesc ca doar 68% din medicii de medicina generala, 77% din psihologic si 79% din psihiatrii identifica corect TPTS.

O pletora de instrumente au au fost propuse pentru evaluarea tulburarii postraumatice de stress ca o dovada a interesului cin ce in ce mai mare fata de aceasta entitate clinica. Aceste instrumente pot fi clasificate in functie de modul de aplicare in doua clase principale:

- instrumente aplicate de clinician;
- instrumente de auto-evaluare la care subiectul raspunde singur.

In functie de scopul acestor instrumente ele pot fi impartite in:

- instrumente care evalueaza natura evenimentului traumatic,
- instrumente care evalueaza simptomele postraumatice si
- instrumente de diagnostic.

In fine, in functie de modul de constructie a instrumentelor de evaluare putem intalnii:

- scale de auto-evaluare,
- liste de simptome (check-list),

- chestionare, mai ales pentru decelarea simptomelor si a severitatii lor si
- interviuri, folosite mai ales pentru diagnostic.

Elhai si colab. (2005) fac o ancheta printre 227 membrii ai The International Society for Traumatic Stress Studies cu privire la frecventa de utilizare atat in scopuri clinice cat si in scopuri de cercetare a instrumentelor stocate pe o lista quasi-exhaustiva. Rezultatele acestei anchete sunt prezentate in Tabelul Nr. 5 si clasifica instrumentele in functie de cati dintre repondenti au utilizat un anume instrument din cei 227 profesionisti chestionati.

INSTRUMENT	numar utilizatori (N=227):	
	in clinica	in cercetare
Instrumente administrate de clinician		
Clinician-Administered PTSD Scale	73 (32%)	52 (23%)
Structured Clinical Interview for *DSM-IV*-PTSD Module	20 (9%)	17 (7%)
Acute Stress Disorder Interview	12 (5%)	20 (9%)
Child Maltreatment Interview Schedule	12 (5%)	6 (3%)
Anxiety Disorders Interview Schedule Revised-PTSD Module	9 (4%)	6 (3%)
Diagnostic Interview Schedule-PTSD Module	6 (3%)	2 (1%)
Composite International Diagnostic Interview-PTSD Module	5 (2%)	7 (3%)
Mini International Neuropsychiatric Interview-PTSD Module	5 (2%)	4 (2%)
National Women's Study PTSD Module	4 (2%)	4 (2%)
Structured Interview for PTSD	5 (2%)	2 (1%)
Instrumente de auto-evaluare		
Trauma Symptom Inventory	53 (23%)	13 (6%)
PTSD Checklist	36 (16%)	37 (16%)
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale	36 (16%)	25 (11%)
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Keane PTSD Scale	34 (15%)	6 (3%)
Impact of Event Scale–Revised	30 (13%)	31 (14%)
Symptom Checklist-90 Revised-PTSD Scale (any version)	30 (13%)	18 (8%)
Impact of Event Scale	26 (11%)	18 (8%)
Life Events Checklist	22 (10%)	17 (7%)
Detailed Assessment of Posttraumatic Stress	21 (9%)	7 (3%)
Mississippi Combat PTSD Scale	20 (9%)	4 (2%)
Combat Exposure Scale (Keane et al.)	19 (8%)	10 (4%)
PTSD Symptom Scale	17 (7%)	13 (6%)
Conflict Tactics Scale (or 2nd version)	13 (6%)	16 (7%)
Personality Assessment Inventory-PTSD Scale	13 (6%)	4 (2%)
Posttraumatic Cognitions Inventory	12 (5%)	15 (7%)
Trauma Symptom Checklist-40	12 (5%)	8 (4%)
Modified PTSD Symptom Scale-Self-Report	11 (5%)	7 (3%)
Davidson Trauma Scale (or Self-Rating Traumatic Stress Scale)	11 (5%)	4 (2%)
Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Schlenger PTSD Scale	11 (5%)	3 (1%)
Distressing Event Questionnaire	9 (4%)	7 (3%)
Trauma-Related Guilt Inventory	6 (3%)	7 (3%)
Life Stressor Checklist	6 (3%)	4 (2%)

Tabelul Nr. 5: Frecventa de utilizare in practica clinica si in cercetare a unora din cele mai cunoscute intrumente de evaluare in tulburarea posttraumatica de stress (Elhai si colab. 2005)

8.1. EVALUAREA EVENIMENTULUI TRAUMATIC

Ideia ca diferite evenimente negative de viata influenteaza homeostazia fiintei umane este foarte veche. Inca de la mijlocul sec. XX, Holmes si Rahe (1967) demonstreaza cum evenimentele stressante de viata influenteaza sanatatea fizica si emotionala a celor expusi si construiesc clasamentul binecunoscut al evenimentelor negative de viata. Ei au folosit un experiment foarte interesant luand mai mult de 6000 marinari care au plecat pentru sase luni intr-o aplicatie militara si nu au fost in acest rastimp niciodata in contact cu familiile sau evenimentele ulterioare de pe uscat. Acestora li s-a aplicat un chestionar asupra evenimentelor negative ce le-au experimentat inainte de imbarcare si apoi periodic au raspuns la un chetionar al sanatatii generale. Autorii au constatat ca acei indivizii care au fost supusi la un eveniment de viata negativ au raportat si cele mai multe simptome iar magnitudinea acestora a fost direct proportionala cu importanta evenimentului de viata. Pe baza aceasta autorii au construit binecunoscuta scala a evenimentelor negative de viata.

Ulterior conceptul de eveniment negativ de viata a fost deosebit de evenimentul traumatic si ultimele decenii au adus progrese in conceptualizarea evenimentului traumatic, in masurarea lui si in evaluarea rasunetului la subiectul expus. A ramas totusi in dezbatere problema definirii si masurarii acestuia. Spre deosebire de evenimentul negativ de viata in care individul are capacitatea de a se adapta si a-l depasi, evenimentul traumatic este de regula cel care lasa urme, care este privit ca o injurie cu consecinte indelungate (Monroe, 2008). Ramane totusi o oarecare confuzie semantica pentru ca uneori se vorbeste de eveniment stressant iar alteori de eveniment traumatic faca ca se existe precautia de a se spune despre ce este vorba in fond.

In studiul facut pe 6000 respondenti Kessler si colab. (1995) gasesc ca 60% din barbati si 51% din femei raporteaza ca au trait cel putin un eveniment stressant in viata lor. Intr-un alt studiu, Breslau si colab. (1998) gasesc ca 89% din adulti experimenteaza in decursul vietii lor un eveniment stressant. Cu toate acestea doar un procent mic dintre acestia fac tulburare postraumatica de stress, prevalenta fiind intre 5 si 10% in functie de sex (Kessler si colab. 1995). Femeile sunt de patru ori mai sensibile decat barbatii sa dezvolte TPTS.

Evaluarea existentei unui eveniment traumatic care sa justifice din punct de vedere etiologic simptomele TPTS este de importanta capitala pentru ca aceasta entitate clinica este singura tulburare psihica care are o etiologie precizata. Prezenta evenimentului traumatic si legatura lui cu simptomele reprezinta un criteriu de diagnostic obligatoriu. Pe de alta parte

clincianul trebuie sa evalueze cu ingrijire semnificatia pe care subiectul o da evenimentului traumatic pe care-l raporteaza, sa se asigure ca simptomatologie este un raspuns la acesta si ca evenimentul este/a fost real pentru ca este stiut ca exista o inconstanta in raportarea aceluiasi eveniment de-a lungul mai multor examinari clinice.

Nosologia DSM face distinctia dintre un "eveniment traumatic" si alte experiente stressante pe care un individ poate sa le experimenteze de-a lungul vietii. Evenimentul traumatic trebuie sa atinga un anume prag de intensitate ca sa poata fie considerat amenintator de viata sau a integritatii fizice proprii sau a altora iar subiectul trebuie sa-l fi trait, sa fi fost martor sau sa fi fost confruntat direct cu acesta. In plus, evenimentul traumatic trebuie sa fie atat de puternic incat sa genereze un raspuns emotional ce implica frica, sentiment de neajutorare si oroare. Cu toate acestea s-a demonstrat ca doar severitatea evenimentului nu garanteaza aparitia tulburarii post-traumatice de stress, ci doar rasunetul pe care il are in experienta subiectiva a individului faca ca evenimetul sa fie cu adevarat traumatic (Bedard-Gilligan si Zoellner, 2008). Van Hoof si colab. (2009) fac o foarte interesanta analiza a importantei criteriului A1 de diagnostic analizand o lista lunga de evenimente de viata petrecute la 860 adulti Australieni, evenimente evaluate independent de trei profesionisti. Acestia au ajuns la un consens referitor la natura traumatica a evenimentului doar in 79,4% din cazuri. Mai mult, ei au constatat ca in majoritatea cazurilor tulburarea postraumatica de stress nu a aparut dupa evenimente traumatice, deci nu au implinit criteriul A1! Concluzia pe care o trag autorii este ca evaluarea criteriului A1 este influentata puternic atat de subiectivitatea evaluatorului cat si de cea a subiectului in cauza.

In 2013 Asociatia Psihiatrilor Americani puiblica DSM-5 si in aceasta versiune tulburarea post-traumatica de stress este mutata din categoria tulburarilor anxioase intr-o noua clasa, cea a tulburarilor legate de straum si de stress. In plus s-auu mai facut unele modificari ale criteriilor de diagnostic: criteriul A, prezenta stressorului este mai explicit conturat in felul cum subiectul a trait evenimentul traumatic, criteriul A2, reactia subiectiva a fost eliminat, in timp ce cele trei clustere simptomative din DSM-IV devin patru prin faptul ca clusterul evitare/paralizie emotionala a fost impartit in doua: evitare si alterari persistente negative ale cognitiei si dispozitiei.

Nu s-a putut da o explicatie coerenta de ce un individ cu tulburare post-traumatica de stress raporteaza un eveniment intr-o ocazie ca apoi sa-l uite cu alta ocazie (Schnurr si colab. 2002). Judecata clinica este de mare importanta in a determina daca simptomatologia este un

raspuns la trauma raportata de subiect. Problema este cum sa se deceleze evenimentul traumatic cu semnificatie etiologica, ce este mai bine? sa se utilizeze interviuri sau chestionare? Interviul poate decela mai bine situatia cand subiectul exagereza sau minimalizeaza evenimentul traumatic. Chestionarele au avantajul ca sunt neutre si nu deceleaza evenimentul in contextul evaluarii simptomatologiei care ar face ca subiectul sa "coloreze" trauma in favoarea unei explicatii neaparat cauzale si care sa-i confere statutul de bolnav. Un alt avantaj este ca acelasi chestionar poate fi administrat in mai multe ocazii si confidenta rapunsurilor obtinute creste.

In cele ce urmeaza se va prezenta cateva instrumente recunoscute international care evalueaza evenimentul traumatic in mod structurat.

8.1.1. **CHESTIONARUL EVENIMENTELOR DE VIATA (*Life Events Questionnaire-LEQ*)** a fost dezvoltat de Brugha si Cragg (1990) ca un instrument destinat sa deceleze existenta unui eveniment traumatic cu rapiditate si eficienta. Instrumentul cuprinde o lista de 12 evenimente a caror prezenta este evaluat in ultimele 6 luni (vezi Anexa Nr. 1). Autorii afirma ca acest chetionar are o buna validitate si stabilitate test-retest si prezinta o senzitivitate suficienta pentru decelarea cu acuratete a evenimentului stressant. Autorii recomanda ca dupa decelarea evenimentului stressant clinicianul se evaluaze pe o scala metrica severitatea si impactul pe care acesta l-a avut asupra subiectului.

8.1.2. **INVENTARUL ISTORIEI TRAUMATICE *(Trauma History Screen)*** a fost dezvoltat de Eva Carlson si colab. (2005) de la National Center for PTSD, Menlo Park, California, USA. Intrumentul are doua parti: in prima parte subiectul este invitat sa aleaga evenimentul/evenimentele traumatice suferite de-a lungul vietii dintr-o lista cu 14 evenimente, de la asalturi sexuale la dezastre naturale sau atacuri armate si sa indice de cate ori s-a intamplat, iar in a doua parte subiectul va evalua in ce masura expunerea la acel eveniment l-a afectat. In felul acesta intervievatorul poate discerne evenimentul pe care subiectul il considera determinant pentru tulburarea pe care o acuza (vezi anexa Nr. 2).

8.1.3. **LISTA EVENIMENTELOR DE VIATA (*Life Events Checklist-LEC*)** este un instrument dezvoltat de National Center for PTSD, instrument recomandat sa fie administrat impreuna cu Scala pentru tulburarea post-traumatica de stress administrata de clinician (*Clinician-Administered PTSD Scale - CAPS*) cel mai utilizat si raspandit instrument de diagnostic, considerata si standardul de aur in diagnosticul acestei tulburari. Lista Evenimentelor de Viata este destinata sa evalueze care dintre cele 16 evenimente inventariate

in aceasta lista a fost experimentat de subiect si daca acest eveniment implineste criteriul A, respectiv "expunerea" la trauma, din DSM-IV. Spre deosebire de alte instrumente acest checklist evalueaza modul cum a fost experimentat evenimentul de catre subiect, de exemplu: i s-a intamplat subiectului, a fost martor sau doar a aflat de el (AnexaNr. 3). Verificand proprietatile psihometrice ale acestu instrument Gray si colab. (2004) au gasit ca LEC prezinta o foarte buna stabilitate in timp si o buna convergenta cu rezultatele obtinute prin interviu sau prin chestionar.

8.1.4**. CHESTIONARUL EVENIMENTELOR STRESSANTE DE VIATA** ***(Stressful Life Events Screening Questionnaire-SLESQ)*** a fost dezvoltat de Goodman si colab. (1998) dupa ce au constatat ca majoritatea instrumentelor evidentiaza doar criteriile de re-experimentare a traumei (B), de evitare (C) si de hipervigilenta si iritabilitate (D) si ca foarte putine raspund la criteriul de expunere (criteriul A) din DSM-IV, ori fara sa existe epunerea la traumatism, celelalte criterii sunt caduce. Pe de alta parte sunt numeroase situatii cand un individ este expus de-alungul timpului la mai multe situatii traumatice si tabloul clinic se dezvolta sub influenta cumulativa a acestora. SLESQ este un instrument de autoraportare cu 13 itemi care evalueaza tot atatea situatii traumatice dar prin constructie evita raportarea evenimentele aflate sub pragul necesar ca sa poate fi definite ca "traumatice" (criteriul A1). Chestionarul mai evalueaza si cronologia evenimentelor si frecventa de aparitie a lor (vezi Anexa Nr. 4). Studiul de confidenta arata ca chestionarul are o buna stabilitate test-retest si reuseste sa discrimineze adecvat indivizii cu criteriul A prezent fata de cei cu criteriul A absent.

8.2. EVALUAREA/MASURAREA SIMPTOMELOR POST-TRAUMATICE DE STRESS

Poate ca nici cand instrumentele structurate de evaluare nu au foat mai importante ca in situatia tulburarii post-traumatice de stress pentru ca ele reusesc sa culeaga in mod confident simptomele si criteriile de diagnostic intr-o situatie recunoscuta ca fluida. Astfel, acest diagnostic implica mai multe prezumtii de baza printre care cea mai importanta este ca o clasa distincta de evenimente traumatice pot produce un anume tablu clinic. Dupa cum observa Spitzer si colab (2007): "*Nici o alta clasa nosologica, cu exceptia tulburarii disociative de identitate, nu a generat atatea controverse ca tulburarea posttraumatica de stress, cu privire la granitele, criteriile de diagnostic, utilitatea clinica si prevalenta in populatie*". Aceasta entitate

nosologica nu prezinta suficiente simptome patognomonice, simptomele care sunt listate a fi criterii de diagnostic sunt prezente inconstant la acelasi bolnav in diferite momente ale evaluarii, tulburarea prezinta o comorbiditate excesiva cu foarte multe alte tulburarii psihiatrice, iar raspunsul la terapie este aleatoriu (Rosen si Lilienfeld, 2008).

In critica pe care o fac Spitzer, Rosen si Lilienfeld (2008) privind raportul despre validitatea tulburarii post-traumatice de stress al Institutului de Medicina al Academiei de Stiinte, Washington, DC (2006), se arata ca inca nu este clar daca aceasta entitate exista realmente sau de fapt nu este vorba decat de o senzitivitate exagerata la anxietate sau de o diateza particulara la agentul traumatic.

In aceasta scurta introducere am dorit a fi o pledoarie in plus pentru necesitatea aplicarii instrumentelor de diagnostic si de evaluare a simptomelor in tulburarea posttraumatica de stress, instrumente care vor fi descrise mai jos.

Dupa generarea empirica a simptomelor tulburarii posttraumatice de stress, pasul essential a fost sa se determine structura ierarhica a simptomelor alese de versiunile succesive ale DSM. Astfel au fost intreprinse diferite studii pentru a determina cel mai apropiat model . Au fost propuse modele succesive cu unul, doi, trei si patru factori. Modelul cu doi factori a promovat factori precum intruziune/evitare si hipervigilenta/pralizie emotionala; modelul cu trei factori a promovat solutia: intruziune/evitare activa, paralizie emotionala/evitare pasiva si hipervigilenta, iar modelul cu patru factori a evidentiat: retrairea evenimentului, eforturi de evitare, paralizie emotionala si hipervigilenta, factori care intercoreleaza intre ei; acest din urma model a arata cea mai buna potrivire cu diagnosticul. Scher si colab. (2008) au cautat sa vada cand aceasta structura este corect identificata, atunci cand se aplica un interviu diagnostic precum Scala Administrata de Clinician pentru TPTS (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV-CAPS) sau cand se aplica scalele de auto-evaluare. Studiul lor intreprins pe trei esantioane clinice a aratat ca CAPS captureaza cel mai bine simptomele si structura lor corelativa comparativ cu scalele de auto-evaluare si acest interviu poate fi considerat “gold standard” in masurarea TPTS. Pentru acest motiv voi incepe cu prezentare interviurilor pentru diagnostic, desi in alte capitole ale acestui tratat de evaluare a sanatatii mentale interviurile diagnostice au fost lasate de-o parte in mod special.

8.2.1. INTERVIURILE DIAGNOSTICE PENTRU TULBURAREA POST-TRAUMATICA DE STRESS

Exista un numar destul de mare de interviuri structurate specifice pentru diagnosticul tulburarea post-traumatica de stress precum “Structured Interview for PTSD – SI-PTSD (Davidsons colab. 1990), “PTSD Interview – PTSD-I” (Watson si colab. 1991), “PTSD Symptom Scale Interview – PSS-I” (Foa si colab. 1993) sau “Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV – CAPS” (Black si colab, 1990). Alaturui de acestea sunt modulele pentru tulburarea posttraumatica de stress din interviurile SCID (Spitzer si colab. 1990) sau din CIDI (WHO, 1990). Frueh si colab. (2012) recomanda cu tarie folosirea interviurilor diagnostice structurate pentru ca permit stabilirea unui diagnostic in mod ferm si evita subiectivismele unei anamneze lasate la indemana clinicianului.

8.2.1.1. SCALA ADMINISTRATA DE CLINICIAN PENTRU TULBURAREA POST-TRAUMATICA DE STRESS (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS*)*

Aceasta este interviul cel mai utilizat pentru diagnosticul acestei tulburari (vezi Anexa Nr. 5). Se pare ca acest interviu raspunde cel mai bine la criteriile unui bun instrument diagnostic, adica sa acopere criteriile diagnostice postulate de nosologia actuala, sa furnizeze date, atat in mod dichotomic (absent versus prezent) cat si pe un continuu de severitate, despre simptomele bolii si sa posede o buna validitate (sa faca distinctia dintre cei cu boala respective si cei fara ea) si confidenta (sa furnizeze scoruri echivalente in diferite momente), criterii introduse de Watson si colab. (1991). In plus fata de aceste criterii, interviul CAPS furnizeaza intrebari concise si ancore precise pentru fiecare simptom al tulburarii post-traumatice de stress..

Scala administrata de clinician pentru TPTS este un interviu diagnostic dezvoltat de cercetatorii de la Veteran Affairs Medical Center pentru a decela aceasta tulburare conform criteriilor de diagnostic din DSM-III-R (Blake si colab. 1990). Acest interviu poarta si denumirea de scala pentru ca este un instrument puternic structurat care trebuie aplicat ca atare fara a fi voie sa se aduca modificari atunci cand se administreaza. Scala consta in 17 itemi care acopera criteriile B, C si D din DSM si pe care intervievatorul trebuie sa le evaluaze pe baza unor intrebari furnizate de interviu. Pentru criteriul B interviul evalueaza urmatoarele simptome: gandurile intrusive privind evenimentul, visele, flashback-urile si cat de suparatoare au fost acestea. Pentru criteriul C se evalueaza: evitarea peresistenta a gandurilor, activitatilor si locurilor care ar putea aminti de evenimentul traumatizant, incapacitatea de a-si aminti aspecte importante ale situatiei traumatizante, scaderea interesului pentru activitati, sentimente

de detasare, ingustarea afectului si pesimism. Criteriul D cuprinde urmatoarele simptome de evaluat: peresistenta hipervigilenta (hiper-arousal): tulburari de somn, hiper-excitabilitate, tulburari de concentrare si trasarire. Interevievatorul evalueaza frecvcenta si intensitatea fiecarui simptom pe o scala de la 0 la 4. Pentru evaluarea criteriului A intervievatorul furnizeaza subiectului o lista care cuprinde o gama larga de evenimente iar subiectul trebuie sa aleaga pana la trei evenimente pe care le-a trait in ordinea severitarii. Pentru evaluarea criteriului E subiectul este intrebat despre durata tulburarii iar pentru criteriul F despre trairea subiectiva a tulburarii (distress-ul subiectiv) si interferenta cu functionarea subiectului.

Exista mai mult reguli pentru interpretarea scorurilor scalei (Weaters si colab. 1999): i) un simptom este considerat prezent daca scorul la frecventa este mai mare de 1 si scorul la intensitate este egal sau mai mare de 2; ii) simptomul este considerat prezent daca intensitatea este egala sau mai mare de 4; iii) regula de severitate 65: daca scorul total de severitate (frecventa + intensitatea pentru toate cele 17 simptome) este mai egal sau mai mare de 65 atunci se poate considera ca exista diagnosticul de tulburare post-traumatica de stress conform DSM-IV.

In afara celor 17 itemi pentru tot atatea simptome, interviul mai cuprinde cinci itemi care masoara i) impactul simptomelor asupra functionarii ocupationala si sociale; ii) ameliorarea simptomelor de la prima evaluare; iii) validitatea generala a raspunsurilor furnizate de subiect si iv) severitatea generala a tabloului clinic.

Interviul permite atat diagnosticul tulburarii pentru timpul prezent cat si pentru o perioada anteriora (lifetime).

Cat priveste calitatile psihometrice, autorii instrumentului (Black si colab. 1995) gasesc un indice de confidenta test-retest intre 0,77 si 0,96 si o consistenta interna pentru evaluarea severitatii simptomelor de 0,85-0,87. Validitatea masurata fata de Scala Mississippi si fata de subscala de trauma din MMPI este intre 0,77-0,91 iar sensitivitatea si specificitatea scalei diagnostice intre 0,84 si 0,95. Analiza factoriala facuta pe un esantion de 524 indivizi care au experimentat traume de razboi si care au fost evaluati cu CAPS a aratat ca solutia cu patru factori pe un singur nivel este cea care coreleaza cel mai bine si raspunde structurii simptomatice a bolii si acesti factori ar fi: reexperiemntarea evenimentului, efortul de evitare, paralizia emotionala si hipervigilenta (King si colab.1998). Acesti factori ar reprezenta adevaratul sindrom postraumatic si o combinatie in diferite proportii a acestor factori face sa existe o subtipologie a tulburarii post-traumatice de stress.

Scala CAPS administrata de clinician este considerata “standardul de aur” in evaluarea tulburarii post-traumatice (Mueser si colab. 2001; Weathers si colab. 2001). Exista si o versiune noua a acestui interviu diagnostic care se adapteaza la criteriile DSM-5, versiune numita CAPS-5 (Weathers si colab. 2013). Aceasta versiune cuprinde 30 intrebari care acopera lista de simptome PTSD din DSM-5. Fiecare simptom este evaluat in functie numai de severitate, si nu in functie de severitate si frecventa, ca in versiunea anterioara pentru DSM-IV pe care am prezentat-o in anexa. Versiunea CAPS-5 poate fi obtinuta prin cerere directa la adresa web <www.ptsd.va.gov>

8.2.1.2. INTERVIUL SCURT DE EVALUARE A TULBURARII POST-TRAUMATICE DE STRESS (*Short PTSD Rating Interview – SPRINT)*

In general administrarea CAPS ia peste 35 minute (Foa si Tolin, 2000) si aceasta este un impediment important in aplicarea curenta a acestui interviu. Aceast lucru i-a facut pe Connor si Davidson (2001) sa construiasca un interviu scurt si usor de aplicat numit Interviul Scurt de Evaluare a TPTS (*Short PTSD Rating Interview – SPRINT)*. Ei au considerat ca trebuie sa existe un interviu scurt care sa ofere rapiditate in aplicare similar cu scala Clinical Global Impression dar care in plus sa aiba intrebari exacte care sa acopere simptomele nucleare ale TPTS (vezi Anexa Nr. 6) si care sa aibe o performanta comparabila cu interviurile mult mai elaborate. Scala SPRINT cuprinde patru intrebari corespunzand pentru cel patru simptome nucleare ale tulburarii post-traumatice: intruziune, evitare, aplatizare emotionala, si hipervigilenta, la care se mai adauga patru intrebari despre simptomele somatice, perceperea evenimentelor stressante, interferenta cu activitatea si viata zilnica si cu relatiile cu familia si prietenii. Fiecarae item este scorat pe o scala Likert cu cinci ancore, de la 0 la 4. Scorul maxim poate fi de 32. Scala mai cuprinde doi itemi aditionali care masoara ameliorarea globala sub tratament.

Interviul SPRINT prezinta o buna confidenta test-retest si o buna validitate concurentiala cu alte instrumente de evaluare. Un scor de 14-17 a fost asociat cu o acuratete diagnostica de 96% (specificitate) iar un scor de 11-13 prezinta cea mai buna sensitivitate si eficienta. Vaishnavi si colab (2006) fac o comparatie intre interviurile CAPS si SPRINT evaluand un lot de 20 subiecti cu TPTS si gasesc exista o corelatie pozitiva semnificativa intre scorurile obtinute la cele doua instrumente ceea ce semnifica ca ambele instrumente au o performanta aproximativ egala in decelarea tulburarii posttraumatice de stress.

8.2.1.3. SCALA SIMPTOMELOR TULBURARII POST-TRAUMATICE DE STRESS pentru DSM-5 (PTSD Symptom Scale - Interview for DSM-5 - PSS-I-5)

Initial scala PSS-I a fost de fapt un interviu semistructurat pentru evaluare si diagnosticul tulburarii post-traumatice de stress dezvoltat de Foa si colab. in 1993). Acest instrument lua in consideratie doar legatura cu istoria unui singur eveniment traumatic si evalua simptomele conform definitiilor din DSM-IV aparuta in ultimele daua saptamani. Fiecare intem era evaluat pe scurt, printr-o singura intrenare si nu existau probe sau intrebari de "follow-up".

Ulterior, dupa aparitia DSM-5, PSS-I a fost modernizat ca sa corespunda acestei ultime clasificari nosologice si astfel a aparut interviul PSS-I-5 (Foa si Capaldi, 2013). Scala PSS-I-5 consta in 20 intrebari legate de tot atatea simptome, care evalueaza prezenta si severitatea acestora, si inca patru intrebari aditionale care evaleeaza distresul provocat de simptome (vezi Anexa Nr. 7)

8.2.2. INSTRUMENTELE DE SCREENING

8.2.2.1. SCALA DE EVALUARE A TRAUMATISMULUI (*Davidson Trauma Scale- DTS*)

Scala a fost dezvoltata de Davidson si colab (1998) si a ajuns sa fie destul de raspandita atat pentru evaluarea severitatii si frecventei simptomelor tulburarii post-traumatice de stress cat si pentru screeningul acestei tulburarii in populatii clinice sau neclinice (vezi Anexa Nr. 8). Una din calitatile ei principale este ca este scurta, sintetica, usor de manuit si bine construita pentru screeningul simptomelor. Ea este si destul de sensibila la schimbare si astfel pasibila de a urmarii ameliorarea de pe parsursul tratmentului. Itemii sunt evaluati pe o scala de la 0 la 4 si fiecare item este evaluat in functie de frecventa si intensitate. Simptomele acoperite de aceasta scala corespund celor trei mari criterii diagnostice din DSM-IV: ganduri intrusive (criteriul B), evitare (criteriul C) si hipervigilenta (criteriul D). O scala doar cu patru itemi, numita SPAN (dupa denumirea engleza a celor patru simptome: Startle, Physiological Arousal, Anxiety and Numbness) a fost derivata din DTS pentru ca acopera bine simptomele din DSM-IV (Meltzer-Brody si colab. 1999).

8.2.2.2. SCALA DE EVALUARE A IMPACTULUI EVENIMENTULUI *(Impact of Event Scale - IES)*

O alta scala de screening des folosita este Scala de evaluare a impactului evenimentului dezvoltata de Horowitz si colab (1979) si care este o scala cu 15 itemi care acopera simptome precum gandurile intrusive si evitarea si care sunt evaluate pe o scala cu 4 ancore (vezi Anexa Nr. 9). Autorii recomanda un scor de 19 ca prag peste care un individ poate fi considerat ca are simptome specifice. Una din criticile aduse acestei scale este ca nu are cuprins simptomul de hipervigilenta, simptom care a fost introdus ca si criteriu diagnostic mult mai tarziu. Daca se foloseste insa un scor mai mare, de exemplu scorul de 35 recomandat de Neal si colab. (1994) sensitivitatea si specificitatea scalei creste considerabil peste 0,85 si atunci identifica mult mai acurat un caz de TPTS. Sudin si Horowitz (2002) trec in revista 12 studii care au avut ca tinta verificarea structurii IES si gasesc ca 10 din acestea au evidentiat structura cu doi factori reflectand intruziunea si evitarea.

8.2.2.3. SCALA MISSISSIPPI PENTRU TULBURAREA POST-TRAUMATICA DE STRESS - VERSIUNEA CIVILA *(Mississippi Scale for Civilian-Related Posttraumatic Stress Disorder)*

Scala Mississippi pentru tulburarea posttraumatica de stress - versiunea civila este o scala cu 35 itemi construita conform criteriilor DSM-IV de Vreven si colab. (1995). Scala a fost construita dupa modelul scalei pentru militarii veterani ai razboiului din Vietnam si ulterior validata pentru traumele suferite de militari in diferite alte teatre de razboi. Scala pentru civili a schimbat intrebarile la 11 itemi din totalul de 35 fata de versiunea militara.

Fiecare item este evaluat pe o scala de la 1 la 5 in functie de cat de mult subiectul este de acord cu prezenta simptomului respectiv (vezi Anexa Nr. 10). Pentru 10 itemi scorul este inveresat ceea ce s-a dovedit o problema, confidenta generala a scalei scazand atunci cand scala se aplica indivizilor care nu vorbesc engleza (Bourque si Shen, 2005). In general, aceasta scala a fost putin studiata drept pentru care exista putine date asupra proprietatilor ei psihometrice. Intr-un studiu mai recent intreprins de Thatcher si Krikorian (2005) scale arata un coeficient de confidenta de 0,88 si existenta unei solutii cu trei factori si tot atatea subscale: intruziune, evitare si hipervigilenta.

8.2.2.4. CHECKLISTUL PENTRU TULBURAREA POST-TRAUMATICA DE STRESS (PTSD Checklist – PCL).

Mult mai cunoscut si utilizat este checklistul PCL. Acest instrument a fost dezvoltat de Frank Weathers si colegii de la National Center Posttraumatic Disorder in 1993 si a fost raportat prima oara la intalnirea anuala a Societatii Internationale pentru Studierea Stressului

Traumatic ce s-a tinut la San Antonio, Texas in 1993 (Weathers si colab. 1993). La vremea aceia acest instrument cu 17 itemi corespundea intru totul cu simptomele cu care tulburarea post-traumatica era descrisa in DSM-III-R si ulterior celor din DSM-IV. Respondentii sunt intrebati cat de mult au fost suparati in ultima luna de fiecare simptom care este evaluat pe o scala de severitate cu cinci puncte, identic cu cele utilizate la scala SCL-90; scala este un instrument de auto-evaluare.

Initial acest checklist a fost construit pentru a evalua veteranii razboiului din Vietnam care se plangeau de consecintele traumelor suferite (versiunea PCL-M) ca mai apoi intrebarile sa fie reformulate astfel incat sa se refere la reactiile la un eveniment specific (PCL-S) sau la experientele din trecut ale oamenilor obisnuiti "civili" (PCL-C) (Norris & Hamblen, 2003).

Pentru esantionul pe care s-a construit scala, confidenta test-retest a fost de 0,96, consistenta interna de 0,97, scorul prag de identificare a unui caz a fost de 50, iar senzitivitatea de 0,82 si specificitatea de 0,83. Conform autorilor, acest checklist este util mai ales pentru un screening clinic ca mai apoi in functie de rezultat sa se vada daca este necesar sa se aplice si un interviu diagnostic sau nu. In lucrarea de fata se va prezenta numai versiunea "civila" (PCL-C, vezi Anexa Nr. 11). Aceasta versiune a fost testata pentru diferite feluri de trauame (de ex. accidente de circulatie, Blanchard si colab. 1996 sau la femeile cu cancer de san (Andrykowski si colab. 1998) si profilul psihometric s-a dovedit la fel de robust ca la versiunea initiala.

Unii autori au utilizat un scor prag de 44 in loc de 50 si senzitivitatea a crescut dar in dauna specificitatii, scor ce este folosit mai mult pentru populatia civila, in schimb scorul prag de 50 este adecvat pentru militari (Brewin, 2005). Pentru a face scorul general acestei scale se poate aduna scorul individual al fiecarui item. Dar se poate face si un scor compus din scorurile itemilor ce satisfac un criteriu de diagnostic. Astfel, pentru a avea un caz de TPTS trebuie sa avem un scor de $\geq$ 3 la cel putin un item care corespunde criteriului B (intrebarile 1-5), un scor de $\geq$ 3 la cel putin trei itemi care corespund criteriului C (intrebarile 6-12) si un scor de $\geq$ 3 la cel putin doi itemi care corespund criteriului D (intrebarile 13-17). Astfel un scor minim de 18 construit dupa modul de mai sus ar conduce la diagnosticul de tulburare post-traumatica de stress. Cu toate acestea se recomanda ca scorul checklistului sa fie facut prin ambele metode.

8.2.2.5. SCALA PENTRU SCREENINGUL TULBURARII POST-TRAUMATICE DE STREES DSM-5 PENTRU INGRIJIRILE PRIMARE *(Primary care PTSD for DSM-5 - PC-PTSD-5)*

Aceasta scale este una cu 5 itemi si a fost dezvoltata de Prins si colab. (2015) pentru a fi utilizate de medicii de medicina generala pentru a evalua starea psihoogica a persoanelor care au fost expuse la un eveniment traumatic. Daca subiectul raspunde ca nu a experimentat nici un eveniment traumatic scorul intrebarilor este 0, iar daca o experimentat unul atunci fiecarui intrebari i se adauga alte cinci chestiuni aditionale la care poate raspunde cu Da sau NU in functie de cum evenimentul traumatic l-a influentat. Un individ este considerat "pozitiv" (probabilitate de a suferii de PTSD) daca a raspuns DA la oricare trei intrebari aditionale legate de cele cinci chestiuni principale. Timpul la care se refera intrebarile este "ultima luna".

Scala cuprinde intrebari generate de criteriile DSM-5 si poate identifica persoanele probabil de a suferi de tulburarea post-traumatica de stress. Aceste persoane cu probabilitatea de PTSD trebuie indrumate pentru o evaluare mai amanuntata, de exemplu cu interviul CASP-5. Scala este prezentata in Anexa Nr. 12. impreuna cu modalitatea de scorare si interpretare a rezultatelor.

8.3. INSTRUMENTELE DE EVALUARE A STRUCTURII COGNITIVE: INVENTARUL COGNITIILOR POST-TRAUMATICE (*Posttraumatic Cognition Inventory – PTCI*)

Exista un consens general ca indivizii care au fost expusi la un eveniment traumatic sever au generat ulterior modificari cognitive care ar putea explica simptomatologia de lung parcurs a tulburarii posttraumatice de stress. Dupa Epstein (1991) expunerea la un traumatism modifica unele supozitii de baza ale individului precum: credinta ca lumea e benigna, credinta ca lumea are un scop, credinta in propria valoare si credinta ca lumea prezinta incredere. McCann si Pearlman (1990) s-au concentrat pe diferentele cognitive intre indivizii care au fost supusi la un traumatism semnificativ si ce care nu au trait un astfel de eveniment si considera ca evenimentul traumatic cauzeaza o perturbare a credintelor individuale in siguranta, incredere, putere, stima de sine si apropiere de altii. Insa aceste teorii nu au fost suficient sa explice de ce nu toti indivizii care au experimentat un traumatism fac tulburare post-traumatica de stress si de ce unii indivizii se recupereaza dupa un timp si altii nu.

Pentru a explica dezvoltarea si mentinerea TPTS, Foa and Riggs (1993) promoveaza o alta teorie precum TPTS este consecinta disruptiilor din procesul natural al recuperarii datorita a doua scheme cognitive dobandite dupa expunerea la traumatism: lumea este total periculoasa si individul este complet incompetent sa se fereasca sau sa depaseasca pericolele (Foa si Rothbaum. 1998). Astfel, un individ avand persupozitia ferma si rigida ca lumea este sigura si

el este competent, atunci cand este supus la un traumatism, va avea greutati in asimilare experientei traumatice si va reactiona in mod disproportionat, spre deosebire de individul care are aceste credinte in mod gradual si flexibil si care se va acomoda mai bine atunci cand cu surprindere va fi expus la un agent traumatic. Individul din prima categoria va forma scheme cognitive extreme, dupa care lumea nu mai prezinta siguranta si el este total incompent sa le depaseasca, scheme care vor intretine pe termen lung simptomatologia post-traumatica.

Pentru Ehlers si Steil (1995) subiectii rezilienti fata de trauma sunt acei care considera evenimentul ca limitat in timp, care genereaza un inteles rational, care nu se rasfrange asupra viitorului si care aduce anumite castiguri pentru dezvoltarea individuala ulterioara. Indivizii care dezvolta TPTS sunt cei care evalueaza atat evenimentul cat si consecintele lui imediate excesiv de negativ, care se autoblameaza pentru ceea ce s-a intamplat si care considera ca nimic nu va mai fi ca inainte.

Foa si Ehlers isi unesc echipele si incearca sa construiesca o scala de evaluare a distoriunilor cognitive care sustin mentinerea simptomelor si evaluarea negativa a consecintelor evenimentului traumatic (Foa si colab. 1999). Ei folosesc un esantion de 600 voluntari din care 392 au experimentat un eveniment traumatic care indeplineste criteriul A din DSM-IV. Pe de alta parte autorii au generat 140 itemi care exprima experientele postttraumatice, itemi care au fost revizuiti de 6 experti in TPTS si terapia cognitiv-comportamentala a acestei afectiuni, experti care au eliminat unii itemi iar pe alti i-au reformulat. Aceasta prima versiune a **Inventarului Cognitiilor Posttraumatice (Posttraumatic Cognition Inventory – PTCI)** a fost aplicata subiectilor concurent cu alte scale de evaluare a simptomelor PTSD, depresiei, anxietatii si cognitiilor si prin analiza factoriala, analiza de continut si corelatie inter-itemi s-au eliminat atatia itemi incat forma finala a ramas doar cu 33 itemi: 21 itemi (itemii: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35, 36) pentru subscala care masoara cognitile negative despre sine (viziunea generala negativa despre sine, schimare permanenta, alientare, lisa de speranta, increderea in sine, interpretarea negativa a simptomelor), 7 itemi (itemii: 7, 8, 10, 11, 18, 23. 27) pentru subscala de evaluare negativa a lumii (neincredere in lume si oameni) si 5 itemi (itemii: 1, 15, 19, 22, 31) care resprezinta subscala de auto-blamare. Scala si modul de scorare este prezentat in Anexa nr. 13. La acesti itemi, autorii mai adauga trei itemi experimentali (itemii 13, 32, 34). Ulterior scala a trecut cu bine de analiza de stabilitate, consistenta interna si validitate discriminativa si confidenta test-retest si astfel periplul unei scale robuste ce masoara

cognitiile distorsionate care sustin consecintele negative ale traumatismului sau vulnerabilitatea individuala s-a incheiat. Mai mult, conform studiului lui Emmerik si colab. (2006) aceasta scala se preteaza si pentru a acompania tratamentul tulburarii post-traumatice de stress pentru ca este sensibila la schimbare si poate masura progresul sub tratament.

8.4. EVALUAREA SIMULARII IN CAZUL TULBURARII POST-TRAUMATICE DE STRESS

Simularea este definita in DSM-IV ca "*producerea cu intentie de simptome fiziologice si psihologice exagerate si false, data de motive si tentatii externe*". Simularea trebuie deosebita de tulburarile false, nenaturale si de alte forme de disimulare, principala deosebire fiind ca in primele individul este constient de neadevarul plangerilor sale cu dorinta de a obtine un beneficiu secundar.

Exista trei feluri de simulari: i) simularea pura care inseamna fabricarea intregii simptomatoligii; ii) simularea partiala in care simptomele sunt exagerate de care subiect; iii) "atribuirea falsa" in care simptomele sunt atribuite in mod fals si intentionat evenimentului traumatic (Resnik, 1997). Este posibil ca oricare din aceste trei forme sa poata fi intalnita in cursul examinarii indivizilor cu simptomatologie de tulburare post-traumatica de stress. Simularea este frecventa intalnita in tulburarea post-traumatica din cauza ca aceasta entitate clinica are o cauza cunoscuta (evenimentul traumatic) si astfel subiectul poate sa se raporteze la o cauza exterioara care-l exonereaza si pentru care el poate lua statutul de bolnav si solicita compentatii de la faptuitori sau benefici de la locul de munca sau societati de asigurare.

Prevalenta simularii in dorinta de a obtine un diagnostic de tulburare posttraumatica de stress este greu de stabilit, oricum ea este in jur de 7% in cazurile intalnite in cazurile psihiatrice obisnuite si de 15% in cazurile medico-judiciare (Guriel & Fremouw, 2003).

Nu exista un mod infailibil de a testa simularea. S-au folosit nenumarate instrumente dar cele care s-au dovedit cele mai confidente au fost scala MMPI-2 si Structured Interview of Reported Symptoms – SIRS (Rogers, 1992). Aceste instrumente nu pot fi prezentate aici.

Greutatea identificarii simularii rezida din usurinta cu care evenimentul traumatic poate fi dramatizat de subiect, de usurinta ca care simptomele psihiatrice pot fi "jucate" si de comorbiditatea incarcata a tulburarii posttraumatice de stress care se poate asocia cu multe tulburari psihiatrice si mai ales cu tulburari de personalitate. Cu toate acestea, conform

algoritmului prezentate de Knoll si Resnick (2006) clinicianul are la dispozitie judecata clinica care trebuie sa se bazeze pe:

1. Obtinerea unor date colaterale privind istoria bolnavului si starea prezenta pentru a decela chesiunile contradictorii; aceste date se refera la evenimentul traumatic si functionare subiectului si se pot obtine de la politie, martori, informanti proximali (rude, cunoscuti, colegi de munca), inscrisuri medicale, date de la institutiile juridiciare;
2. Adoptarea unui stil de interviu adecvat: atunci cand clinicianul are un dubiu asupra simptomelor clamate de subiect el trebuie se refrazeze intrebarile fara ca sa lase impresia unei suspiciuni iar comunicarea nonverbala trebuie sa fie cat mai neutra; el trebuie sa renunta la provocarea subiectul pentru ca altfel subiectul va incerca sa exagereze si mai mult simptomele; clinicianul trebuie sa adopte un stil Socratic de dialog si sa ofere subiectului spatiu sa-si expuna plangerile, doar mai tarziu clinicianul poate insista asupra lucrurilor care i s-au parut neclare sau indoielnice;
3. Idetificarea corecta a simptomelor clinice: clinicianul trebuie sa insiste ca subiectul sa ilustreze cu cat mai multe cuvinte simptomele si evenimentul traumatizant; subiectul simulant va folosi un numar limitat de cuvinte pentru ca el va incerca sa recite mereu simptomele propuse a fi clamate; clinicianul poate intreba si de existenta simptomelor rare ale tulburarii post-traumatice de stress sau de simptome improbabil sa existe sau o combinatie a acestora si sa vada daca subiectul achieseaza in mod mecanic la acestea, el fiind incapabil sa spuna nu;
4. Evaluarea vulnerabilitatilor existente inaintea trairii evenimentului traumatizant: i) abuz in copilarie, ii) provenienta dintr-o familie cu dificultati economice; iii) familie instabila pe timpul copilariei; iv) tulburari de comportament in copilarie; v) slaba confidenta inainte de 15 ani; vi) tulburari psihiatrice preexistente. vii) introversie; viii) nivel de inteligenta scazut: ix) semne neurologice “soft”; x) indice de neuroticism; xi) sexul feminin; xii) istorie familiala de boli psihice la rudele de graul unu; xiii) evaniment stressante inaintea traumei; xiv) episoade anterioare de tulburari emotionale;
5. Interpretarea datelor: simulantul este un actor care joaca partitura bolii atat cat o intelege sau o cunoaste si pe cat de dotat actoriceste este; tipic este ca simulantul postuleaza putine simptome pe care crede ca le stapaneste bine si evita sa prezinte simptome neobisnuite; stilul lui este evaziv si evita sa faca declaratii definitive, de ex.descrierea cosmarurilor; prezenta trataturilor antisociale sau a unui context medico-juridic precum si o proasta functionare ocupationala si sociala creste probabilitatea simularii;

6. Indicatorii clinici pentru simulare: i) individ cu capacitate de a se recreea dar nu pentru a lucra; ii) proasta adaptare sociala si ocupationala inainte de trauma; iii) cosmaruri repetate si stereotipe; iv) trasaturi antisociala sau alte tulburari de personalitate; v) stil evaziv si raspunsuri repetate de "nu stiu"; vi) simptome prezentate inconsistent; vii) dramatizarea simptomelor prezentate; viii) acepta simptome improbabile sau rare daca clinicianul intreaba de ele.

Toate aceste date trebuie sa fie coroborate si filtrate prin experienta clinica. Cu toate acestea nici o metoda nu este inafailibila in decelarea simularii, poate doar examinarea repatata de-alungul unei perioade indelungate de timp.

8.5. DEZVOLTAREA PERSONALA POST-TRAUMATICA: INVENTARUL CRESTERII POST- TRAUMATICE (*Posttraumatic Growth Inventory*)

In ultimii ani exista o crestere a interesului pentru deznodamantul positiv dupa adversitati. Tot mai multi autori au demonstrat ca pentru unii indivizii trecerea printr-o experienta traumatica este o modalitate de crestere si dezvoltare personala, un moment de schimbare a filozofiei personale, de reformulare a drumului vietii si a intelesurilor ei, de redefinirea selfului. Acest fenomen a fost definit ca "dezvoltarea/maturarea postraumatica" (Tedeschi & Calhoun, 2004) si implica "*o schimbare psihologica pozitiva ca rezultat al stradaniei de a depasi circumstante provocatoare ale vietii*". Aceasta conceptie are radacini vechi in traditia filozofica greaca sau in religia crestina sau buddhista care postula transcederea suferintei in putere interioara. Mai recent, psihologia pozitivista se ocupa da aceast subiect cu origine in lucrarile lui Viktor Frankl si in psihologia umanista a lui Rogers.

Tedeschi si Calhoun (1996) arata ca dezvoltarea post-trauma conduce la cresterea modului in care viata este apreciata, la apropierea de altii, la descoperirea de noi oportunitati, la otelirea a calitatilor personale si la afilierea la valori spirituale. Toate aceste astecte au fost prinse de acesti autori in Inventarul cresterii post-traumatice (Posttraumatic Growth Inventory) prezentat in Anexa Nr. 14. Acest inventar are 21 itemi evaluati pe o scala Likert cu sase puncte de la 0 la 5 in functie de gradul schimbarilor percepute dupa trauma. Analiza factoriala a confirmat solutia cu cinci factori si scala prezinta buna stabilitate si validitate. Scala se dovedeste utila pentru evaluarea succesului individual in depasirea traumei, a capacitatii de coping cu trauma, in reconstructia calitatilor individuale si in reformularea selfului, a altora si a intelesului vietii.

Cadell si colab (2003) propune un alt model dupa care experienta traumei duce la profunde schimbari ale schemelor cognitive, a credintelor si a abilitatilor de a controla distressul emotional. Individul care se incadreaza in acest model poseda o capacitate de coping fata de trauma, coping care consta in reducerea distressului emotional prin intermediul auto-divulgarii trairilor si emotiilor precum prin scris, vorbit, rugaciuni care la randul lor conduc la dezvoltarea naratiunilor legate de propiile trairi si dobandirea altor intelesuri de viata si conectarea la un suport social.

Trasaturile de personalitate sunt puternic corelate cu cresterea postraumatica precum extraversia, acceptarea si grija fata de altii, robustetea caracteriala si stima de sine. In alti termeni, modul de perecepere a traumei si a pagubelor produse de ea este o alta variabila care determina cresterea postraumatica.

Evidentierea acestui aspect particular a consecintelor traumei pune o alta lumina asupra vulnerabilitatii si rezilientei umane si conduce la un proces de deconstructie a conceptului de tulburare posttraumatica de stress, concept care continua sa bulverseze atat practicienii cat si teoreticienii psihopatologiei clinice.

Bibliografie:

Andrykowski MA, Cordova MJ, Studts JL, Miller TW (1998): Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist—Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66: 586–590.

Ballenger JC, Davidson JTR, Lecrubrier Y et al (2000): Consensus statement on Posttraumatic Stress Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety, Journal of Clinical Psychiatry, 61 (Suppl.5):60-66.

Bedard-Gilligan M, Zoellner LA (2008): The utility of the A1 and A2 criteria in the diagnosis of PTSD, Behaviour Research and Therapy, 46:1062–1069.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM et al (1990): A Clinician Rating Scale for Assessing Current and lifetime PTSD: The CAPS-1, Behavioural Therapist, 13:187-188.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM et al (1995): The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale, Journal of Traumatic Stress, 8: 75-90.

Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA (1996): Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL).Behaviour Research and Therapy, 34: 669–673.

Bodkin JA, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI (2007): Is PTSD caused by traumatic stress? Journal of Anxiety Disorders, 21:176-82.

Bourque LB, Shen H (2005): Psychometric proprieties of Spanish and English version of the Civilian Mississippi Scale, Journal of Traumatic Stress, 18:719-729.

Borsboom D (2008): Psychometric Perspectives on Diagnostic Systems, Journal of Clinical Psychology, 64: 1089-1108.

Breslau N, Kessler R, Chilcoat H. et al (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Archives of General Psychiatry, 55: 626-632.

Brewin CR (2005): Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD, Journal of Traumatic Stress, 18: 53-62.

Brugha TS, Cragg D (1990): The list of threatening experiences: The reliability and validity of a brief Life Events Questionnaire, Acta Psychiatrica Scandinavica, 82:77-81.

Cadell S, Regehr C, Hemsworth D (2003): Factors contributing to posttraumatic growth:
A proposed structural equation model. American Journal of Orthopsychiatry, 73: 279–287.

Carlson, E., Palmieri, P., Kimerling, R., Ruzek, J., & Burling, T. (under review). A brief self-report measure of traumatic events: The Trauma History Screen. National Center for PTSD
Menlo Park, CA 94025, USA.

Connor KM, Davidson JRT (2001): SPRINT: a brief global assessment of post-traumatic stress disorder, International Clinical Psychopharmacology, 16:279-284.

Davidson J, Kudler H, Smith R: (1990). The Structured Interview for PTSD (SI-PTSD),
Unpublished measure available from authors at Dept. of Psychiatry, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA

Davidson JR, Book SW, Colket JT et a; (1998): Assessment of a new Self-rating scale for Post-traumatic Stress Disorder, Psychological Medicine, 27:153-160.

Ehlers A, Clark DM (2000): A cognitive model of posttraumatic stress disorder, Behaviour Research and Therapy, 38:319-345.

Ehlers A, Steil R (1995): Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach, Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23:217-249.

Elhai JD, Gray MJ, Kashdan TB, Franklin CL (2005): Which Instruments Are Most Commonly Used to Assess Traumatic Event Exposure and Posttraumatic Effects?: A Survey of Traumatic Stress Professionals, Journal of Traumatic Stress, 18: 541-545.

Emmerik APP, Schoorl M, Emmelkamp PMG, Kamphuis JH (2006): Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI), Behaviour Research and Therapy, 44: 1053–1065.

Epstein S (1991): Impulse control and self-destructive behavior, in LP Lipsitt & LL Mitick (Eds.): Self-regulatory behaviour and risk taking: Causes and consequences, Nordwood, NJ: Ablex.

Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM (1999): The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. Psychological Assessment, 11: 303–314.

Foa ER, Riggs DS (1991): Post-traumatic stress disorder in rape victims, in J.Oldham, MB Riba and A Tasman (Eds.): American Psychiatric Press review of Psychiatry, Vo. 12, Washington, DC: American Psychiatric Press.

Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO (1993): Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 6: 459–473.

Foa EB, Rothbaum BO (1998): Treating the trauma rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD, New York: Guilford.

Foa EB, Tolin DF (2000): Comparison of the PTSD Symptom Scale interview version and the Clinician-Administered PTSD Scale. Journal of Traumatic Stress 13**:**181-192.

Foa EB, Capaldi S (2013): Manual for the Administration and Scoring of the PTSD Symptom Scale-Interview for DSM-5 (PSS-I-5); https://div12.org/wp-content/uploads/2014/11/PSSI-5-Manual.pdf.

Frueh BC, Elhai JD, Grubaugh A, Ford JD (2012):. Assessment and treatment planning for PTSD, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Goodman LA, Corcoran C, Turner K et al (1998): Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire, Journal of Traumatic Stress, 11: 521-542.

Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW (2004): Psychometric proprieties of the Life Events Checklist, Assessment, 11: 330-341.

Grinage BD (2003): Diagnosis and management of Post-traumatic Stress Disorder, American Family Physician, 68:2401-2409.

Guriel J, Fremouw W (2003): Assessing malingering posttraumatic stress disorder: A critical review, Clinical Psychological Review, 23: 881-904.

Holmes TH, Rahe RH (1967): "The Social Readjustment Rating Scale", Journal of Psychosomatics Research, 11: 213–218.

Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W (1979): Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41: 209–218.

Institute of Medicine of the National Academies (2006): Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis and Assessment, National Academies Press, http://www.nap.edu/catalog/1674.html

Jones E, Wessely S (2007): A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century, Journal of Anxiety Disorders, 21:164-175.

Jones E, Palmer I, Wessely S (2002): War pensions (1900–1945): changing models of psychological understanding. British Journal of Psychiatry, 180: 374–379.

Kessler DC, Sonnega A, Bromet E et al (1995): Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey, Archives of General Psychiatry, 52: 1048–1060.

King DW, Leskin GA, King LA, Weathers FW (1998): Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for dimensionality of Posttraumatic Stress Disorder, Psychological Assessment, 10: 90-96.

Knoll J, Resnick PJ (2006): The detection of malingered post-traumatic stress disorder, Psychiatric Clinic of North America, 29:629-647.

McCann IL, Pearlman LA (1990): Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation, New York: Brunner/Mazel.

McKenzie KJ, Smith DI (2006): Posttraumatic stress disorder: Examination of what clinicians know, Clinical Psychologist,10:78 – 85.

Meltzer-Brody S, Churchill E, Davidson JR (1999): Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for posttraumatic stress disorder, Psychiatry Research, 88: 63-70.

Monroe SM (2008): Modern Approaches to Conceptualizing and Measuring Human Life Stress, Annual Review of Clinical Psychology, 4: 33-52.

Mueser KT, Rosenberg SD, Fox L, Salyers MP et al (2001): Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. Psychological Assessment 13:110–117.

Neal LA, Busuttil W, Rollins J et al (1994): Convergent validity of measures of post-traumatic stress disorder in a mixed military and civilian population. Journal of Traumatic Stress, 7: 447–455.

Norris FH, Hamblen JL (2003): Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD, in J. Wilson & T. Keane (Eds.); Assessing psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook (2nd Ed.), New York: Guilford.

Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ et al (2016): The Primary Care PTSD Screen for DSM-5: Development and evaluation within a veteran primary care sample, Journal of General Internal Medicine, 31(10): 1206 - 1211.

Resnick PJ (1997): Malingering of posttraumatic disorders. In R. Rogers (Ed.), Clinical assessment of malingering and deception (2nd ed.), New York: Guilford Press.

Rogers R (1992): Structured Interview of Reported Symptoms. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Rosen GM, Lilienfeld SO (2008): Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions, Clinical Psychology Review, 28:837-868.

Scher CD, McCreary DR, Asmundson GJG, Resick PA (2008): The structure of post-traumatic stress disorder symptoms in three female trauma samples: A comparison of interview and self-report measures, Journal of Anxiety Disorders 22: 1137–1145.

Schnurr PP, Friedman MJ, Bernardy NC (2002): Research on Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology, Pathophysiology, and Assessment, JGLP/In Session: Psychotherapy in Practice, 58:877-889.

Smoller JW, Gardner-Schuster E, Misiaszek M (2008): Genetics of anxiety: would the genome recognized the DSM? Depression and Anxiety, 25:368-377.

Spitzer RL**,** Williams JB, Gibbon M, First MB (1990): Structural Clinical Interview for DSM-III-R- Patient edition (With Psychotic Screen)-SCID-P. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Spitzer RL, First MB, Wakefield JC (2007): Saving PTSD from itself in DSM-V, Journal of Anxiety Disorders, 21:233-241.

Spitzer RL, Rosen GM, Lilienfeld SO (2008): revisiting the Institute of Medicine Report on the Validity of posttraumatic stress disorder, Editorial. Comprehensive Psychiatry, 49:319-320

Sundin EC, Horowitz MJ (2002): Impact of event scale: psychometric properties. British Journal of Psychiatry, 180: 205–209.

Tedeschi RG, Calhoun LG (2004): Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychology Inquiry, 15: 1–18.

Thatcher DL, Krikorian R (2005): Exploratory factor analysis of two measures of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in a non-clinical sample of college students, Anxiety Disorders, 19:904-914.

Vaishnavi S, Payne V, Connor K, Davidson JRT (2006): A comparison of the SPRINT and CAPS assessment scales for posttraumatic stress disorder, Depression and Anxiety, 23:437-440.

Van Hoff, McFarlane AC, Baur J et al (2009): The stressor Criterion-A1 and PTSD: A matter of opinion? Journal of Anxiety Disorder, 23: 77-86.

Vreven DL, Gudanowski DM, King LA, King DW (1995): The Civilian Version of the Mississippi PTSD Scale—a psychometric evaluation. Journal of Traumatic Stress, 8: 91–109.

Watson CG, Juba MP, Manifold V et al (1991): The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-111-based technique. Journal of Clinic Psychology, 47: 179-188.

Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM (1993): The PTSD checklist: Reliability, validity, & diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Weathers FW, Ruscio AM, Keane TM (1999): Psychometric proprieties of nine scoring rules of the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale, Psychological Assessment, 11:124-133.

Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. (2001): Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. Depression and Anxiety 13:132–156.

Weathers FW, Blake DD, Schnurr PP et al (2013): The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Interview available from the National Center for PTSD at <www.ptsd.va.gov>.

World Health Organization: Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a. CIDI Interview Version 1.0; b. CIDI User Manual: c. CIDI Training Manual: d. CIDI Computer Program, WHO: Geneva.

Young A (1995): The harmony of illusions, inventing post-traumatic stress disorder. New Jersey: Princeton University Press.

-oo 0 oo -

Anexa nr. 1

Chestionarul de evenimente de viata

(Brugha Life Events Questionnaire)

In ultimele sase lui ti s-a intamplat unul din evenimentele sau problemele de viata?
Te rog sa bifezi casuta care se potriveste corespunzatoare pentru luna in care s-a intamplat in dreptul evenimentului respectiv.

Evenimentul	In ce luna s-a intamplat					
	In ultima luna	2 luni in urma	3 luni in urma	4 luni in urma	5 luni in urma	6 luni in urma
Ai suferit un accident, boala sau traumatism grav						
O persoana draga a suferit un accident, boala sau traumatism grav						
Un copil, partener sau parinte a murit						
Un membru de familie sau prieten a murit						
Separarea datorita dificultatilor maritale						
O relatie stabila s-a destramat						
Ai avut probleme serioase cu un membru de familie, prieten sau un vecin						
Ai devenit somer sau nu ai gasit de lucru						
Ai fost dat afara de la serviciu						
Ai mari probleme financiare						
Ai probleme cu politia sau cu justitia						
Ai pierdut lucruri valoroase sau ti-au fost furate						

- oo O oo -

Anexa Nr. 2

Inventarul istoriei traumatice

(Trauma History Screen)

Evenimentele de mai jos s-ar fi putut intampla si tie. Incercuieste DA daca vreunul ti s-a intamplat. Daca s-a intamplat si ai incercuit DA pune si un numar care sa reprezinte de cate ori ti s-a intamplat de-a lungul vietii tale. Daca nu ti s-a intamplat, incercuieste NU

A. Un accident grav de circulatie, de tren, de avion sau pe mare	NU	DA	_____
B. Un accident sever acasa sau la serviciu	NU	DA	_____
C. O furtuna puternica, cutremur, inundatie, tornada, sau incendiu	NU	DA	_____
D. Lovit sau batut destul de tare ca sa fi fost ranit – copil fiind	NU	DA	_____
E. Lovit sau batut destul de tare ca sa fi fost ranit - ca adult	NU	DA	_____
F. Fortat sa ai un contact sexual – copil fiind	NU	DA	_____
G. Fortat sa ai un contact sexual - ca adult	NU	DA	_____
H. Atacat cu o arma de foc, cutit sau alt fel de obiect	NU	DA	_____
I. In timpul armatei sa fi vazut ceva oribil sau sa fi fost ranit serios	NU	DA	_____
J. Moartea neasteptata a unui membru de families au prieten	NU	DA	_____
K. Sa fi fost martor cand cineva a murit sau a fost grav ranit sau omorat	NU	DA	_____
L. Alte evenimente neasteptate care te-au infricosat foarte tare	NU	DA	_____
M. Sa fi fost furat sau sa fie pierdut casa sau late lucruri foarte pretioase	NU	DA	_____
N. Abandonat brusc de sot/sotie, partener, parinte sau familie	NU	DA	_____
Daca unul sau mai multe din lucrurile de mai sus ti s-au intamplat ai fost foarte necajit si suparat din aceasta cauza? Daca DA, completeaza o casuta de mai jos pentru fiecare eveniment care te-a afectat cu adevarat.	**NU**	**DA**	

Litera corespunzatoare tipului de eveniment: ____ Varsta cand s-a intamplat: ____		
Descrie ce s-a intamplat:		
Cand s-a intamplat a fost cineva ranit sau omorat?	NU	DA
Atunci ti-a fost frica ca tu sau altcineva ar putea fi ranit sau omorat?	NU	DA
Cand s-a intamplat ti-a fost frica, ai fost terifiat, te-ai simtit neajutorat?	NU	DA
Cand s-a intamplat te-ai simtit confuz, dezorientat, straniu, ireal?	NU	DA
Cat de mult timp ai fost necajit de ce s-a intamplat? deloc /o saptamana /2-3 saptamani /o luna sau mai mult		
Cat de mult ai fost afectat emotional? deloc / putin / oarecum / mult / foarte mult		

Litera corespunzatoare tipului de eveniment: ____ Varsta cand s-a intamplat: ____
Descrie ce s-a intamplat:
Cand s-a intamplat a fost cineva ranit sau omorat? NU DA
Atunci ti-a fost frica ca tu sau altcineva ar putea fi ranit sau omorat? NU DA
Cand s-a intamplat ti-a fost frica, ai fost terifiat, te-ai simtit neajutorat? NU DA
Cand s-a intamplat te-ai simtit confuz, dezorientat, straniu, ireal? NU DA
Cat de mult timp ai fost necajit de ce s-a intamplat?
deloc /o saptamana /2-3 saptamani /o luna sau mai mult
Cat de mult ai fost afectat emotional?
deloc / putin / oarecum / mult / foarte mult

Litera corespunzatoare tipului de eveniment: ____ Varsta cand s-a intamplat: ____
Descrie ce s-a intamplat:
Cand s-a intamplat a fost cineva ranit sau omorat? NU DA
Atunci ti-a fost frica ca tu sau altcineva ar putea fi ranit sau omorat? NU DA
Cand s-a intamplat ti-a fost frica, ai fost terifiat, te-ai simtit neajutorat? NU DA
Cand s-a intamplat te-ai simtit confuz, dezorientat, straniu, ireal? NU DA
Cat de mult timp ai fost necajit de ce s-a intamplat?
deloc /o saptamana /2-3 saptamani /o luna sau mai mult
Cat de mult ai fost afectat emotional?
deloc / putin / oarecum / mult / foarte mult

Litera corespunzatoare tipului de eveniment: ____ Varsta cand s-a intamplat: ____
Descrie ce s-a intamplat:
Cand s-a intamplat a fost cineva ranit sau omorat? NU DA
Atunci ti-a fost frica ca tu sau altcineva ar putea fi ranit sau omorat? NU DA
Cand s-a intamplat ti-a fost frica, ai fost terifiat, te-ai simtit neajutorat? NU DA
Cand s-a intamplat te-ai simtit confuz, dezorientat, straniu, ireal? NU DA
Cat de mult timp ai fost necajit de ce s-a intamplat?
deloc /o saptamana /2-3 saptamani /o luna sau mai mult
Cat de mult ai fost afectat emotional?
deloc / putin / oarecum / mult / foarte mult

Litera corespunzatoare tipului de eveniment: ____ Varsta cand s-a intamplat: ____
Descrie ce s-a intamplat:
Cand s-a intamplat a fost cineva ranit sau omorat? NU DA
Atunci ti-a fost frica ca tu sau altcineva ar putea fi ranit sau omorat? NU DA
Cand s-a intamplat ti-a fost frica, ai fost terifiat, te-ai simtit neajutorat? NU DA
Cand s-a intamplat te-ai simtit confuz, dezorientat, straniu, ireal? NU DA
Cat de mult timp ai fost necajit de ce s-a intamplat?
deloc /o saptamana /2-3 saptamani /o luna sau mai mult
Cat de mult ai fost afectat emotional?
deloc / putin / oarecum / mult / foarte mult

Litera corespunzatoare tipului de eveniment: ____ Varsta cand s-a intamplat: ____
Descrie ce s-a intamplat:
Cand s-a intamplat a fost cineva ranit sau omorat? NU DA
Atunci ti-a fost frica ca tu sau altcineva ar putea fi ranit sau omorat? NU DA
Cand s-a intamplat ti-a fost frica, ai fost terifiat, te-ai simtit neajutorat? NU DA
Cand s-a intamplat te-ai simtit confuz, dezorientat, straniu, ireal? NU DA
Cat de mult timp ai fost necajit de ce s-a intamplat?
deloc /o saptamana /2-3 saptamani /o luna sau mai mult
Cat de mult ai fost afectat emotional?
deloc / putin / oarecum / mult / foarte mult

Litera corespunzatoare tipului de eveniment: ____ Varsta cand s-a intamplat: ____	
Descrie ce s-a intamplat:	
Cand s-a intamplat a fost cineva ranit sau omorat?	NU DA
Atunci ti-a fost frica ca tu sau altcineva ar putea fi ranit sau omorat?	NU DA
Cand s-a intamplat ti-a fost frica, ai fost terifiat, te-ai simtit neajutorat?	NU DA
Cand s-a intamplat te-ai simtit confuz, dezorientat, straniu, ireal?	NU DA
Cat de mult timp ai fost necajit de ce s-a intamplat?	
deloc /o saptamana /2-3 saptamani /o luna sau mai mult	
Cat de mult ai fost afectat emotional?	
deloc / putin / oarecum / mult / foarte mult	

- oo O oo -

Anexa Nr. 3

Lista Evenimentelor de Viata

(*Life Events Checklist*)

Mai jos este o lista cu lucruri stresante sau dificile care se pot intampla uneori in viata oamenilor. Pentru fiecare eveniment citeste atent rubricile din dreapta care indica: a. Ti s-a intamplat tie, b. Ai fost doar martor cand s-a intamplat altuia, c. Ai aflat ca i s-a intamplat cuiva apropiat tie, d. Nu esti sigur ca ti s-a intamplat, e. Nu ti s-a intamplat. Apoi alege pentru fiecare eveniment numai un raspuns care se potriveste cel mai bine cu experientele tale. Ia in consideratie intreaga ta viata.

Evenimentul	Mi s-a intamplat	Am fost martor	Aflat despre	Nu sunt sigur	Nu s-a intamplat
1. Dezastru natura (de ex. inundatie, furtuna, tornada, cutremur)					
2. Incendiu sau explozie					
3. Accident de circulatie (de ex. accident de masina, de trejn, de avion sau pe mare					
4. Accident grav, de munca, acasa sau in timpul concediului					
5. Expunere la substante toxice (chimice sau radioactive)					
6. Atac fizic (de ex. sa fi batut, lovit, palmuit)					
7. Atac cu o arma de foc sau alba (de ex. sa fi amenintat sau taiat cu cutitul, sa fi amenintat cu o arma sau impuscat)					
8. Atac sexual (de ex. Tentativa de viol sau viol, amenintare cu violul)					
9. Alte experiente sexuale nedorite sau inconfortabile					
10. Participare sau expunere la o zona de razboi (ca miliar sau civil)					
11. Captivitate (de ex. luat ostatic, rapit, prizonier)					
12. Boli sau rani care ti-au pus viata in pericol					
13. Suferinta umana severa					
14. Moarte violenta, neasteptata (de ex. omor, suicid)					
15. Moarte neasteptata a cuiva drag sau apropiat					
16. Traumatism, afectare sau moarte a altcuiva in care ai fost implicat					
17. Alte evenimente sau experiente stressante					

- oo O oo -

Anexa nr. 4

Chestionarul evenimentelor stressante de viata

(Stressful Life Events Screening Questionnaire)

Mai jos este o lista cu evenimente care pot avea loc in viata unui om in orice moment al vietii lui, inclusive in copilarie. Daca un eveniment sau o situatie s-a intamplat mai mult decat odata te rogr sa furnizezi informatii despre aceasta pe ultima pagina a acestui chestionar.

1. **Ai avut vreodata o boala grava ?**

Nu _____ Da_____ Daca da, la ce varsta? _____

Durata bolii (in luni) _____

Descrie boala _____

2. **Ai avut vreodata un accident grav in care puteai sa mori?**

Nu _____ Da_____ Daca da, la ce varsta? _____

Descrie accidental _____

A murit cineva in accident? _____ Cine? (relatia cu tine) _____

Ce rani sau probleme ai patit? _____

Ai fost in spital pentru acestea? Nu _____ DA_____

3. S-a intamplat sa fie folosita forta fizica sau o arma ca sa fi jefuit?

Nu _____ Da_____ Daca da, la ce varsta? _____

Cat oameni au fost? _____

Descrie ce ti s-a intamplat (de ex. Sa fi legat, batut) sau ce arma s-a folosit impotriva ta

_____

A murit cineva? _____ Cine? _____

Ce rani/probleme ai capatat? _____

Ti-a fost viata in pericol? _____

4. **S-a intamplat ca un membru apropiat de familie, partener de viata sau un prieten sa moara ca rezultat a unui accident, crima sau suicid?**

Nu _____ Da _____ Daca da, cati ani aveai cand s-a intamplat? _____

Cum a murit acea persoana? _____

Relatioa cu persoana care a murit _____

Cu un an inainte de accident cat de apropiat ai fost de aceasta persoana care a murit?

_____

5. **Cand ai fost copil sau mai recent s-a intamplat ca sa faci sex cineva care te-a fortat fizic sa faci aceasta importiva vointei tale sau erai fara aparare?**

Nu _____ Da _____ Daca da, la ce varsta? _____

Daca da, de cate ori? 1___ 2-4___ 5-10____ sau mai multe de 10 ori ____

Daca s-a repetat, cat timp s-a petrecut aceasta? 6 luni sau mai putin_____
7 luni.-2 ani____ 2 - 5 ani _____ peste 5 ani _____

Cine ti-a facut aceasta? (specifica: stain, membru de familie, etc.) _____

Ti s-a intamplat asta si cu altcineva? Nu _____ Da_____

6. **In afara experientei descrise la punctual 5, ti s-a intamplat ca cineva sa foloseasca forta sa te ameninte (tentativa) ca sa faci sex impotriva vointei tale sau erai fara aparare?**

Nu _____ Da _____ Daca da, la ce varsta? _____

Daca da, de cate ori? 1___ 2-4___ 5-10____ sau mai multe de 10 ori ____

Daca s-a repetat, cat timp s-a petrecut aceasta? 6 luni sau mai putin_____
7 luni.-2 ani____ 2 - 5 ani _____ peste 5 ani _____

Cine ti-a facut aceasta? (specifica: stain, membru de familie, etc.) _____

Ti s-a intamplat asta si cu altcineva? Nu _____ Da_____

7. **In afara de experientele mentionate la punctual 5 si 6 s-a intamplat vreodata ca cineva sa te atinga in partile intime ale corpului impotriva vointei tale atunci cand erai fara aparare?**

Nu _____ Da _____ Daca da, la ce varsta? _____

Daca da, de cate ori? 1___ 2-4___ 5-10____ sau mai multe de 10 ori ____

Daca s-a repetat, cat timp s-a petrecut aceasta? 6 luni sau mai putin_____
7 luni.-2 ani____ 2 - 5 ani _____ peste 5 ani _____

Cine ti-a facut aceasta? (specifica: stain, membru de familie, etc.) _____

Ti s-a intamplat asta si cu altcineva? Nu _____ Da_____

8. **Cand ai fost copil s-a intamplat ca un parinte sau alta persoana sa te palmuiasca in mod repetat sau sa te bata sau orice alt fel de atac sau trauma?**

Nu _____ Da _____ Daca da, la ce varsta? _____

Daca da, de cate ori? 1___ 2-4___ 5-10____ sau mai multe de 10 ori ____

Daca s-a repetat, cat timp s-a petrecut aceasta? 6 luni sau mai putin_____
7 luni.-2 ani____ 2 - 5 ani _____ peste 5 ani _____

Cine ti-a facut aceasta? (specifica relatia cu tine) _____

Ti s-a intamplat asta si cu altcineva? Nu _____ Da_____

9. **In afara de experienta descrisa la punctual 8, s-a intamplat vreodata ca sotul/sotia, partenerul, frate/sora, membru de familie sau strain sa te palmuiasca, sa te bata sau alt fel de atac fizic?**

Nu _____ Da _____ Daca da, la ce varsta? _____

Daca da, de cate ori? 1___ 2-4___ 5-10____ sau mai multe de 10 ori ____

Daca s-a repetat, cat timp s-a petrecut aceasta? 6 luni sau mai putin_____
7 luni.-2 ani____ 2 - 5 ani _____ peste 5 ani _____

Cine ti-a facut aceasta? (specifica relatia cu tine) _____

Ti s-a intamplat asta si cu altcineva? Nu _____ Da_____

10. **Ti s-a intamplat sa fi amenintat cu o arma alba (cutit) sau o arma de foc in alte conditii decat cele mentionate mai sus?**

Nu _____ Da _____ Daca da, la ce varsta? _____

Daca da, de cate ori? 1___ 2-4___ 5-10____ sau mai multe de 10 ori ____

Daca s-a repetat, cat timp s-a petrecut aceasta? 6 luni sau mai putin_____
7 luni.-2 ani____ 2 - 5 ani _____ peste 5 ani _____

Cine ti-a facut aceasta? (specifica relatia cu tine) _____

Ti s-a intamplat asta si cu altcineva? Nu _____ Da_____

11. **Ai fost martor cand cineva a fost omorat sau serios accidentat sau agresat sexual?**

Nu _____ Da _____ Daca da, la ce varsta? _____

Descrie la ce ai fost martor _____

A fost si viata ta in pericol? _____

12. **Ai fost vreodata in alta situatie cand ai fost traumatizat serios sau cu viata in pericol (ed ex. implicat intr-un conflict militar sau sa traiesti intr-o zona de razboi)?**

Nu _____ Da _____ Daca da, la ce varsta? _____

Te rog sa descrii_____

13. **Ai fost vreodata in oricare alta situatie extrem de periculoasa sau terifianta care nu a fost mentionata mai sus?**

Nu _____ Da _____ Daca da, la ce varsta? _____

Te rog sa descrii_____

14. **DACA VREUNUL DIN EVENIMENTELE SAU SITUATIILE DEJA DESCRISE TI S-A INTAMPLAT MAI MULT DECAT O DATA (de ex. Doua jafuri, doua peresoane diferite comitand acelsi act) TE ROG SA FOLOSESTI SPATIUL DE MAI JOS CA SA DESCRII**

FIECARE EVENIMENT. FURNIZEAZA ACELEASI INFORMATII CERUTE PENTRU EVENIMENTUL PETRECUT PRIMA OARA SI MENTIONAT MAI SUS.

Numarul intrebarii _____ Descriere_____
_____
_____

Numarul intrebarii _____ Descriere_____
_____
_____

Numarul intrebarii _____ Descriere_____
_____
_____

15. CAND AI COMPLETAT ACEST CHESTIONAR S-A INTAMPLAT SA RAPORTEZI ACELASI EVENIMENT SAU SITUATIE DE MAI MULTE ORI LA DIFERITE INTREBARI?

Nu_____ Da_____

Daca Da, mentioneaza numarul ei la care ai raportat acelasi incident/eveniment _____

- oo O oo -

Anexa Nr. 5

Scala Administrata de Clinician pentru TPTS conform DSM-IV

(versiunea 1998)

(Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV)

Criteriul A: Persoana a fost expusa la un eveniment traumatic si ambele din urmatoarele sunt prezente:
1. Persoana a trait, a fost martora sau a fost confruntata cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea sau amenintarea cu moartea sau accidentare serioasa sau o amenintare serioasa la integritatea fizica a sa sau a altora;
2. Raspunsul peresoanei implica a frica intensa, sentimentul de neajutorare sau oroare. Noteaza: la copii aceasta poate sa apara sub forma unui comportament dezorganizat sau agitatie.

Doresc sa te intreb despre unele dificultati sau evenimente stressante care le se intampla uneori oamenilor. De exemplu: sa suferi accidente serioase, uragane, cutremure sau sa fi fost batut, atacat sau amenintat cu arma sau sa fi fost fortat sa faci sex impotriva vointei tale. Te rog sa te uiti pe o lista cu evenimente de acest tip si sa bifezi ceea ce se potriveste cu ceea ce ai trait. Daca ceva din acestea ti s-a intamplat te rog sa descri pe scurt ce s-a intamplat si cum te-ai simtit atunci.

Unele din aceste experiente pot fi greu de amintit sau pot sa-ti provoace amintiri sau sentimente neplacute. Unii oameni considera ca vorbind despre aceste evenimente este o usurare dar tu decizi cat de mult vrei sa vorbesti despre aceste evenimente. Pe parcurs daca constati ca devin nervos sau iritat te rog sa-mi spui si o sa ne oprim sa vorbim despre asta. La fel, daca ai unele intrebari sau daca nu intelegi ceva te rog sa-mi spui. Inainte de a incepe vrei sa ma intrebi ceva?

ADIMINISTREAZA LISTA CU EVENIMENTE APOI INTREBA DESPRE EVENIMENTELE PE CARE LE-A BIFAT, DACA A BIFAT MAI MULT DE TREI EVENIMENTE ALEGE TREI EVENIMENTE DESPRE CARE SA INTREBI IN FUNCTIE DE CE S-A INTAMPLAT MAI INTAI, SEVERITATE, CE ESTE MAI RECENT, CARE AU FOST CELE MAI DIFICILE, ETC.

DACA NICI UN EVENIMENT NU A FOST BIFAT: (*A fost vre-un moment cand viata ta a fost in pericol sau cand ai fost accidentat, ranit sau abuzat?)*
DACA NU: (*Ai fost vreodata pe aproape sa mori sau sa suferi vreun traumatism serios, chiar daca nu ai fost accidentat, ranit sau abuzat*?)
DACA NU: (*Ai fost vreodata martor la astfel de evenimente sau s-au intamplat cuiva apropiat tie?)*
DACA NU: *(Ce ai putea sa spui despre unele din cele mai stressante evenimente din viata ta?)*

Evenimentul #1

Ce s-a intamplat*? (Ce varsta aveai? Cine altcineva a fost implicat? De cate ori s-a intamplat? Te-ai simtit amenintat de moarte? Ai suferit o afectare serioasa?*	***Descrie*** *(de ex. tipul evenimentului, cine l-a generat, varsta, frecventa)*
Cum s-a reflectat emotional*? (Ai fost anxios sau infricosat? Inspaimantat? Lipsit de ajutor? Ai fost socat sau paralizat de nu ai putut sa mai faci sau sa*	***A(1)*** *- Amenintare cu moartea? DA NU (proprie altuia)* *- Afectare severea? DA NU (proprie altuia)*

simti nimic?Cine altcineva a fost martor la ce ti s-a intamplat? Ce emotii ai avut dupe ce evenimentul a trecut?)	*- Amenintare la integritatea fizica DA NU (proprie altuia)* ***A(2)*** *Frica/oroare/neajutorare? DA NU (in timpul dupa)* *Criteriul (A) implinit DA PROBABIL NU*

Evenimentul #2

Ce s-a intamplat*? (Ce varsta aveai? Cine altcineva a fost implicat? De cate ori s-a intamplat? Te-ai simtit amenintat de moarte? Ai suferit o afectare serioasa?*	***Descrie*** *(de ex. tipul evenimentului, cine l-a generat, varsta, frecventa)*
Cum s-a reflectat emotional*? (Ai fost anxios sau infricosat? Inspaimantat? Lipsit de ajutor? Ai fost socat sau paralizat de nu ai putut sa mai faci sau sa simti nimic?Cine altcineva a fost martor la ce ti s-a intamplat? Ce emotii ai avut dupe ce evenimentul a trecut?)*	***A(1)*** *- Amenintare cu moartea? DA NU (proprie altuia)* *- Afectare severea? DA NU (proprie altuia)* *- Amenintare la integritatea fizica DA NU (proprie altuia)* ***A(2)*** *Frica/oroare/neajutorare? DA NU (in timpul dupa)* *Criteriul (A) implinit DA PROBABIL NU*

Evenimentul #3

Ce s-a intamplat*? (Ce varsta aveai? Cine altcineva a fost implicat? De cate ori s-a intamplat? Te-ai simtit amenintat de moarte? Ai suferit o afectare serioasa?*	***Descrie*** *(de ex. tipul evenimentului, cine l-a generat, varsta, frecventa)*
Cum s-a reflectat emotional*? (Ai fost anxios sau infricosat? Inspaimantat? Lipsit de ajutor? Ai fost socat sau paralizat de nu ai putut sa mai faci sau sa simti nimic?Cine altcineva a fost martor la ce ti s-a intamplat? Ce emotii ai avut dupe ce evenimentul a trecut?)*	***A(1)*** *- Amenintare cu moartea? DA NU (proprie altuia)* *- Afectare severea? DA NU (proprie altuia)* *- Amenintare la integritatea fizica DA NU (proprie altuia)* ***A(2)*** *Frica/oroare/neajutorare? DA NU (in timpul dupa)* *Criteriul (A) implinit DA PROBABIL NU*

Pentru restul interviului as vrea sa pastrezi in minte cum acest/aceste evenimente te-au afectat.
In continuare iti voi pune 25 intrebari. Multe din ele au doua parte: mai intai te voi intreba daca ai avut anume problema si cat de frecvent ai avut-o in ultima luna, apoi te voi intreba cat de mult te-a suparat sau te-a deranjat aceasta problema.

Criteriul B: Evenimentul traumatic este in mod persistent retrait in una sau mai mult feluri:

1. **(B-1**): amintiri recurente si intrusive ale evenimentului incluzinf imagini, ganduri sau perceptii. Noteaza: La copii poate sa apara jocuri repetitive in care temele sau aspectele traumei sunt retraite.

Frecventa (F): Ai avut vreodata amintiri nedorite ale evenimentului? Care au fost ele? (*Ce ti-ai amintit? S-au intamplat cand erai treaz sau in vis?)* [EXCLUDE DACA AMINTIRILE SUNT NUMAI IN VIS] Cat de des ai avut asemenea amintiri in ultima luna? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de mult te-au deranjat sau suparat aceste amintiri? Ai fost capabil sa le stergi si sa te gandesti la altceva? (*Cat de tare ai incercat*?) Cat de mult au interferat cu viata ta? 0 = nici un pic 1 = putin, influenta minima aspra activitatii 2 = moderat, clar deranjat de prezenta amnitirilor dar inca controlabile, ceva influenta asupra activitatii 3 = sever, foarte suparator, dificultatii in controlarea amintirilor, marcata perturbare a activitatii 4 = extrem, incapacitant, nu poate alunga amintirile, nu poate continua activitatea	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

1. (**B-2**): frecvente vise suparatoare referitor la avenimentul traumatic. Noteaza: la copii pot exista vize terifiante fara continut asemanator

Frecventa (F): Ai avut vreodata vise neplacute despre eveniment? Descrie un vis tipic. (*Ce se petrece in el?)* Cat de des ai avut astfel de vise in ultima luna? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de mult te-au deranjat sau suparat aceste vise? Te-au trezit totdeauna? [Daca DA] (*Ce s-a intamplat dupa ce te-ai trezit? Aceste vise au afectat si pa altcineva? Cum?)* [De ex. anxietatea, frica, tipete, activitati legate de cosmar) 0 = nici un pic 1 = putin, nu se trezeste totdeauna 2 = moderat, se trezeste dar repede adoarme la loc 3 = sever, foarte suparator, dificultatii in adormire la loc 4 = extrem, incapacitant, nu se poate culca la loc	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

3. (**B-3**): actioneaza sau simte ca si cum evenimentul traumatic s-ar petrce din nou (include de a retrai evenimentul, iluzii, halucinatii sau episoade disociative de retraire a evenimentului – flashbacks, inclusiv cele care se petrec cand se trezeste sau cand este sub influenta substantelor). La copii se poate intalnii retrairea traumei specifice

<u>Frecventa (F)</u>: Ai simtit sau actionat vreodata ca si cum evenimentul s-ar petrece din nou? (*Ai avut vreodata flashback-uri despre eveniment?)* [DACA NU E CLAR] *(Sa- intamplat sa retraiest evenimentul cant esti treaz sau in vis?)* [EXCLUDE CAND SE INTAMPLA IN VIS] Spune-mi despre aceasta. Cat de des s-a intamplat in ultima luna? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**<u>Intensitatea (I):</u>** Cat de mult a semanat cu ceea ce s-a petrecut cu adevarat? *(S-a intamplat sa fi confuz unde esti si ce se intampla cu tine?)* Cat de mult a durat? Ce faceai cand s-a intamplat? *(Alti oameni au inteles ca s-a petrecut cu tine? Ce au spus ei?)* 0 = nici un pic 1 = putin, nu prea realistic, doar amintind despre eveniment 2 = moderat, definit dar tranzitoriu disociativ, constient asupra ambiantei si a ce se intampla cu el 3 = sever, puternic disociativ (raporteaza imagini, sunete sau mirosuri) , putin constient asupra ambiantei 4 = extrem, complet disociativ (flashback), fara a fi constient asupra ambiantei, posibila amnezie asupra episodului	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

4. (**B-4**): intens distress psihologic la expunerea de stimuli interni sau externi care simbolizeaza sau amintesc de evenimentul traumatic

<u>Frecventa (F)</u>: Ai fost vreodata tulburat emotional de ceva care ti-a amintit de evenimentul traumatic? (*Ceva ce ti-a trezit sentimente legate de eveniment*) Ce fel de lucruri te fac sa-ti amintesti evenimentul? Cat de des s-a petrecut in ultima luna? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**<u>Intensitatea (I):</u>** Cat de mult discomfort sau suparare ti-au produs lucrurile care iti amintesc de eveniment? Cat de mult tine? Cat de tare interfera cu viata ta? 0 = nici un pic 1 = putin, putina suparare sau perturbare a activitatii 2 = moderat, distres prezent in mod clar dar controlabil, ceva perturbare a activitatii 3 = sever, distress considerabil, marcata perturbare a activitatii 4 = extrem, incapacitant, incapabil de a relua activitatea	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

5. (**B-5**): reactivitate biologica la expunerea la sugestii interne sau externe (*triggers*) care simbolizeaza sau amintesc de un aspect al agentului traumatic

Frecventa (F): Ai avute vreodata reactii fizice atunci cand te-ai amintit de eveniment? (*S-a intamplat ca corpul tau sa reactioneze in vre-un fel cand ti-ai adus aminte de eveniment?)* Da-mi cateva exemple. *(Sa-ti bata inima sau sa respiri greu, sa transpiri sau sa te simti tensionat sau sa tremuri)* Ce te-a facut sa ai astfel de reactii? Cat de des s-a intamplat in ultima luna? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de puternice au fost aceste reactii? Cat timp au durat? Au durat si dupa ce ai parasit situatia care le-a declansat? 0 = nici o reactie fizica 1 = putin, reactii fizice minime 2 = moderat, reactii fizice prezente, pot fi mentinute de expunerea la trigger 3 = sever, reactivitate fizica marcata sustinuta de prezenta trigger-ului 4 = extrem, chiar dupa ce agentul declansant a disparut	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

Criteriul C: Evitare persistenta a stimulilor asociati traumei si lipsa de raspuns/reactie generala (nu a fost prezent inainte de traumatism), indicat de trei sau mai multe din urmatoarele:

6. (**C-1**): eforturi de a evita gandurile, sentimentele sau conversatiile referitoare la trauma

Frecventa (F): Ai incercat vreodata sa eviti gandurile sau Sentimentele referitoare la trauma? *(Ce fel de ganduri sau sentimente ai vrut sa eviti?)* Dar sa eviti sa vorbesti cu altii despre trauma? *(De ce?)* Cat de des s-a intamplat in ultima luna? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de mult efort faci ca sa eviti gandurile/sentimentele/conversatiile despre trauma? (*Ce faci concret? Sau iei medicamente sau consumi alcool sau droguri?)* Cat de mult aceasta interfera cu viata ta? 0 = nici un pic 1 = putin, efort minim, putina sau de loc influenta asupra activitatii 2 = moderat, ceva efort, evitare bine definita, ceva perturbare a activitatii 3 = sever, efort considerabil, evitare marcata, perturbare marcata a activitatii 4 = extrem, incercari nesfarsite de evitare , incapabil de a continua activitatea sau ocupat tot timul de activitati de evitare	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

7. (**C-2**): Eforturi de evitare a activitatilor, locurilor sau oamenilor care ii aduc aminte de trauma

Frecventa (F): Ai incercat vreodata sa eviti anumite activtati, locuri, oameni doar ca sa nu-ti aminteasca de eveniment? (*Ce feluri de lucruri eviti?? De ce?)* Cat de des s-au intamplat in ultima luna? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de mult efort depui ca sa eviti oamenii, locurile, activitatile pe care l-ai mentionat? *(Ce faci in schimb?)* Cat de mult aceasta interfera cu viata ta? 0 = nici un pic 1 = putin, efort minim, putina sau de loc influenta asupra activitatii 2 = moderat, ceva efort, evitare bine definita, ceva perturbare a activitatii 3 = sever, efort considerabil, evitare marcata, perturbare marcata a activitatii 4 = extrem, incercari nesfarsite de evitare , incapabil de a continua activitatea sau ocupat tot timul de activitati de evitare	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

8. (**C-3**): Inabilitatea de a-si aminti importante aspecte ale traumei

Frecventa (F): Ai avut dificultati sa-ti amintesti ceva important despre eveniment? Spune-mi mai multe despre aceasta. *(Crezi ca ar trebui sa-ti amintestiaceste lucruri? De ce crezi ca nu-ti amintesti?)* In ultima luna cat de des s-a intamplat sa nu-ti amintesti lucruri importante despre eveniment? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de multe dificultati ai avut sa-ti amintesti lucruri importante despre eveniment? *(Ai fost capabil sa-ti amintesti mai bine daca te straduiesti?)* 0 = nici un pic 1 = putin, dificultati minime 2 = moderat, ceva dificultati, isi poate aminti cu efort 3 = sever, considerabile dificultati chiar dupa efortul de a-si reaminti 4 = extrem, complet incapabil de a-si reaminti aspecte importante despre eveniment	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

9. (**C-4**): diminuarea marcata a interesului sau participarii in activitati semnificative

Frecventa (F): Ai fost vreodata mai putin interesat de activitati care iti placeau? *(Ce fel de lucruri de interesau? Exista lucruri pe care nu la mai faci deloc? De ce?)* In ultima luna in cate activitati ai fost mai putin interesat? *(Ce lucruri te mai intereseaza?)* Cand ai inceput sa simti astfel? *(Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de puternica a fost lipsa ta de interes? *(Te bucuri odata ce ai inceput o activitate ce-ti placea?)* 0 = nici un pic 1 = putin, usoara pierdere a interesului, se bucura dupa ce incepe activitatea 2 = moderat, pierdere evidenta de interes dar se mai bucura de ceva activitati 3 = sever, considerabila pierdere de interes 4 = extrem, complet fara interes, nu mai participa in activitati Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

10. (**C-5**): sentimente de detasare sau instrainare fata de altii

Frecventa (F): Ai fost vreodata distant sau rupt de alti oameni? Cum a fost? Cat de mult te-ai simtit asa in ultima luna? Cand a inceput asta? (*Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de puternice au fost sentimentele tale de a fi detasat sau instrainat de altii? *(Cu cine te simti cel mai apropiat? Cu cat de multi oameni te simti comfortabil sa vorbesti de lucrurile tale personale?)* 0 = nici un sentiment de detasare sau instrainare 1 = putin, usoara desincronizare cu altii 2 = moderat, sentimente de detasare evidente dar inca se simte conectat la altii 3 = sever, sentimente marcate de detasare sau instrainare fata de cei mai multi oameni, mai are 1-2 oameni apropiati 4 = extrem, se simte complet detasat sau instrainat, nu are pe nimeni aproape Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

11. **(C-6)**: afect ingustat (de ex. incapabil sa aiba sentimente de iubire)

Frecventa (F): Au existat momente cand te-ai simtit insensibil emotional sau ai avut probleme sa simti ca iubesti sau ca esti fericit? *(Cu ce sentimente ai avut probleme?)* Cat de mult timp ai simtit asta in ultima luna? Cand ai inceput sa fi incapabil sa traiesti sentimentele tale? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de mult ai fost incapabil sa simti emotii? (*Ce fel de sentimente ai fost incapabil sa le traiesti?)* 0 = nici o reducere a capacitatii de a avea sentimente 1 = putin, usoara reducere a capacitatii emotionale 2 = moderat, reducere a capacitatii de a avea sentimente dar este capabil sa exprime emotiile bazale 3 = sever, marcata reducere a sentimentelor in cel putin doua domenii importante (de ex. iubire, fericire) 4 = extrem, lipsa completa de emotii Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

12. **(C-7):** sentiment de lipsa de viitor (de ex. Nu se asteapta la nimic bun la lucru, familiar, de la copii si de la viata in general)

Frecventa (F): Au existat momente cand ai simtit ca nu trebuie sa-ti faci planuri de viitor ca oricum nu mai ai mult? Cum? [Intreaba despre elimina riscurile rationale] Cat de mult timp in ultima luna ai simtit in acest fel? De cand ai inceput sa gandesti asa? (*Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de pouternice sunt sentimentele tale ca viitorul va fi sumbru? *(Ct de mult crezi ca mai ai de trait?Cat de convins esti ca vei muri prematur?)* 0 = nici un sentiment de lipsa de viitor 1 = putin, usor sentiment de ingustare a viitorului 2 = moderat, sentiment bine conturat de lipsa de viitor dar fara o predictie asupra longevitatii 3 = sever, maracat sens de reducere a viitorului care s-ar putea repercuta asupra longevitatii 4 = extrem, sentiment coplesitor de lipsa de viitor, convins de moarte prematura Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____
Criteriul D: Simptome persistente de crestere a excitabilitatii si vigilentei (nu au fost prezente inainte de eveniment) indicate prin cel putin doua din urmatoarele:		

13. **(D-1):**dificultati de adormire sau de mentinere a somnului

Frecventa (F): Ai avut probleme sa adormi sau sa dormi? Cat de des s-a intamplat in ultima luna? Cand a inceput sa ai aceasta problema? *(Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic Probleme cu adormitul Da Nu Trezitul in timpul somnului Da Nu Trezitul foarte devreme Da Nu Nr. total de ore dormite _____ Nr. de ore de somn normal _____	**Intensitatea (I):** Cat de mari sunt problemele tale cu somnul? (*Cat de greu adormi? Cat de des te trezesti noaptea? Cat de des te trezesti mai devreme decat ai dorit? Cat ore dormi in medie pe noapte?* 0 = fara probleme cu somnul 1 = putin, usoare probleme cu adormitul sau cu mentinerea somnului (pana la 30' mai putin somn) 2 = moderat, probleme evidente cu somnul , adormire grea, 30-90"somn mai putin 3 = sever, marcate dificultati cu adormirea sau mentinerea somnului, 90'-3 h somn mai putin 4 = extrem, lunga latenta in adormire, dificultati in mentinerea somnului, peste 3h somn mai putin pe zi Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

14. **(D-2):** iritabilitate sau explozii de manie

Frecventa (F): Au fost momente cand te-ai simtit iritabil sau manios? Poti sa-mi dai niste exemple? Cat de des s-a intamplat in ultima luna? Cand au inceput? (*Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de tare te-ai maniat? *(Cum te-ai manifestat? Cat de greu a fost sa-ti ascunzi mania?)* Cat timp ti-a luat sa-ti revii? Mania ta ti-a cauzat ceva probleme? 0 = fara probleme cu mania 1 = putin, usoare iritabilitate, poate ridica vocea cand este manios 2 = moderat, iritabilitate evidenta sau incercare de a suprima mania, isi revine repede 3 = sever, marcata iritabilitate sau incercari evidente de a tine sub control mania, poate fi agresiv verbal 4 = extrem, manie pentru orice si incercari drastice de a o tine sub control, episode de violenta fizica Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

15. **(D-3)**: dificultati de concentrare

Frecventa (F): Ai constatat ca este dificil sa te concentrezi la ceea ce aveai de facut or la ce se intqampla in jur? Descrie? Cat de mult s-a intamplat in ultima luna? Cand a inceput sa se intample? (*Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de dificil a fost sa te concentrezi? [Include observatiile din timpul interviului] Cat de mult aceasta a afectat viata ta? 0 = fara probleme cu concentrarea 1 = putin, usoara nevoie de a se concentra, putina sau de loc interferenta cu activitatea 2 = moderat, pierdere evidenta de concentrare dar se poate concentra cu efort, usoara interferenta cu activitatea 3 = sever, pierdere marcata de concentrare chiar daca face efort, marcata afectare a activitatii 4 = extrem, incapacitate totala de a se concentra, incapacitate de a se angaja in activitati Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

16. **(D-4)**: hipervigilenta

Frecventa (F): Te-ai simtit alert si in garda chiar atunci cand nu aveai de ce? *(Te-ai simtit constant vigilent?)* De ce? Cat de mult timp in ultima luna? Cand ai inceput sa te simti asa? *(Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de tare ai incercat sa fi vigilent fata de lucrurile ce se petrec in jur? [Include si observatia din timpul interviului] Ti-a cauzat aceasta ceva neplaceri? 0 = fara hipervigilenta 1 = putin, vigilenta minima, usoara stare de alerta 2 = moderat, clara hipervigilenta, in garda cand e in public (vrea sa fie in siguranta in locuri publica, teatru, restrarante, etc) 3 = sever, marcata hipervigilenta, preocupare exagerata fata de siguranta 4 = extrem, hipervigilenta extrema, consuma timp si eneregie pentru siguranta, comportament excesiv de alerta si siguranta Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

17. **(D-5**): reactie de tresarire exagerata

Frecventa (F): Ai avut reactii exagerate de tresarire? Cand se intampla? *(Cce fel de lucruri te fac sa tresari?)* Cat de des s-a intamplat in ultima luna? Cand a inceput sa se intample? *(Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de puternice sunt aceste reactii de tresarire? *(Cat de puternice sunt comparativ cu cele ale majoritatii oamenilor?)* Cat de mult au tinut? 0 = fara reactii de tresarire 1 = putin, reactie minima 2 = moderat, clara reactie de tresarire 3 = sever, marcata reactie de tresarire, urmata de senzatie de vigilitate 4 = extrem, tresarire extrema, comportament evidet de tresarire si sperietura Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil	**Ultima saptamana** **F** _____ **I** _____ **Ultima luna** **F** _____ **I** _____ **In intreaga viata** **F** _____ **I** _____

Criteriul E: Durata tulburarii (simptomele de la criteriul B, C si D) este mai mare de o luna

18. Debutul simptomelor

[Daca nu este inca clar] Cand ai inceput sa ai simptome despre care tocmai am vorbit (simptome de TPTS) *(La cat timp dupa eveniment au aparut? Mai mult de 6 luni?)*	_____ nr total de luni dupa eveniment cand au aparut simptomele Intarziere de peste 6 luni Da Nu

19. durata simptomelor

		Curent		Dealungul vietii	
Cat de mult timp ai avut aceste simptome deodata in ultimul timp?	Durata mai mult de 1 luna? Nr. total de luni_____	NU	DA	NU	DA
Cat de mult timp ai avut aceste simptome deodata de-a lungul timpului?	Acut (< 3 luni) Cronic (> 3 luni)	Acut	Cronic	Acut	Cronic

Criteriul F: Tulburarea cauzeaza semnificativ distress psihologic si afectare a functionarii sociale, ocupationale si in alte arii de functionare

20. Distressul psihologic

[CURENT] In ultimul timp cat de mult ai fost suparat de aceste simptome care tocmai mi le-ai spus? [PENTRU TOATA VIATA] In general, de-a lungul vietii cat de mult ai fost suparat de aceste simptome care tocmai mi le-ai spus?	0 = deloc 1 = putin, distress minim 2 = moderat, distress clar prezent dar inca controlabil 3 = sever, considerabil distress 4 = extrem, distress incapacitant	Ultima saptamana _____ Ultima luna _____ Pentru toata viata _____

21. Afectarea functionarii sociale

[CURENT] In ultimu timp aceste simptome ti-au afectat relatiile cu alti oameni? Cum? [PENTRU TOATA VIATA] In general, de-a lungul vietii aceste simptome ti-au afectat relatiile cu alti oameni? Cum?	0 = deloc 1 = putin, impact minim asupra functionarii sociale 2 = moderat, impact evident dar multe aspecte ale functionarii sociale raman intacte 3 = sever, impact marcat si doar putine aspecte ale functionarii raman neafectate 4 = extrem, functionare sociala slaba sau total afectata	Ultima saptamana _____ Ultima luna _____ Pentru toata viata _____

22. Afectarea functionarii ocupationale sau a alto arii importante de functionare

[CURENT – DACA NU ESTE CLAR] Lucrezi undeva? DACA DA: Aceste simptome ti-au afectat serviciul? Cum? (*Ia in considerare toate aspectele incepand de la capacitatea de munca pana la relatiile de munca)* [PENTRU COPII/ADOLESCENTI INTREABA DE SCOALA] DACA NU: Aceste simptome au afectat alte domenii ale vietii tale? [IA IN CONSIDERATIE ROLUL DE PARINTE, ACTIVITATEA DOMESTICA, TIMUL LIBER, ETC.] Cum? [PENTRU TOATA VIATA] Ai lucrat undeva? DACA DA: Aceste simptome ti-au afectat serviciul? Cum? DACA NU: Aceste simptome au afectat alte domenii ale vietii tale? Cum?	0 = nici un impact 1 = putin, impact minim asupra functionarii ocupationale sau in alte domenii 2 = moderat, impact evident dar multe aspecte ale functionarii raman intacte 3 = sever, impact marcat si doar putine aspecte ale functionarii raman neafectate 4 = extrem, functionare slaba sau total afectata	Ultima saptamana _____ Ultima luna _____ Pentru toata viata _____

Evaluare globala:

23. Validitate globala

ESTIMEAZA INCREDEREA GLOBALA A RASPUNSURILOR SI IA IN CONSIDERARE COMPORTAMENTUL FATA DE INTERVIU, STATUTUL MENTAL SI EFORTURILE DE A MINIMALIZA SAU EXAGERA SIMPTOMELE	0 = excelent, nici o suspiciune privind autenticitatea 1 = bun, sunt prezenti factori care ar putea afecta validitatea 2 = moderat, factori care in mod cert reduc increderea in simptomele clamate 3 = proasta, validitate marcat redusa 4 = raspunsuri lipsite de incredere, conditie mentala severa sau deliberata exagerare sau minciuna

24. Severitate globala

EVALUEAZA SEVERITATEA GLOBALA A SIMPTOMELOR, IA IN CONSIDERATIE DISTRESSUL PSIHOLOGIC, AFECTAREA FUNCTIONARII, COMPORTAMENTUL IN TIMPUL INTERVIULUI	0 = fara simptome clinice, fara distress sau afectare a functionarii 1 = usor, minim distress sau probleme de functionare 2 = moderat, evident distress si probleme de functionare dar functionarea este satisfacatoare 3 = sever, distress si probleme de functionare considerabile, functioneaza doar cu efort 4 = extrem, marcat distress si marcate probleme de functionare in cel putin doua arii de functionare	Ultima saptamana _____ Ultima luna _____ Pentru toata viata _____

25. Ameliorare globala

IA IN CONSIDERARE AMELIORAREA GLOBALA DE LA EVALUAREA INITIALA. DACA NU EXISTA O EVALUARE INITITALA IA IN CONSIDERATIE EVOLUTIA SIMPTOMELOR IN ULTIMELE 6 LUNI. IA IN CONSIDERARE SI DACA SCHIMBAREA S-A DATORAT TRATAMENTULUI SAU NU	0 = asimptomatic 1 = ameliorare considerabila 2 = ameliorare moderata 3 = ameliorare usoara 4 = nici o ameliorare 5 = informatii insuficiente

Simptomele de TPTS, diagnostic episod curent

Criteriul A implinit (prezenta traumei)?	DA	NU
Criteriul B ($\geq$ 1 simptom)	DA	NU
Criteriul C ($\geq$ 3 simptome)	DA	NU
Criteriul D ($\geq$ 2 simptome)	DA	NU
Criteriul E implinit (durata $\geq$ o luna)?	DA	NU
Criteriul F implinit (distress/afectare)	DA	NU

_____

TPTS, EPISOD CURENT *(Criteriile A – F prezente)*? DA NU

DACA CRITERIILE PENTRU EPISODUL CURENT NU SUNT IMPLINITE EVALUEAZA PREZENTA TPTS PENTRU "TOATA VIATA" ADICA IN ORICE ALTA PERIOADA A VIETII SUBIECTULUI SI IDENTIFICA O PERIOADA DE CEL PUTIN O LUNA CU SIMPTOME SPECIFICE CE AU APARUT DUPA UN EVENIMENT TRAUMATIC

Intreaba:
De la producerea evenimentului, a exista o perioada
cand aceste simptome au fost mai severe decat in ultima
luna? Cand a fost aceasta? Cat a tinut? (*Cel putin o luna?)*

DACA AU FOST MAI MULTE PERIOADE IN TRECUT:
Cand ai fost cel mai tare suparat de aceste simptome?

DACA A EXISTAT CEL PUTIN O PERIOADA EVALUEAZA ITEMII 1-17 DAR MODIFICA EVALUAREA FRECVENTEI FACAND REFERIRE DOAR LA PERIOADA CEA MAI REA
In acea perioada de timp ai avut (SIMPTOMUL)?
Cat de des?

Simptomele de TPTS, diagnostic "pentru toata viata"

Criteriul A implinit (prezenta traumei)?	DA	NU
Criteriul B ($\geq$ 1 simptom)	DA	NU
Criteriul C ($\geq$ 3 simptome)	DA	NU
Criteriul D ($\geq$ 2 simptome)	DA	NU
Criteriul E implinit (durata $\geq$ o luna)?	DA	NU
Criteriul F implinit (distress/afectare)	DA	NU

_____

TPTS, EPISOD TOATA VIATA *(Criteriile A – F prezente)*? DA NU

Trasaturi asociate

26. Vinovatie fata de ceea ce a facut sau nu a facut in timpul evenimentului

Frecventa (F): Te-ai simtit vinovat de ceva care ai facut sa nu ai facut in timpul evenimentului? Spune-mi despre asta. *(De ce te simti vinovat?)* Cat de mult te-ai simtit in acest fac in ultima luna? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**Intensitatea (I):** Cat de puternice au fost sentimentele de vinovatie? Cat de mult te-au suparat? 0 = fara sentimente de vinovatie 1 = usor, minime sentimente de vinovatie 2 = moderat, evidenta vinovatie, suparatoare dar inca controlabile 3 = sever, sentimente marcate de vinovatie, foarte suparatoare 4 = extrem, sentimente generalizate de vinovatie, dizabilitante	Ultima saptamana _____ Ultima luna _____ Pentru toata viata _____

27. Vinovatia supravietuirii

<u>Frecventa (F)</u>: Te-ai simtit vinovat ca ai supravietuit evenimentului in timp ce altii nu? Spune-mi mai multe despre asta. *(Ce teface sa te simti vinovat?)* Cat de mult timp te-ai simtit in acest fel in ultima luna? 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**<u>Intensitatea (I):</u>** Cat de puternice sunt aceste sentimente de vinovatie? Cat de mult de perturba sau te supara? 0 = fara sentimente de vinovatie 1 = usor, minime sentimente de vinovatie 2 = moderat, evidenta vinovatie, suparatoare dar inca controlabile 3 = sever, sentimente marcate de vinovatie, foarte suparatoare 4 = extrem, sentimente generalizate de vinovatie, dizabilitante	Ultima saptamana _____ Ultima luna _____ Pentru toata viata _____

28. Reducere a constientizarea ambiantei (de ex. a cade pe ganduri sau a fi ca in transa, a fi stupefiat)

<u>Frecventa (F)</u>: Au existat momente cand ai pierdut contactul cu lucrurile din jur ca si cum ai fi cazut pe ganduri sau a fi in transa? Cum a fost? [DEOSEBESTE-TE DE FLASHBACK] Cat de des s-a intamplat in ultima luna? (*Aceasta s-a petrecut datorita bolii sau din cauza alcoolului/drogurilor?)* Cand s-a intamplat prima oara? (*Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**<u>Intensitatea (I):</u>** Cat de puternice au fost experientele de a fi in transa sau de a pierde contactul cu ambianta? *(Ai fost confuz unde esti sau ce faci?)* Cat de mult a tinut? Ce ai facut atunci? *(Alti oameni si-au dat seama ce se intampla cu tine? Ce au spus?)* 0 = nici o reducere a constientei 1 = usoara reducere a constientei 2 = moderata, definita dar tranzitorie reducere a constientizarii, unii raporteaza sentimente de dezorientare 3 = sever, maracata reducere a constientizarii ce poate dura cateva ore 4 = extrem, completa pierdere a constientizarii anbiantei, cu lipsa de raspuns fata de ambianta, posibila amnezie a episodului (blackout) Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil Curent____ Durata vietii_____	Ultima saptamana _____ Ultima luna _____ Pentru toata viata _____

29. Derealizare

<u>Frecventa (F)</u>: Au existat momente ca lucrurile care se petreceau in jurul tau pareau ireale sau foarte stranii si necunoscute? [DACA NU]: *(Dar despre momente cand oamenii pe care ii cunosteai au parut brusc straini?)* Cum a fost? Cat de des s-a intamplat in ultima luna? [DACA NU E CLAR] Cand ai inceput sa ai astfel de trairi? (*Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**<u>Intensitatea (I):</u>** Cat de puternica a fost aceasta traire [DEREALIZAREA] Cat de mult a tinut? Ce ai facut atunci cand a aparut? *(Alti oameni si-au dat seama ce se intampla cu tine? Ce au spus?)* 0 =nici o derealizare 1 = usor, minima derealizare 2 = moderata dar tranzitorie derealizare 3 = severa, marcata confuzie asupra a ceea ce e real sau nu, poate dura cateva ore 4 = extrem, derealizare profunda, pierderea sensului realitatii si familiaritatii Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil Curent_____ Durata vietii_____	Ultima saptamana _____ Ultima luna _____ Pentru toata viata _____

30. Depersonalizare

<u>Frecventa (F)</u>: Au fost mumente cand ai simtit ca si cum ai fi inafara corpului privind la tine ca si cum ai fi o alta persoana? [DACA NU]: (*Dar momente cand corpul tau ti-a parut strain ca si cum s-a schimbat intr-un fel?)* Cum a fost? [DACA NU E CLAR]: (*Aceasta s-a petrecut datorita bolii sau din cauza alcoolulu sau drogurilor?)* Cand s-a intamplat prima oara? (*Dupa eveniment?)* 0 = niciodata 1 = odata sau de doua ori 2 = 1-2 ori pe saptamana 3 = de mai multe ori pe saptamana 4 = zilnic sau aproape zilnic **Descriere/exemple**:	**<u>Intensitatea (I):</u>** Cat de puternica a fost aceasta traire [DEPERSONALIZAREA] Cat de mult a tinut? Ce ai facut atunci cand a aparut? *(Alti oameni si-au dat seama ce se intampla cu tine? Ce au spus?)* 0 =nici o depersonalizare 1 = usor, minima depersonalizare 2 = moderata dar tranzitorie depersonalizare 3 = severa, marcata deperesonalizare, marcata detasare de sine, poate dura cateva ore 4 = extrem, depersonalizare profunda, dramatic sentiment de detasare fata de sine Este in legatura cu traumatismul? 1 definit 2 probabil 3 improbabil Curent_____ Durata vietii_____	Ultima saptamana _____ Ultima luna _____ Pentru toata viata _____

FOAIA DE SCOR PENTRU CAPS-1

Nume_____ Intervievator _____Data_____

A. Evenimentul traumatic

B. Retrairea evenimentului	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
1. Amintiri intrusive, nedorite									
2. Vise terifiante									
3. Actiuni sau sentimente ca si cum evenimentul se petrece din nou									
4. Distress psihologic la expunerea la sugestii care amintesc evenimentul									
5. Reactivitate fiziologica la sugestii care amintesc evenimentul									
B. SUBTOTAL									
Numar de criterii B indeplinite (*este nevoie de unul*)									

(F = frecveta ; I = intensitate; F+I = severitate)

C. Detasare si insensibilitate emotionala	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
6. Evitarea gandurilor si sentimentelor									
7. Evitarea activitatilor, locurilor si oamenilor									
8. Inabilitatea de a-si aminti importante aspecte ale evenimentului									
9. Diminuarea interesului pentru activitati									
10. Detasare si instrainare									
11. Afect ingustat									
12. Sentimentul de lipsa de viitor									
C. SUBTOTAL									
Numar de criterii C indeplinite (*este nevoie de 3)*									

D. Simptome de hipervigilenta si hiperexcitabilitate	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
13. Dificultati de a adormi sau a mentine somnul									
14. Iritabilitate si explozii de manie									
15. Dificultati de concentrare									
16. Hipervigilenta									
17. Reactie exagerata de tresarire									
D. SUBTOTAL									
Numar de criterii D indeplinite (*este nevoie de 2)*									

Total Frecventa, Intensitate si Severitate	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
Suma subtotalurilor (B + C + D)									

E. Durata tulburarii	Curent		Durata vietii	
19. Durata tulburarii cel putin o luna	NU	DA	NU	DA

F. Distress semnificativ si afectare a functionarii	Ultima saptamana	Ultima luna	Toata viata
20. Distress subiectiv			
21. Afectarea functionarii sociale			
22. Afectarea functionarii ocupationale			
CEL PUTIN UNA $\geq$ 2	NU DA	NU DA	NU DA

Diagnosticul TPTS TPTS prezenta? Toate criteriile A-F indeplinite?	curent		toata viata	
	NU	DA	NU	DA
18. cu debut intarziat ($\geq$ de 6 luni intarziere)	NU	DA	NU	DA
19. acut (< 3 luni) sau cronic ($\geq$ 3 luni)	Acut	Cronic	Acut	Cronic

Evaluarea globala	Ultima saptamana	Ultima luna	Toata viata
23. Validitate globala			
24. Severitate globala			
25. Ameliorare globala			

Trasaturi asociate	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
26. Vinovatie fata de ce a facut si ce nu a facut									
27. Vinovatia de a supravietui									
28. Derealizare									
30. Depersonalizare									

- oo O oo -

Anexa Nr. 6

Interviul scurt de evaluare a TPTS

(*Short PTSD Rating Interview – SPRINT)*

_____,

I. Identifica evenimentul traumatic relevant:

II. Apoi intreaba: In ultima saptamana….

Nr	Intrebare	Deloc 0	Putin 1	Moderat 2	Mult 3	Foarte mult 4
1	Cat de mult te-au suparat amintirile nedorite, cosmarurile sau lucrurile care ti-au evocat evenimentul?					
2	Cat de mult efort a trebuit sa faci ca sa eviti sa te gandesti sau sa vorbesti despre eveniment sau se eviti lucrurile care ti-ar putea aminti de el?					
3	Cat de mult ai pierdut placerea sa faci anumite lucruri izolandu-te de oameni sau avand dificultati sa simti ceea ce altadata simteai?					
4	Cat de tare te-au suparat problemele cu somnul, lipsa de concentrare, frica, iritabilitatea sau sa fi in garda?					
5	Cat de mult te-a suparat durerea sau oboseala?					
6	Catr de mult te-a suparat evenimentele stresante sau dificultatile?					
7	Cat de mult simptomele de mai sus au interferat cu munca sau cu activitatile tale zilnice?					
8	Cat de mult simptomele de mai sus au influentat relatiile de families au cu prietenii?					
9	Cat de bine te simti de cand ai inceput sa iei tratament? (in procente)	0%		50%		100%
10	Cat de mult simptomele de mai sus s-au imbunatatit de cand ai inceput tratamentul?	Mai rau 5	Nici o schimbare 4	Minim 3	Mult 2	Foarte mult 1

- oo O oo -

Anexa Nr. 7

Scala de simptome post-traumatice de stress - Interviul pentru DSM-5

PTSD Symptom Scale – Interview for DSM-5 (PSS-I-5)

Past week Version

Foloseste urmatoarea introducere pentru a orienta subiectul in ceea ce are de facut si cadrul de timp la care ne referim:
"Doresc a obtinem o imagine clara si reala a ceea ce s-a petrecut cu tine in ultima luna in ceea ce priveste trauma si dificultatile ce ti le-a generat. Asa ca iti reamintesc ziua de astazi este....Hai sa mergem o luna in urma... (spune data). Aceasta este perioada de timp pe care doresc sa o iei in considerare. In timpul interviului te rog sa-ti amintesti de dificultatile pe care le-ai trait datorita traumei pe care ai avut-o (aminteste trauma/evenimentul). Ai vre-o intrebare?"

SIMPTOME RE-TRAITE (se cere un simptom)

1) Ai avut amintiri nedorite si neplacute despre trauma?

Intrebari care urmeaza in cazul raspunsului pozitiv:
Cat de des ai avut aceste amintiri in ultima luna?
Te gandesti la trauma in mod special sau aceste amintiri vin spontan, fara sa le doresti?
Poti sa te opresti sa te gandesti la aceste amintiri atunci cand vrei?
Cat de mult te supara aceste amintiri?
Aceasta intrebare se refera la ganduri intrusive nedorite legate de trauma care sunt in mod curent neplacute - indiferent daca sunt sugerate de lucruri legate sau nu de trauma. Daca subiectul isi aminteste de trauma in mod voit, aceasta nu ar trebui luata in considerare.
Acest item trebui evaluat in concordanta cu frecvente simptomului, ca si in functie de intensitatea acestor amintiri (care includ grade de neplacere asociate si care cer efort pentru a le opri si a schimba focusul gandurilor).

2) Ai avut vise rele sau cosmaruri legate de trauma?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Cat de des ai avut aceste vise in ultima luna?
Cat de intense sunt visele?
Ce se intampla cand ai aceste vise?
Te scoala din somn aceste vise?
Poti sa mai adormi la loc dupa ce ai avut aceste vise?
Visele rele sau cosmarurile nu sunt identice cu trauma avuta. Ele pot fi in legatura cu alte pericole sau posibile traume sau sa produca un afect similar cu cel pe care l-a produs trauma traita.
st item trebuie evaluat in functie de frecventa simptomului casi in functie de intensitatea viselor (care includ trairea necazului subiectului, indiferent daca subiectul se trezeste sau daca poate adormi la loc).

3) Ai avut sentimentul ca si cum trauma s-ar petrece din nou?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Aceasta nu este ca atunci cand esti foarte suparat de gandurile despre trauma avuta.
Aceasta este cand simti ca si cum trauma s-ar petrece din nou.
Ai avut acest sentiment in ultima saptamana?

Este la fel ca atunci cand ai o amintire vie (flashback)?
Devi confuz in timpujl acestei amintiri vii a traumei (flashback)?
De cate ori ai avut flashback-uri in ultima saptamana?

Flashback-urile includ cel putin sentimentul ca trauma se petrece din nou (de ex. "se petrece din nou" sau "Sunt inapoi in timp"). Daca descrierea subiectului asupra evanimentului se refera la o perceptie neplacuta sau la o experienta emotionala care este similara cu cele traite in timpul traumei, si subiectul nu raporteaza nici o disociatie, scoreaza experienta ca item 4 sau 5 de mai jos.
Acest item ar trebuie evaluat in functie de frecventa simptomului ca si in functie de intensitatea reamintirilor vii.

4) Ai fost foarte AFECTAT NEGATIV EMOTIONAL cand iti amintesti de trauma?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Ce se petrece?
Ce fel de lucruri iti amintesc de trauma?
Cat de suparat esti atunci?
Altii isi dau seaman ca esti suparat?
Cat timp iti ia sa devi din nou calm apoi?
De cate ori ai avut amintiri care te-a facut sa fi afectat negativ emotional in ultima saptamana?
Aceasta problema se refera la necazul emotional ca raspuns la lucruri care ii reamintesc de trauma. Supararea emotionala nu este limitata la frica, ci implica si tristete, manie, vina, rusine sau ingrijorare. Dificultatea trairii de sentimente pozitive (itemul 14) si sentimentele negative intense neprovocate (itemul 11) nu trebuie incluse aici. Asigura-te ca amintirea traumei este o situatie care din punct de vedere obiectiv nu este periculoasa si nu scora aici reactiile emotionale la situatii obiectiv periculoase. Acest item trebuie evaluat in functie de frecventa aparitiei lui si de intensitatea necazului emotional pe care-l produce reamintirea traumei.

5) Ai avut reactii FIZICE cand iti amintesti de trauma (de ex. transpiratii, palpitatii)?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Ce se petrece?
Ce fel de lucruri iti amintesc de trauma?
Ce fel de reactii fizice ai atunci?
Cat de intense sunt aceste reactii fizice?
Cat timp tin panca cand devi iarasi calm?
De cate ori aceste reamintiri au condus la reactii intense fizice in ultima saptamana?
Reactiile fizice ca raspuns la reamintirea traumei pot include palpitatii, tulburari de respiratie, greata, transpiratii, tremuraturi si alte simptome fizice.
Acest item trebuie evaluat in functie de frecventa simptomelor ca si in functie de intensitatea acestor reactii fizice (care includ severitatea simptomelor si marimea supararii pe care o produc).

EVITARE (se cere un simptom)

6) Have you been making efforts to avoid thoughts or feelings related to the trauma?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Ce ganduri sau sentimente eviti?
Ce faci ca sa eviti aceste ganduri si sentimente?
Exista dati cand nu eviti aceste ganduri sau sentimente legate de trauma?
De cate ori ai evitata aceste ganduri si sentimente legate de trauma in ultima saptamana?
In procente, cat de mult din gandurile si sentimentele legate de trauma ai evitat?
Subiectii adevea vor spune despre strategiile lor precum indepartarea gandurilor, vorbitul la telefon, implicarea in ceva care sa-l tina ocupat, cantatul la un instrument. In cazurile in care evitarea cognitiva este neclara (de ex. evita gandurile legate de problemele legale legate de trauma dar nu trauma in sine), evalueaza supararea sau frica ca factor de motivare. Daca subiectul raporteaza frica sau alte emotii negative legate de ganduri, considera aceste cazuri ca evitare cognitiva.

Acest item trebuie evaluat in legatura cu frecventa simptomului precum si cu intensitatea evitarii (cat de mult efort face ca sa evite ganduri sau sentimente). Daca evaluarea nu este clara, procentajul de timp consumat cu evitarea gandurilor si sentimentelor poate fi de ajutor.

7) Ai facut eforturi de a evita activitati, situatii sau locuri care iti amintesc de trauma sau care le-ai simtit mai periculoase de cand ai suferit trauma?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Ce activitati, situatii sau locui eviti?
Ce incerci sa faci cu scopul de a evita aceste lucruri?
Cat de mult efort iti ia sa le eviti?
Ce efect are evitarea cestor activitati, situatii sau locuri asupra vietii tale?
Exista dati cand nu incerci sa eviti aceste activitati, situatii sau locuri?
De cate ori le-ai evitat in ultima saptamana?
Scoreaza comportamentele ca evitante daca evitarea este motivata de faptul de a nu dori sa se confruncte cu amintirile traumei sau sa fie in situatii in care se simte mai in pericol de cat cu evenimentul traumatic. Fi sigur ca evitarea situatiilor este in mod obiectiv eficienta. Nu scoreaza evitarile ale situatiilor intradevar periculoase pentru toti oamenii.
Acest item trebuie evaluat in functie de frecventa simptomului ca si a intensitatii evitatii (care include cantitatea de efort ceruta pentru a evita situatiile).

SCHIMBARI IN COGNITIE SI DISPOZITIE PSIHICA (doua simptome sunt cerute)

8) Exista parti ale traumei pe care nu ti le amintesti?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Exista parti lipsa in memoria ta despre trauma?
Crezi ca ar TREBUI sa-ti amintesti aceste parti?
Ai avut lovituri la cap sau ai avut o perioada de inconstienta in timpul traumei?
Ai fost sub influenta alcoolului sau a droguriloe in acel moment?
Daca incerci sa-ti amintesti trauma, esti capabil sa o faci?
Amnezia disociativa este scorata cand subiectul indica ca memoriile sale asupra traumei prezinta lipsuri sau "gauri" de memorie. Acest simptom nu trebuie scorat daca pierderile de memorie sunt asociate cu pasaje de timp sau sunt rezultatul pierderii de constiinta din timpul traumei (de exemplu dupa traumatisme craniene sau sub influenta alcoolului sau drugurilor). In aceste cazuri, in absenta unei evidente clare a amneziei psihologice, asuma ca amnezia este organica si nu o ia in considerare. Un exemplu de amnezie disociativa este daca subiectul raporteaza povesteste in detaliu trauma pana la un punct si apoi are o perioada lipsa de detalii (o gaura de memorie) ca mai apoi sa reia povestea detaliata a traumei mai departe.
Acest item trebuie sa fie evaluat in functie de intensitatea simptomului (care include cantitatea de informatii lipsa si de necazul provocat de aceasta pierdere de informatii.

9) Te-ai vazut pe tine insuti, sau i-ai vazut pe altii sau lumea in general, intr-o lumina negativa (de ex. "nu mai cred in oameni", "sunt o persoana slaba")?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Da unele exemple in aceasta privinta?
Ce gandeai prespre aceste lucruri sau oameni inainte de trauma?
Cat de des gandesti in acest fel in ultima saptamana?
Cat de convins este ca acest fel de a gandi este adevarat?
Asteptari negative persistente si exagerate despre sine, lume sau altii care pot include credinta ca cineva este "slab" pentru ca nu a fost capabil sa depaseasca trauma sau gandul ca lumea este un loc periculos cu totul sau credinta ca nimeni nu trebuie crezut
Acest item trebuie scorat in functie de frecventa simptomului in termen de procentaj de timp in care exista aceste viziuni negative precum si intensitatea lor (include gradul de negativitate asociata gandurilor si cantitatea de suparare pe care aceste ganduri o aduc subiectului).

10) Te-ai blamat pentru faptul ca ai suferit aceasta trauma sau pentru ceea ce a urmat ei? Ai blamat pe altii care nu au fost implicati direct in trauma sau pentru ceea ce s-a petrecut dupa?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Cat de mult te blamezi sau blamezi pe altii pentru ce s-a intamplat?
cat de mult s-a intamplat aceasta in ultima saptamana?
Blamare persistenta si distorsionata despre cauza sau consecintele traume, blamare care se plasesza pe pripria persoana sau pe altii care nu sunt direct reponsabili pentru eveniment. Subiectii pot spune ca "ar fi trebuie sa stie" ca situatia este periculoasa sau altii ar fi trebuie sa ajute.
Acest item trebuie evaluat confirm frecventei simptomului in termeni de procentaj de timp in care se petrece blamarea in ultima luna ca si a intensitatii blamarii (care include cantitatea de suparare pe care aceasta balamare o aduce subiectului).

11) Ai avut emotii negative intense precum frica, oroare, manie, vinovatie sau rusine?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Ce fel de emotii ai avut?
Cat de intense au fost aceste emotii?
Esti capabil sa gestionazi aceste emotii? Daca da, cum?
Cat de des ai avut aceste emotii intense in ultima saptamana?
Emotiile negative persistente trebuie sa fie scorate cand ele sunt patrunzatoare si nu sunt provocate de ceva ce aminteste de trauma.
Acest item trebuie evaluat in functie de frecventa simptomului in termeni de procentaj de timp in care se petrece in ultima luna ca si in functie de intensitatea emotiilor negative (cantitatea de necaz pe care aceste emotii le provoaca subiectului).

12) Ti-ai pierdut interesul pentru activitati pe care in mod obisnuit le faceai?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
De ce lucruri obisnuiai sa te bucuri si de care acum nu te ma bucuri?
De ce nu te mai bucuri de aceste activitati?
Ai pierdut interesul pentru aceste activitati de cand ai avut trauma?
Cat de mult timp erai implicat in aceste activitati?
In ultima saptamana, in cat la suta din activitatile tale ai pierdut interesul?
Exista inca activitati care iti fac placere? Daca da, care?
Pierderea interesului trebuie scorat pe baza cantitatii activitatilor afectate ca si pe intensitatea pierderii interesului.Oricand este posibil, intervievatorul trebuie sa stabileasca ca pierderea interesului9 este o schimbare de dupa trauma. Pierderea interesului nu trebuie confundata cu reducerea activitati legate de evitarea reamintiri traumei. Intervievatorul trebuie sa intrebe despre ratiunea de a nu face fiecare activitate pe care subiectul a indicat-o. Daca subiectul spune ca ii este teama sa faca o activitate ori ca nu se angajeaza intr-o activitate pentru ca ii aminteste de trauma, aceasta ytrebuie cotata la itemul 7.
Acest item trebuie evaluat pe baza frecventei simptomului in termeni de procentajul activitatilor pe care subiectul le indica ca fiind mai putin interesat de ele, ca si pe intensitatea pierderii interesului (care include daca sau nu subiectul s-ar bucura de activitate odata ce ar incepe-o sau daca sau nu exista activtati de care inca subiectul se bucura).

13) Te-ai simtit detasat sau rupt de altii?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Cat de tari sunt sentimentele de a fi detasat de altii?
Cat de des simt in acest fel?
Cat de mult te supara aceste sentimente?
Sunt oameni pe care ii simti aproape?
Detasarea de altii este adesea descrisa ca sentiment de a fi rupt, deconectat, diferit sau incapabil de a te simti aproape sau de a avea incredere in altii.
Acest item trebuie evaluat in concordanta cu frecventa simptomului in termeni de procentaj de timp in care subiectul se simte deconectat ca si in functie de intensitatea sentimentului de detasare (care include necazul

subiectiv cauzat de simptom si daca sau nu exista oameni de care subiectul se simte aproape). Oricand este posibil, intervievatorul trebuie sa stabileasca daca sentimentele de detasare sunt o schimbatre petrecuta dupa trauma. .

14) Ai avut greutati in a trai sentimente pozitive?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Ce fel de sentimente?
Cat de dificie este sa traiesti sentimente pozitive?
Cat de des ai sintit asa in ultima saptamana?
Avcest item se refera la insensibilitatea emotionala ca si la dificultatile de a avea sentimente pozitive. Evaluarile trebuie sa captureze aplatizarea sau lipsa de respuns la stimul pozitivi si la bucurii.
Acest item trebuie sa fie evaluat in functie de frecventa simptomului in termeni de procentajul de timp in care subiectul a fost incapabil sa aibe sentimente pozitive ca si conform intensitatii sentimentelor de insensibilitate, amortire si indiferenta (care include necazul subiectiv cauzat de simptom si daca sau nu exista momente cand subiectul poate trai emotii pozitive).

CRESTEREA VIGILITATII SI A REACTIVITATII (doua simptome sunt necesare)

15) Ai devenit mai iritabil sau agresiv?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Poti sa-mi spui mai mult despre acest lucru?
Ce faci cand esti iritabil?
Cat de des te-ai simtit iritabil sau agresiv in ultima saptamana?
Acest item se refera la iritabilitate si comportament agresiv. Intervievatorul trebuie sa distinga acest item de itemul #4. (reactii emotionale intense la lucruri care amintesc de trauma) prin intrebarea despre iritabilitate si comportament agresiv si nu despre stari emotionale. Cand evaluezi acest item, asigura-te ca simptomul reprezinta o schimbare de la felul de reactie dinaintea traumei.
Acest item trebuie evaluat in functie de frecventa simptomului ca si in functie de intensitatea iritabilitatii sau agresivitatii (care include necazul subiectiv cauzat de simptom si de gradul agresivitatii si iritabilitatii).

16) Ti-ai asumat mai multe riscuri sau ai facut lucruri care pot cauza, tie sau altora, daune (de ex. conducand riscant, luand droguri, facand sex neprotejat)?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Care sunt lucrurile cele mai riscante pe care le-ai facut in ultima luna?
Cat de riscante sunt aceste comportamente?
Cat de des ti-ai luat aceste riscuri in ultima saptamana?
Nesabuinta, hazardul sau comportamentul auto-destructiv pot include promiscuitate, abuz de alcool si droguri, comportament auto-vatamator si alte comportamente impulsive. Acestea trebuie sa reprezinte a chimbare in functionarea normala de dupa trauma. In cazul in care functionarea anterioara traumei nu poate fi determinata se intreaba subiectul daca crede ca acest comportament este legat de trauma.
Acest item trebuie evaluat in functie de frecventa simptomului ca si in functie de intensitatea acestui comportament (care include necazul subiectiv cauzat de simptom si de riscurile obiective implicate).

17) Te-ai simtit in alerta sau in garda (de ex. cautand sa vezi cine este in jurul tau, etc.)?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Ce fel de lucruri faci?
Ce cauzeaza astfel de reactie?
Alti oameni reactioneaza in acelasi fel?
Cat de des te-ai simtit in alerta sau in garda in ultima saptamana?
Cand subiectul utilizeaza termeni precum "ingrijorat", "suspicios", "paranoid", aceasta este probabil hipervigilenta. Acest item trebuie evaluat in functie de frecventa simptomului conform procentajului de timp in care subiectul se simte in garda sau alert, precum si in functie de intensitatea sentimentelor (care includ necazul subiectiv cauzat de simptom si cantitatea de efort de a ramane hipervigilent).

18) Te-ai speriat sau ai tresarit mai repede?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Ce fel de lucruri te fac sa te sperii de sari in sus?
ca de puternica este aceasta reactie?
Alti oameni reactioneaza in acelasi fel?
Cat timp iti ia sa te calmezi la loc?
Cat de des te-ai speriat de a tresarit sau sarit in sus in ultima saptamana?
Ai grija sa diferentiezi aceasta reactie de o reactie normala de tresarise (de ex. o masina vine peste tine).
Acest item trebuie evaluat in functie de frecventa simptomului ca si de intensitatea reactiei de speriere (include si necazul subiectiv cauzat de simptom si de timpul lung de revenire la calm).

19) Ai avut dificultati de concentrare?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Da unele expmple cu dificultatile tale de concentrare?
Este capabil de a te concentra daca te straduiesti?
Cat de des ai avut probleme de concetrare in ultima saptamana?
Subiectul poate raporta inabilitatea de a urmari o conversatie, de a urmari si intelege o emisiune TV, sa implineasca o sarcina de munca, sa citeasca si sa inteleaga un paragraf, sau sa mentina o conversatie. Determina daca subiectul este capabil sa se concentreze in orice situatie.
Acest item trebuie evaluat in functie de frecventa simptomului si termeni de procentaj de timp in care subiectul are dificultati de concentrare precum si in functie de intensitatea dificultatilor de concentrare (ce includ si necazul subiectiv cauzat de simptome si daca sau nu subiectul este capabil sa ses concentraze la vreo situatie).

20) Ai avut dificultati de adormire sau de mentinere a somnului?

Foloseste urmatoarele intrebari in caz de raspuns pozitiv:
Ce fel de dificultati ai avut?
Cat timp iti ia pana adormi?
cat de des te trezesti din timpul somnului?
Cate ore dormipe noapte in mod obisnbuit?
Cat de des ai avut probleme cu somnul in ultima saptamana?
Dificultatile de somn trebuie evaluate in functie de cum subiectul doarme actualmente, indiferent daca ai medicatie sau alte adjuvante. Intervievatorul nu trebuie sa speculeze asupra abilitatii subiectului de a dormi fara acestea. Trebuie diferentiat intre dificultatile de somn si dificultatile cauzate de cosmaruri, simptomul nu trebuie cotat de doua ori.
Itemul trebuie cotat in functie de frfecventa simptomului ca si de intensitatea tulburarilor de somn (care includ necazul subiectiv cauzat de simptom si cat de mult doarme subiectul pe noapte).

NECAZ/DISTRESS SI INTERFERENTA

21) Cat de mult aceste dificultati te-au suparat?

Ia in consideratie necazul subiectiv al pacientului raportat de-a lungul interviului.

22) Cat de mult aceste dificultati au interferat cu viata ta de toate zilele (de ex. relatii, munca, sau alte activitati importante)?

Cerceteaza fiecare arie, incluzand munca, relatiile cu alti oameni, reponsabi;litatile familiale si alte roluri importante din viata subiectului.

DEBUTUL SIMPTOMELOR SI DURATA

23) La cat timp dupa trauma aceste dificultati au aparut?

Noteaza daca simptomele au aparut inainte sau dupa 6 luni de la trauma.

24) cat de mult au tinut aceste dificultati legate de trauma?

Noteaza daca simptomele simptomele au persistat pentru mai putin sau mai mult de 6 luni de cand trauma a incetat.

- oo O oo -

Instructiuni pentru scor

Sarcina intervievatorului este:
1) sa determina daca un simptom este prezent si
2) sa evalueze severitate curenta a simptomului.
In final, evaluarea severitatii se bazeaza pe o combinatie a frecventei si intensitatii simptomului.

Severitatea este evaluata pe o scala cu cinci ancore:
0 = de loc
1 = odata pe saptamana / putin
2 = 1 - 2 ori pe saptamana / ceva
3 = 3 - 5 ori pe saptamana / mult
4 = peste 6 ori pe saptamana / sever

Diagnosticul de PTSD este determinat de luarea in considerare a numarului de simptome afirmate de subiect (unul sau mai multe) pe grup de simptome. Sunt necesare pentru diagnostic urmatoarele numere de simptome: un simptom pentru intruziune, un simptom pentru evitare, trei pentru cognitie si dispozitie psihica, trei pentru vigilitate si reactivitate.

Diagnosticul de PTSD cere la fel durata simptomelor sa fie mai mare de o luna (Criteriul F) si sa genereze necaz si afectare semnificativa (Criteriul G)

Severitatea PTSD este determinata de totalizarea evaluarilor celor 20 simptome, scorul total mergand de la 0 la 80.

- oo O oo -

Anexa Nr. 8

Scala Davidson de evaluare a traumei
(*Davidson Trauma Scale*)

Te rog sa identifici trauma care te-a suparat cel mai mult:

Fiecare din intrebarile urmatoare deceleaza un simptom specific. Pentru fiecare intrebare ia in consideratie cat de des in ultima saptamana simptomul respectiv te-a suparat si cat de sever a fost. In casutele de mai jos evalueaza pentru fiecare intrebare severitatea si frecventa alegand un numar de la 0-4.

	FRECVENTA 0 = deloc 1 = doar odata 2 = 2-3 ori 3 = 4-6 ori 4 = in fiecare zi	SEVERITATEA 0 = nu m-a deranjat 1 = m-a deranjat putin 2 = m-a deranjat moderat 3 = m-a deranjat mult 4 = m-a deranjat tare
2. Ai avut vre-o data imagini, amintiri sau ganduri negre despre un eveniment?	____	____
2. Ai avut cosmaruri despre un eveniment?	____	____
3. Ai avut impresia ca retraiesti acest eveniment? ca si cum evenimentul s-ar repeta in gand?	____	____
4. Te-a suparat ceva care ti-a reamintit evenimentul?	____	____
5. Ai avut simptome corporale cand ti-a amintit evenimentul ca transpiratii, tremuraturi, palpitatii, respiratie rapida, greata sau diaree?	____	____
6. S-a intamplat sa eviti orice gand sau emotie care sa-ti aduca aminte de eveniment?	____	____

- oo O oo -

Anexa Nr. 9

Scala de evaluare a impactului evenimentului

(Impact of Event Scale)

Instructiuni: Mai jos este o lista cu comentarii pe care oamenii le fac despre evenimentele stressante si cum se reflecta ele asupra lor. Citest cu atentie fiecare propozitie si decide cat de frecvent ti s-a intamplat aceasta in ultimele 7 zile privitor la evenimentul care ti s-a intamplat (inregistreaza evenimentul stressant care ti s-a intamplat mai demult_____).
Pentru fiecare lucru alege o frecventa, daca nici unul din lucrurile de mai jos nu te-a deranjat alege "deloc".

Nr.	Item	deloc	rar	putin	uneori	frecvent	totdeauna
1	Ma gandesc la el cand ma astept mai putin	0	1	2	3	4	5
2	Am evitat sa ma supar cand mi-am adus aminte de el	0	1	2	3	4	5
3	Am cautat sa-l sterg din memorie	0	1	2	3	4	5
4	Am probleme sa adorm sau sa dorm din cauza imaginilor sau gandurilor care imi trec prin minte	0	1	2	3	4	5
5	Am momente cand am emotii puternice cu privire la eveniment	0	1	2	3	4	5
6	Am vise cu el	0	1	2	3	4	5
7	Evit ceea ce imi aminteste de el	0	1	2	3	4	5
8	Am simtit ca si cum nu s-ar fi intamplat sau nu ar fi fost real	0	1	2	3	4	5
9	Incerc sa nu vorbesc despre el	0	1	2	3	4	5
10	Imi apar in minte imagini cu el	0	1	2	3	4	5
11	Unele lucruri ma fac sa ma gandesc la el	0	1	2	3	4	5
12	Sunt constient ca am inca o multime de emotii despre eveniment dar nu ma pot opune	0	1	2	3	4	5
13	Incerec sa nu mai gandesc la el	0	1	2	3	4	5
14	Orice il evoca ma face sa traiesc emotiilor evenimentului	0	1	2	3	4	5
15	Emotiile mele in legatura cu evenimentul sunt un fel de stupefactie, de paralizie si confuzie	0	1	2	3	4	5

- oo O oo -

Anexa Nr. 10

Scala Mississippi pentru tulburarea posttraumatica de stress - versiunea civila

(Mississippi Scale for Civilian-Related Posttraumatic Stress Disorder)

Nr	Item	Total fals (1)	Partial fals (2)	Neutru (3)	Partial adevarat (4)	Total adevarat (5)
1	In trecut am avut mai multi prieteni dacat am acum					
2	Nu ma simt vinovat pentru lucruri care le-am facut *					
3	Daca cineva ma supara prea mult este posibil sa devin violent					
4	Tare ma supar si ma intristez daca se intampla ceva care sa-mi aminteasca de trecut					
5	Oamenilor care ma cunosc bine le e teama de mine					
6	Pot sa ma apropii emotional de altii*					
7	Am cosmaruri ca traiesc aievea evenimente neplacute din trecut					
8	Cand ma gandesc la unele lucruri care le-am facut in trecut simt ca mai bine as fi mort					
9	Parca nu as simti nimic					
10	De curand am simtit ca si cum as dori sa ma omor					
11	Adorm si nu ma trezesc decat cand suna ceasul desteptator*					
12	Ma intreb de ce sunt in viata cand altii au murit					
13	Unele situatii ma fac sa ma simt ca si cum as fi inapoi in trecut					
14	Visele mele sunt asa de reala ca ma scol cu transpiratii reci si nu mai vreau sa ma culc la loc					
15	Simt ca nu mai pot continua					
16	Nu plang sau rad pentru aceleasi lucruri ca alti oameni					
17	Inca ma bucur de multe lucruri care ma bucurau odata*					
18	Visez cu ochii deschisi lucruri reale si infricosatoare					
19	Gasesc ca este usor sa pastrezi un serviciu*					
20	Am probleme sa ma concentrez pe un lucru					
21	Am plans fara motiv					

22	Ma bucur in compania altora*					
23	Ma sperie impulsurile pe care le am					
24	Adorm usor seara*					
25	Un zgomot neasteptat ma face sa tresar					
26	Nimeni nu intelege ce simt, nici chiar familia mea					
27	Sunt relaxat si calm*					
28	Cred ca sunt lucruri pe care le-am facut si pe care nu le spun pentru ca nimeni nu le-ar intelege					
29	Au fost perioade cand am consumat alcool sau droguri ca sa dorm si sa ma faca sa uit lucruri care mi s-au intamplat					
30	Ma simt confortabil cand sunt cu mai multi*					
31	Imi pierd cumpatul si explodez la lucruri minore de fiecare zi					
32	Mi-e teama sa ma duc seara la culcare					
33	Incerec sa stau deoparte de orice mi-ar aminti de lucrurile care mi s-au intamplat in trecut					
34	Memoria mi-e tot atat de buna ca si in trecut*					
35	Mi-e greu sa-mi exprim sentimentele chiar fata de oamenii fata de care ma simt apropiat					

* scorul acestor itemi se inverseaza, 1 devine 5, 2 devine 3 si asa mai departe.

- oo O oo -

Anexa Nr. 11

Checklist-ul pentru TPTS

(*Checklist for PTSD-civil version – PCL-C*)

Instructiuni: Mai jos este o lista de problema si plangeri pe care oamenii le pot avea la un moment dat ca raspuns la un eveniment de viata stressant. Te rog citeste atent fiecare intrebare si incercuieste numarul care se potriveste cel mai bine cu cat de mult te-a suparat acel problema in ultima luna.

Nr	Item	Deloc 1	Putin 2	Moderat 3	Mult 4	Foarte mult 5
1	Amintiri, ganduri si imagini repetate si suparatoare a experientei stressante traite					
2	Vise repetate si suparatoare referitor la evenimentul stressant trait					
3	Gesturi sau sentimente care au aparut brusc ca si cum evenimentul s-ar petrece din nou sau ca si cum ai retrai evenimentul inca odata					
4	Sa te simti foarte suparat cand ceva iti reaminteste de evenimentul stressant ce l-ai trait					
5	Sa ai reactii fixice (de exemplu palpitatii, tulburari de respiratie, transpiratie) cand ceva iti reaminteste de experienta stresanta prin care ai trecut					
6	Sa eviti sa te gandesti sau vorbesti despre experienta traumatica sau se eviti sa ai emotii legate de aceasta					
7	Sa evitit activitati sau situatii din cauza ca ele ti-ar aminti de evenimentul stresant pe care l-ai trait					
8	Sa ai probleme sa-ti reamintesti parti importante din evenimentul pe care l-ai trait					
9	Pierderea interesului pentru activitati care iti faceau placere					
10	Sa te simti la distanta sau deconectat de alti oameni					
11	Sa te simti insensibil emotional sau incapabil sa ai sentimente de dragoste pentru cei apropiati tie					
12	Sa simti ca sfarsitul e pe aproape					
13	Sa ai probleme de adormi sau sa dormi					
14	Sa te simti iritabil sau sa ai explozii de manie					
15	Sa ai dificultati de concentrare					
16	Sa fi hipervigilent, alert sau in garda					
17	Sa tresari sau sa te sperii repede					

- oo O oo -

Anexa Nr. 12

SCALA PENTRU SCREENINGUL TULBURARII POST-TRAUMATICE DE STREES DSM-5 PENTRU INGRIJIRILE PRIMARE

(Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)

SCALA:

Uneori li se intampla oamenilor lucruri neobisnuite, oribile, infricosatoare sau traumatice.
De exemplu:
- un accident serios sau un incendiu;
- un asalt sau abuz fizic sau sexual;
- un cutremur sau inundatie;
- un razboi;
- martor cand cineva a fost ucis sau accidentat foarte serios;
- cineva drag a fost ucis sau s-a sinucis.

Ai trait vreodata un astfel de eveniment?

DA / NU
Daca NU, scorul total = 0. Opreste-te aici.
Daca DA, te rog raspunde la intrebarile urmatoare.

In ultima luna ai avut...

1. Cosmaruri despre eveniment sau ganduri despre eveniment pe care nu ai dorit sa le ai?
DA / NU
2. Ai incercat tare sa nu te gandesti la eveniment sau ai incercat sa eviti situatii care sa-ti aminteasca de acesta?
DA / NU
3. Ai fost in mod constat in garda, vigilent si usor de speriat?
DA / NU
4. Te-ai simtit nesimtitor sau detasat de oameni, activitati sau de ceea ce te inconjoara?
DA / NU
5. Te-ai simtit vinovat sau incapabil de a te opri sa te acuzi sau sa acuzi pe altii de evenimentul traumatic sau de problemele care le-a cauzat?
DA / NU

- oo O oo -

Anexa nr. 13:

Inventarului Cognitiilor Posttraumatice

(*Posttraumatic Cognition Inventory – PTCI*)

Suntem interesati de modul cum gandesti acum dupa ce ai suferit evenimentul traumatic. Mai jos sunt un numar de afirmatii cu care poti sau nu fi de acord ca reprezinta felul cum gandesti. Te rog sa citesti cu ingrijire afirmatiile de mai jos si sa alegi cat de mult esti de acord sau dezacord cu fiecare din ele. Oamenii reactioneaza fata de eveniment in diferite feluri, nu esti nimic bun sau rau in felul cum vei raspunde.

Nr.	Afirmatie	Dezacord			Neutru	Acord		
		Total	Mult	Partial		Partial	Mult	Total
	SCOR	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
1	Evenimentul s-a intamplat din cauza felului cum m-am comportat							
2	Nu am incredere ca voi face lucrurile asa cum trebuie							
3	Sunt o persoana slaba							
4	Nu sunt capabil sa-mi controlez nervii voi face ceva rau							
5	Nu pot sa suport nici chiar suparari mici							
6	Am fost o persoana fericita dar acum sunt o persoana nefericita							
7	Oamenii nu pot fi crezuti							
8	Tot timpul trebuie sa fiu in garda/vigilent							
9	In mine ma simt ca si mort							
10	Nu sti niciodata cine te va traumatiza							
11	Trebuie sa fiu foarte atent pentru ca niciodata nu sti ce se va intampla in secunda urmatoare							
12	Sunt neadecvat si nepotrivit							
13	Nu sunt capabil sa-mi controlez emotiile ci ceva teribil se va petrece							
14	Daca ma gandesc la eveniment nu voi fi capabil sa-l controlez							
15	Evenimentul mi s-a intamplat din cauza felului in care sunt							
16	Reactiile mele dupa eveniment arata ca sunt pe cale sa inebunesc							
17	Nu voi fi capabil sa am din nou emotii normale							
18	Lumea este un loc periculos							
19	Altcineva ar fi putut preveni evenimentul							
20	In mod constant ma indrept spre ceea ce e mai rau							
21	Ma simt ca un obiect, nu ca o persoana							
22	Altcineva nu ar fi ajuns in aceasta situatie							
23	Nu ma pot baza pe altii							
24	Ma simt izolat si departe de altii							
25	Nu am viitor							

26	Nu pot oprii lucrurile rele sa mi se intample							
27	Oamenii nu sunt ceea ce par							
28	Viata mi-a fost distrusa de eveniment							
29	Este ceva rau cu mine ca persoana							
30	Reactiile mele arata ca sunt o persoana care se depaseste greu dificultatile							
31	Exista ceva in mine care a facut ca evenimentul sa se intample							
32	Nu sunt capabil sa tolerez gandurile despre eveniment si imi va merge rau							
33	Simt ca nu ma mai recunosc							
34	Niciodata nu sti cand ceva teribil ti se va intampla							
35	Nu pot sa ma bazez pe mine							
36	Nimic bun nu mi se mai poate intampla							

1. **Scorul total** (insumarea scorurilor individuale) =
2. **Scorul subscalei cognitii negative despre self** (scorul itemilor 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35 & 36) = scorul sumei itemilor impartit la 21 =
3. **Scorul subscalei cognitii negative despre lume** (itemii 7, 8, 10, 11, 18, 23 & 27) = scorul acestor itemi impartit la 7 =
4. **Scorul subscalei autoblamare** (itemi 1, 15, 19, 22 & 31) = suma acestor itemi impartita la 5 =

Scoruri medii obtinute de autorii Foa si colab. (1999):

Subscala	Nici o trauma		Trauma dar nu PTSD		Trauma cu PTSD	
	Media	Deviata stat.	Media	Deviatia stat.	Media	Deviatia stat
Negativ Self	1,08	0,76	1,05	0,63	3,60	1,48
Nevativ lume	2,07	1,43	2,43	1,42	5,00	1,24
Auto-blamare	1,00	1,45	1,00	1,02	3,20	1,74
TOTAL	45,50	34,76	49,00	23,52	133,00	44,17

- oo O oo -

Anexa Nr. 14

Inventarul cresterii post-traumatice
(*Posttraumatic Growth Inventory*)

Am jos este o lista cu schimbari pe care oamenii le experimenteaza uneori in viata. Te rog sa indici pentru fiecare afirmatie de mai jos gradul cu care aceasta schimbare s-a petrecut in viata ta ca rezultat al traumei pe care ai trait-o.

Nr.	ITEM	Nu am experimentat aceasta schimbare ca rezultat al	Intr-o foarte mica masura	Intr-o mica masura	Intr-o masura moderata	Intr-o masura evidenta	Am experimetnat cu adevarat aceasta schimbare ca rezultat al traumei
	Scor item	0	1	2	3	4	5
1	Sa descoper prioritatile mele despre ceea ce este important in viata						
2	Sa apreciez valoarea vietii mele						
3	Sa dezvolt noi interese						
4	Sa am un sentiment de autoincredere						
5	Sa am mai buna intelegere a spiritualitatii						
6	Sa aflu ca pot sa ma bazez pe oameni atunci cand sunt in nevoie						
7	Sa trasez un drum nou pentru viata mea						
8	Sa am sentimentul apropierii de altii						
9	Sa am dispozitia de a exprima emotiile mele						
10	Sa inteleg ca pot sa controlez dificultatile						
11	Sa fiu capabil sa fac lucruri mai bune cu viata mea						
12	Sa fiu capabil sa accept cum lucrurile merg						
13	Sa apreciez fiecarei zile						
14	Sa percep ca exista noi oportunitati disponibile						
15	Sa am compasiune pentru altii						
16	Sa pun efort pentru a mentine relatiile mele						
17	Sa fiu mult mai disponibil sa schimb ceea ce este de schimbat						
18	Sa am o credinta religioasa puternica						
19	Sa decopar ca sunt mai puternic decat am crezut						
20	Sa aflu o multime de lucruri de cat de minunati sunt oamenii						
21	Sa accept nevoile altora						

Subscale:

1. Relatia cu altii: itemii 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
2. Noi posibilitati: itemii 3, 7, 11, 14, 17
3. Tarie personala: itemii 4, 10, 12, 19
4. Schimbare spirituala: itemii 5, 18
5. Apreciarea vietii: itemii 1, 2, 13

9. MASURAREA TULBURARILOR DE SOMATIZARE

Simptomele sunt ratiunea pentru care o persoana merge la doctor, cu alte cuvinte, pacientii vin la doctor cu simptomele lor, in majoritate corporale. Simptomele fizice, precum durerea de cap sau oboseala, sunt foarte comune in populatia generala. Cand sunt intrebati, aproape doua treimi dintre barbati si patru cincimi dintre femei acuza cel putin un simptom fizic in ultima saptamana. Totusi, majoritatea oamenilor nu se duc la medic pentru astfel de simptome, iar atunci cand se duc, 80% dintre ei o fac numai pentru o singura vizita, ceea ce sugereaza ca astfel de simptome sunt tranzitorii (Olde Hartman, 2011).

Doctorii vor sa inteleaga simptomele prin cautarea unei explicatii medicale si prin facerea unui diagnostic. Acest proces consta in conceptualizarea simptomelor corporale ca fiind bazate pe supozitia ca ele sunt expresia unei patologii organice si ca cele care nu au la baza o astfel de patologie sunt simptome psihice, iar cele care nu au nici una nici alta, pot fi clasificate ca simptome neexplicate medical (Sarpe si colab., 2006) Astfel, simptomele fizice sau somatice sunt vazute ca simptome "reale", cand pacientii cu astfel de simptome au o patologie organica, in timp ce simptomele somatice la care nu exista o patologie organica subjacenta sunt simptome "nereale", care sunt doar "in mintea" pacientului iar pacientii pot fi luati ca responsabili pentru acestea (Hatcher si Arroll, 2008). Acest ultim fel de simptome au fost numite simptome de somatizare sau somatoforme, fiind generate de un mecanism specific, numit "somatizare". Aceste simptome au obtinut pentru prima oara un loc intr-o clasificare nosologica in DSM-III (APA, 1980).

Tulburarile de somatizare reprezinta un grup circumscris de tulburari mentale caracterizate prin multiple simptome somatice care sunt inca inexplicabile din punct de vedere medical (Hiller si Janca, 2003). Prin somatizare se intelege tendinta de a experimenta si comunica o plangere somatica ca raspuns la stressul psihosocial si a cauta un ajutor medical pentru aceasta plangere (Lipowski, 1988). Prezentarea acestor tulburari somatice poate diferi de la o cultura la alta, dar conceptul a fost este unanim acceptat. Termenul de tulburari somatice a fost considerat ca o "umbrela" pentru variate conditii clinice, precum tulburarile de somatizare, tulburarile somatoforme, tulburarile conversive sau hipocondria. Caracteristic acestor simptome este distressul subiectiv, nacazul celor care le traiesc.

O problema pe care o ridica aceste simptome este ca evaluarea lor poate diferi de la profesionist la profesionist pentru ca insasi aceasta evaluare este in sine subiectiva. Aceasta problema ridica in mod imperios nevoia unei masurari obiective ceea ce se reduce pana la urma la utilizarea instrumentelor de masura standardizate si cu proprietati psihometrice adecvate.

Pentru DSM-IV (APA, 1994) si pentru Clasificarea Internationala a Bolilor, versiunea 10-a, a Organizatiei Mondiale a Sanatatii (CIB-10, WHO, 1993) diagnosticul de tulburare de somatizare inseamna o istorie de plangeri somatice inceputa inainte de varsta de 30 ani, pe o perioada de mai multi ani si care nu poate fi explicata de o tulburare fiziopatologica. Mai exista si termenul de "simptome inexplicabile medical", folosit mai

ales de medicii somaticieni, care se refera la simptomele fizice fara cauze medicale, medicii avand greutati in a identifica si descrie o patologie clara organica acestor bolnavi (Henningsen si colab., 2011). Pentru Fink si colab. (2002) , simptomele nexplicabile medical, numite si simptome functionale, pot fi definite ca "*conditii cand pacientul se plange de simptome fizice care cauzeaza ingrijorare excesiva sau disconfort si care conduc pacientul sa caute tratament, dar la care nici o patologie organica sau baza pato-fiziologica nu poate fi gasita"*.

Pentru majoritatea covarsitoare a doctorilor, exista astazi simptome fizice corespunzatoare bolilor organice si simptome psihice corespunzatoare bolilor psihice si mai exista si o categorie reziduala, aflata pe "*no-man's land*", intre teritoriul medicinei si psihiatriei, boli numite generic, boli de somatizare. Exemple de astfel de tulburari sunt sindromul de colon iritabil, fibromialgia, sindromul oboselii cronice, sindromul durerii cronice, pseudo-epilepsia, sindromul durerii precordiale fara origine cardiaca, sau simptome disparate precum dureri de ceafa sau spate, dureri de cap, oboseala, vertij, tinitus, palpitatii, dureri musculare, etc.

Totusi cel mai bun termen pentru a descrie plangerile somatice ale pacientilor cu etiologie neclara este inca subiect de controverse. S-au folosit nenumarati termeni precum simptome somatice functionale, simptome de somatizare, simptome psihosomatice, simptome vagi, plangeri subiective de sanatate, sau simptome inexplicabile medical. Acest din urma termen, impreuna cu cel de somatizare sunt cele mai utilizate atat in clinica cat si in literatura stiintifica cu toate ca exista voci care spun spun ca termenul de simptome inexplicabile medical este criticabil din cauza ambiguitatii sale sau pentru ca nu ofera informatii despre cauza, durata, severitate si semnificatia simptomelor (Marks and Hunder, 2015).

Astazi este inca folosita nomenclatura promovata de CIB-10 si DSM-IV care vorbesc de tulburari de somatizare, tulburari nediferentiate de somatizare, hipocondria, tulburari de conversie, tulburarea de durere si tulburarea dismorfica.

In 2013, DSM-5 a inlocuit vechile etichete diagnostice si le-a totpit pe toate intr-o singura entitate numita tulburarea cu simptome somatice ("*Somatic symptom disorder*"). Aceasta tulburare este definita de "*unul sau mai multe simptome somatice care provoaca necazuri si suparari si care conduc la a perturbare semnificativa a vetii curente si la emotii, ganduri si comportamente excesive legate de aceste simptome somatice*". Clasificarea DSM-5 este un pas inainte fata de DSM-IV din cauza ca diagnosticul de tulburare cu simptome somatice nu mai ia in considerare daca exista sau nu o explicatie medicala (Mayou, 2014), ci doar ca ele sa fie persistente, mai mult de 6 luni, sa fie suparatoare, sa conduca la perturbarea semnificativa a vietii de zi cu zi, sa creieze o multime de preocupari referitoare la gravitatea acestora, la un nivel inalt de anxietate si sa duca la eforturi excesive pentru diagnosticul si tratarea lor (Kurlansik and Maffei, 2016). Aceasta nou viziune este "*o privire alternativa asupra tuturor simptomelor somatice, atat explicabile cat si inexplicabile medical; aceste simptome nu sunt nici reflectarea patologiei corporale, nici manifestarea simplista a proceselor mentale, mai curand sunt reflectarea output-ului cerebral al integrarii factorilor etiologici biologici, psihologici si sociali*" (Sharpe, 2013). Diagnosticul de tulburare cu simptome somatice poate fi considerat ca un "trans-diagnostic" pentru variate simptome medicale si non-medicale care au in comun o expresivitate psihologica si comportamentala specifica.

Tot DSM-5 inclocuieste termenul de hipocondrie cu cel de tulburarea de anxietate fata de propria sanatate ("*Illness anxiety disorder*") in care anxietatea si preocuparea exagerata fata de posibile boli sunt

elementele esentiale. In DSM-IV hipocondria era cuprinsa in clasa mare a tulburarilor de somatizate si era caracterizata de frica sau credinta de a avea o boala serioasa bazata pe o interpretare gresita a senzatiilor corporale. Aceasta definitie a fost criticata pentru ca se putea confunda cu tulburarea deliranta de tip somatic si din acest motiv a aparut termenul de anxietate fata de sanatate in care hipocondria reprezenta doar forma severa a acestie forme de anxietate (Hart si Bjorgvinsson, 2010). Pe de alta parte, s-a constatat ca 75% din indivizii cu hipocondrie erau preocupati excesiv de simptome somatice si 25% aproape ca nu aveau simptome somatice, dar in schimb aveau multa anxietate fata de o posibila boala. Atunci, DSM-5 a varsat pe cei 75% in "tulburarea cu simptome somatice" iar ceilalti 25% au fost trecuti in categoria tulburarilor anxioase sub eticheta de "*health anxiety*". Aici au intrat subiectii cu anxietate si preocuparea fata de boli dar care nu prezenta neaparat simptome somatice (Starcevici, 2013).

Viitoarea si mult asteptata versiune a 11-a Clasificarii Internationale a Bolilor - OMS, va propune un nou termen pentru simptomele inexplicabile medical: tulburarea de distress corporal ("*Bodily distress disorder*"). Aceasta tulburare este caracterizata de prezenta de simptome corporale care sunt suparatoare pentru individ si care capteaza excesiv atentia acestuia, ceea ce duce la repetate contacte cu sistemul medical. Gradul atentiei este clar excesiv fata de natura si evolutia suferintei. Aceasta atentie excesiva nu este usurata de examinari si investigatii medicale adecvate, fiind constatata in majoritatea zilelor pentru mai multe luni si fiind asociata cu o afectare semnificativa a ariilor de functionare familiala, sociala, ocupationala si altele. Tipic, tulburarea implica multiple simptome corporale care pot varia in timp (Gurje, 2015 si Gureje and Reed, 2016).

Atat DSM-5, cat si viitorul CIB-11, doresc sa transforme tulburarile somatoforme dintr-o categorie stufoasa si neomogena, intr-o singura entitate care sa aibe o defintie larga si astfel sa faca loc tulburarilor cu simptome somatice daca carora nu li s-au gasit actualmente o relatie fiziopatologica cauzala si care antreneaza distressul pacientilor si cautarea insistenta a unui ajutor medical

In acest capitol voi prezenta mai multe instrumente care sunt adecvate atat pentru masurarea tulburarilor somatice, asa cum sunt prezentate in DSM-IV si CIB-10, cat si pentru noua categorie promovata de DSM-5.

Atat diagnosticul tulburarilor de somatizare, cum au fost ele in DSM-IV si CIB-10, cat si tulburarea cu simptome somatice din DSM-5, beneficiaza de instrumente de diagnostic structurate precum modulul din "Structured Interview for DSM -IV or DSM-5" (interviul SCID) sau modulul corespunzator din "Compozit International Diagnostic Interview" (CIDI) de care am vorbit intr-un capitol anterior. O alternativa al aceste interviuri structurate ar fi "International Diagnostic Checklist" (IDCL) care are versiuni separate pentru DSM-IV si CIB-10 dezvoltat de Hiller si colab. (1996).

Dupa parerea mea, este inca important sa pastram ambele nosologii, DSM-IV, CIB-10 si DSM-5, cu criteriologia proprie, pentru tulburarile cu simptome neexplicate medical, acestea aducandu-ne o prezentare larga a acestor tulburari atat de neglijate de somaticieni si chiar de psihiatrii.

Daca diagnosticul clinic poate fi facut cu destul succes si cu interviul clinic nestructurat, respectiv evaluarea anamnestica a pacientului, in schimb detectarea rapida si precoce a simptomelor de somatizare este un deziderat curent in sectiile de medicina somatica sau in sectiile de psihiatrie la cazurile in care exista o comorbiditate somatica la tulburarile depresive sau anxioase, in special. Acest screening se face cu doua feluri de

instrumente, fie cu chestionare dedicate acestui scop, fie cu liste de simptome, asa-zisele checklisturi. Apoi mai sunt instrumentele de evaluare a severitatii simptomelor, de fapt instrumentele cele mai importante pentru aceasta entitate diagnostica. Aceste instrumente permit evaluarea severiattii simptomelor inainte de adoptarea unui plan de tratament si evolutia lor in timp si pot stabili criteriile ameliorarii si externarii dintr-un program de tratament. Apoi nu trebuie uitate instrumentele care evalueaza cognitiile din spatele acestor simptome, cognitii care stabilesc oportunitatea tratamentelor psihologice si urmaresc eficacitatea lor (Hiller si Janca, 2003).

Dupa Chaturvedi si Desai (2013) un instrument ideal pentru a masura simptomele somatice trebuie sa indeplineasca mai multe calitati printre care o descriere a simptomelor, numarul simptomelor, frecventa si durata, severitatea lor, o descriere calitativa, interferenta cu functionarea, distressul cauzat de simptome sau credintele cognitive care sustin simptomul.

Mai jos voi prezenta mai multe instrumente utilizate in masurarea simptomelor somatice fara o cauza organica. Din pacate nici unul din aceste instrumente nu indeplineste in totalitate criteriile de mai sus. De aceea, uneori, este bine ca acelasi subiect sa fie evaluat cu mai multe din aceste instrumente.

Am incercat sa prezint scalele "de la vechi la nou", in functie de anul de aparitie, pentru a permite astfel o viziune istorica a felului cum aceste instrumente au evoluat de-alungul timpului.

9.1. SCREENINGUL PENTRU SIMPTOMELE DE SOMATIZARE (*Screening for Somatoform Symptoms - SOMS*)

Scala SOMS a fost dezvoltat de Rief si colab. (1995 si 1997). Ea este o lista cu 53 simptome pe care subiectul trebuie sa le indice ca fiind prezente sau absente in ultimii 2 ani. Aceasta este versiunea numita SOMS-2. Exista si versiunea SOMS-7 unde fiecare simptome este evaluat pentru o perioada de 7 zile in urma pe o scala Likert cu 5 ancore. Aceasta versiune poate fi folosita atat pentru screening cat si pentru evaluarea severitatii simptomelor.

Scala SOMS include toate simptomele specificate in definitiile tulburarilor psihosomatice conform DSM-IV si CIB-10. Se evalueaza numai simptomele pe care doctorul nu le gaseste legatura cu o tulburari fiziopatologica explicativa pentru prezenta lor, adica fara o cauza organica, celelalte sunt lasate de-o parte. Chestionarul include si intrebari legate de frecventa vizitelor la doctor, daca doctorul a acceptat existenta acestor simptome, influenta simptomelor asupra bunastarii subiectului, debutul si durata acestor simptome.

Prin aplicarea acestui chestionar se poate vedea daca exista evidente pentru prezenta unei tulburari de somatizare, respectiv numarul de simptome pe care subiectul l-a notat ca prezente, chiar si in forma usoara. Instrumentul furnizeaza un index de somatizare care este suma scorului itemilor prezenti la subiectul respectiv, scor care arata severitatea tulburarii de somatizare.

Conform autorilor care au dezvoltat chestionarul, SOMS-2 are un scor bun de confidenta la proba test-retest si o nota de consistenta interna de 0,88. SOMS-7 prezinta si o buna validitate prin compararea lui cu alte instrumente printre care Whiteley Index sau interviul SCID. Instrumentul este foarte senzitiv (98% subiecti identificati corect ca avand tulburarea) si moderat specific (63% subiecti identificati corect ca neavand tulburarea) pentru a identifica pacientii cu tulburare de somatizare (Rief si Hiller, 2003).

Cele 53 de simptome ale checlistului sunt prezentate in Anexa Nr. 1 ca si frecventa lor pe un esantion de populatie din Germania de 2050 persoane cu varsta cuprinse intre 14 si 92 ani.

9.2. SCREENERUL OMS PENTRU TULBURARILE SOMATOFORME *(The Screener for Somatoform Disorders)*

Screenerul pentru tulburari somatoforme a fost dezvoltat de Organizatia Mondiala a Sanatatii (Janca si colab. 1995a, 1995b) impreuna cu alt instrument, "*The Somatoform Disorders Symptom Checklist*" pentru evalearea tulburarilor somatoforme de-alungul a diferitelor culturi.

Screenerul pentru tulburari somatoforme este dedicat studiilor epidemiologice. El este constituit dintr-un set de 12 intrebari care se coteaza cu Da sau NU in functie de prezenta sau absenta simptomului. Instrumentul este unul de auto-evaluare, respondantul completandu-l singur, fara nici un ajutor din afara. Cotarea pozitiva a trei sau mai multe intrebari pentru simptome care au persistat mai mult de trei luni conduce la suspiciunea prezentei unei tulburari de somatrizare si la necesitatea evaluarii subirectului cu un instrument de diagnostic.

Screenerul pentru tulburari somatoforme este prezentat in anexa Nr. 2.

9.3. CHESTIONARUL COMPORTAMENTULUI DE BOALA (Illness Behavior Questionnaire - IBQ)

Chestionarul IBQ, dezvoltat de Pilowsky si Spence (1975, 1994) este unul din cele mai vechi instrumente de evaluare din acest domeniu si este destinat sa masoare comportamentul anormal de boala care ar fi una din caracteristicile tulburarilor de somatizare. Datorita perioadei in care a fost construit, se spune ca acest instrument nu este aliniat la formularea actuala a tulburarilor de somatizare (Hiller si Jance, 1993). Totusi, el reuseste sa evalueze unele din trasaturile esentiale ale unui subiect cu o astfel de suferinta, respectiv atitudinea fata de simptomele somatice, ideile si afectele, atributiile si ingrijorarea data de ele (Pilowsky, 1993).

Chestionarul IBQ cuprinde 62 itemi evaluati cu DA si NU. Prin analiza factoriala chestionarului i s-au decelat sapte subscale: hipocondrie (GH), convingere de boala (DC), psihologic vs somatic in perceptia bolii (P/S), inhibitie afectiva (AI), tulburare afectiva (AD), negare (D) si iritabilitate (I). Scala cuprinde 14 itemi ai Indexului Whiteley pentru hipocondrie (raspuns DA la itemii 1, 2, 9, 10, 21, 24, 33, 34, 38, 39, 41 si raspuns NU la itemul 8) si restul de 48 itemi sunt dedicati tulburari de somatizare (vezi Anexa Nr. 3)

Chestionarul IBQ prezinta o foarte buna stabilitate la proba test-retest si o bune validitate de continut (Corcoran si Fischer, 2000).

9.4. SCALA ATITUDINILOR DE BOALA *(Illness Attitude Scale - IAS)*

Acest instrument a fost dezvoltat de Kellner in 1986 pentru a descrie tulburarile psihopatologice ce insotesc credintele si atitutinile hipocondriace, toate conducand la un comportament anormal de boala. Scopul explicit a fost sa se creieze o scala care sa excluda itemii care se pot intalnii si in alte boli, precum in tulburari ale somnului sau depresie (Kellner, 2000).

Scala IAS este compusa din 29 item cotati pe o scala Likert cu cinci puncte, de la 0=deloc, la 5=majoritatea timpului, iar scorul total se obtine adunand scorurile individuale ale itemilor scalei (vezi Anexa nr. 4).

Prin analiza factoriala scala se divide in 9 subscale: ingrijorare pentru boala (itemi 1-3), ingrijorare afata de durere (itemi 4-6), obiceiuri de sanatate (itemi 7-9), credinte hipocondriace (itemi 10-12), tanatofobia (itemi 13-15), fobia de boala (itemi 16-18), preocupari cu boala (itemi 19-21), experienta cu tratamentul (22-24) si efectele simptomelor (26-28). Alta analiza factoriala a identificat doar doua subscale: anxietate fata de sanatate si comportamentul de boala (Rief si colab. 2001). Itemii 15a si 25 nu sunt scorati.

Exista trei versiuni ale IAS: i) versiunea "stare" care evalueaza starea subiectului in ultima luna; ii) versiunea "trasatura", care evalueaza itemii pe o lunge perioada de timp, si versiunea "standard" care nu impune nici o cadru de timp.

Keller (2000) nu recomanda calcularea unui scor total al scalei si sugereaza ca un scor de 3 sau 4 la oricare item din subscalele de credinte hipocondriace sau de fobia de boala coreleaza bine cu diagnosticul de hipocondrie (peste 90%). In general, scorul fiecarei subscale se poate intinde de la 3 la 15 si un scor mare indica mai multa patologie.

Un studiu foarte recent (Hedman si colab. 2015) arata ca sesnsitivitate si specificitatea scalei se intinde intre 92,6 si 99,4%. Cat priveste pragul de scor dincolo de care scala ar diagnostica hipocondria, acesti autori, prin medica ROC gasesc ca scorul de 47 conduce la cea mai echilibrata proportie dintre senzitivitate (95,57%) si specificitate (95,24%).

Studiile conduse in diferite tari au confirmat proprietatile psihometrice foarte bune ale acestei scale. Confidenta test-retest a fost foarte buna (Crössmann and Pauli, 2006), iar intercorelatia cu alte scale pentru hipocondrie, ca de exemplu Indexul Whiteley, arata o foarte buna validitate si o foarte buna senzitivitate si specificitate pentru diagnosticul de hipocondrie asa cum este formulat in DSM-IV (Hiller si Janca, 2003).

Utilitatea clinica a scalei este pentru evaluarea atitudinilor si comportamentelor din hipocondrie, pentru screeningul hipocondriei in general, si pentru evaluarea severitatii simptomelor.

9.5. INDEXUL WHITELEY (Whiteley Index of Hypochondriasis - WI)

Indexul Whiteley este un instrument dezvoltata de Pilowsky (1967) destinat sa identifice tulburarea hipocondriaca, sa evaluaze severitatea atitudinilor hipocondriace (frica de boala, convingerea bolii si preocuparile cu boala) si sa masoare raspunsul la tratament (Pilowsky, 2000)
Impreuna cu Scala atitudinilor de boala, aceste instrumente sunt cele mai utilizate in evaluarea tulburarii hipocondriace.

Scala WI este un instrument de auto-evaluare care are 14 intrebari care sunt scorate cu DA si NU, deci este o scala categoriala care poate da raspunsul de prezenta sau absenta bolii. Scorul scalei se face prin adunarea raspunsurilor de la itemii endorsati pozitiv, deci scorul poate merge de la 0 la 14. Exista si o versiune in care fiecarei intrebari i se ataseaza o scala Likert cu 5 puncte si astfel putem avea o viziune dimensionala a bolii.

Pe baza analizei factoriale s-au identificat trei subscale: i) preocupare cu boala (preocuparea fata de senzatiile somatice), ii) fobia de boala (anxietatea fata de sanatate si nevoia pentru asigurare ca nu esta asa), si iii)

convingerea prezentei bolii (credinta in boala in ciuda evidentei contrarii). O asemenea analiza face recent si Veddegjarde si colab.(2014) si demonstreaza ca scala raspunde cel mai bine la modelul cu un singur factor si sase itemi (itemii 1, 4, 6, 8, 10 si 13). Aceasta versiune scurta, WI-6, prezinta foarte bune proprietati psihometrice, este usor de utilizat si discrimineaza foarte bine trasaturile hipocondriace.

Scala cu 14 itremi este prezentata in Anexa Nr. 5 si este preluata din articolul autorilor citati mai sus.

Scala prezinta bune proprietati psihometrice: 0,81 la proba test-retest si o buna validitate cand s-a administrat concomitent cu alte scale precum Illness Attitude Scale si Somatosensory Amplification Scale (Speckens si colab. 1996a). Cu aceasta ocazie s-a demonstrat ca toate cele trei scale reusesc foarte bine sa discrimineze corect intre pacientii hipocondriaci si cei non-hipocondriaci (Hiller si colab. 2002) .

O analiza ROC recenta facuta de Hedman si colab (2015) a aratat ca scorul prag ("*cut-off score"*) pentru scala WI este de 5, cand exista un echilibru intre senzitivitate si specificitate, adica intre decelarea adevaratilor pozitivi si a adevaratilor negativi.

9.6. SCALA AMPLIFICARII SOMATOSENZORIALE (Somatosensory Amplification Scale - SSAS)

Scala SSAS a fost conceputa de Barsky si colab. (1990, 1992) care a pornit de la constatarea ca pacientii cu somatizare tind sa fie hipersenzitivi la senzatiile normale corporale, au o toleranta scazuta fata de senzatiile inconfortabile din corp si le interpreteaza ca simptome si ca evidente ale unei boli (Barsky, 1992). Acest mecanism, care incearca sa explice aparitia simptomelor de somatizare, a fost numit "amplificarea somatosenzoriala".

Sintetic, amplificarea somatosenzoriala se refera la tendinta unor subiecti de a trai senzatile somatice ca intense, nocive si suparatoare. Este de presupus ca acest mecanism sa joace un rol important in aparita de variate conditii medicale cu simptome somatice carora nu li se gasesc o explicatie fiziopatologica.

Scala cuprinde 10 intrebari care incearca sa captureze tendinta de amplificare a senzatiilor corporale ale subiectilor cu simptome de somatizare. Fiecare intrebare este scorata pe o scala Likert cu cinci ancore, de la 1= nu este de loc, la 5= este foarte adevarat, in functie de cat de caracteristic este pentru subiect, si astfel scorul scalei se poate intinde de la 10 la 50. Atunci cand s-a cautat sa se stabileasca un "*cut-off score*", pragul de 32 a fost gasit a fi cel mai convenabil (Nakao si colab. 2002).

Scala prezinta trei componente: i) hipervigilenta si cresterea atentiei pe senzatii corporale neplacute, ii) tendinta de a selecta si focusa pe senzatiile relativ neimportante sau neobisnuite, si iii) tendinta de a lua senzatiile viscerale si somatice ca anormale, patologice si simptomatice pentru o boala. Scala SSAS este prezentata in Anexa Nr. 6

Studiile de validitate au aratat o buna corelatie a acestei scale cu rezultatele altor instrumente care masoara hipocondria si tulburarile de somatizare (Speckens si colab. 1996a si 1996b). La proba de confidenta test-retest scala SSAS scorul a fost de 0,72 (Barsky, 1992), iar la consistenta interna 0,83 (Martinez si colab., 1999), iar la testul de concordanta inter-rater scorul a fost mai mare de 0,40 (Desai si colab. 2015).

Utilizarea clinica a scalei ne permite sa cuantificam intensitatea variatelor simptome somatice de care se plange subiectul, eliminand judecata subiectiva a clinicianului. La fel, scala SSAS este utilizata si ca un indicator

de somatizarii in timpul unui tratament pentru variate alte diagnostice, sau pentru evaluarea longitudinala a rezultatelor in terapia tulburarilor psihosomatice (Nakao si Barsky, 2007).

9.7. INVENTARUL PENTRU ANXIETATEA FATA DE SANATATE (*Health Anxiety Inventory - HAI)*

Inventarul HAI a fost creiat de Salkovskis si colab (2002) si are la baza teoria cognitiv-comportamentala a anxietatii care ia in consideratie credintele individului fata de propria sanatate. Inventarul mai doreste totodata si sa "repare" deficinetele scalelor Whiteley Index si Illness Attitude Scale in masurarea hipocondriei, astfel incat HAI se arata ca un instrument robust prin care se pot deosebi indivizii cu hipocondrie de cei cu alte forme de anxietate.

Inventarul HAI consta in 64 de intrebari care sunt raspandite in sapte subscale. Exista si o versiune scurta, doar cu 18 intrebari, numita "*short-HAI*" sau SHAI care este curent folosita in practica, si pe care o descriu mai jos. Fiecare intrebare este acompaniata de patru propozitiuni care acopera o plaja de severitate. Intrebarile se refera la un cadru de timp de 6 luni si fiecare intrebare este cotata cu o nota de la 0 la 3. Pe baza acestor note se construieste scorul total al scalei (vezi Anexa Nr. 7).

SHAI prezinta o foarte buna confidenta asa cum a constatat Alberts si colab (2013) inventariind 16 studii publicate anterior. La fel, scala prezinta o mare stabilitate in timp la proba test-retest pe un interval de 3 saptamani (Olatunji si colab. 2011). Cat priveste studiile de validitate, respectiv administrarea concurentiala a scalei cu alte scale, sau cu diagnosticul clinic traditional, au evidentiat ca SHAI genereaza un diagnostic corect si poate discrimina intre anxietate de sanatate si alte probleme medicale (Alberts si colab. 2013).

Prin analiza factoriala Salkovskis si colab (2002) evidentiaza doi factori: i) factorul anxietate privitor la sanatate, care cuprinde primii 14 itemi, si ii) factorul consecinte negative care cuprinde ultimii 4 itemi, lucru confirmat si de studii ulterioare. Autorii mai sus citati furnizeaza scorurile medii obtinute pe un lot de 59 hipocondriaci, 46 persoane cu tulburari anxioase (22 cu fobie sociala si 26 tulburare de panica) si 22 persoane indemne, scoruri care sunt prezentate in Tabelul Nr. 6.

	Hipocondrie	Tulburari anxioase	Lot control
Subscala anxietatea fata de propria sanatate	30,1 ± 5,5	14,9 ± 6,2	9,4 ± 4,5
Subscala consecinte negative	7,8 ± 2,8	3,6 ± 2,2	2,2 ± 2,1
Scor total	37,9 ± 6,8	18,5 ± 7,3	12,6 ± 5,0

Tabelul nr. 6: Scorurile medii la scala SHAI (dupa Salkovskis si colab., 2002)

9.8. CHESTIONARUL COGNITIILOR DESPRE BOALA SI SANATATE (Cognitions about body and health questionnaire - CABAH)

Acest instrument a fost construit de Rief si colab. (1998) si se bazeaza pe modelul explicativ cogntiv-comportamental al tulburarilor de somatizare care subliniaza rolul interpretarilor aberante legate de functionarea corpului, a senzatiilor corporale si a credintelor legate de sanatate. Acest model se mai bazeaza si pe atitudinile disfunctionale legate de sanatate si pe tendinta de a lua senzatiile corporale ca simptome. Acest model a preluat

unele din ideile altor modele explicative ale simptomelor somatice fara baza fiziopatologica, precum amplificarea somatosenzoriala care duce la interpretarea catastrofica a senzatiilor corporate (Kirmayer si Taillefer, 1997), sau fenomenul de hipersenzitizare cognitiva care explica de ce simple senzatii coporale sunt considerate simptome indicatoare de boli (Verkuil si colab. 2007).

Chestionarul CABAH ere 31 intrebari care sunt scorate pe o scala Likert cu 4 puncte (0 = complet gresit, 3 = complet adevarat), intrebari privind interpretarea semnalelor corporale, perceptia evenimentelor corporale minore, atitudinile fata de corp si sanatate si obiceiurile de sanatate. Scorul scalei se obtine prin adunarea scorurilor itemilor individuali, mergand de la 0 la 93; un scor mare indica prezenta unor cognitii disfunctionale ce sustin simptomele de somatizare.

Consistenta interna a chestionarului a fost intre 0,68 si 0,90 pe un lot clinic de 493 pacienti. Analiza factoriala a evidentiat cinci factori: inteerpretarea catastrofica a senzatiilor corporale, senzatiile vegetative, slabiciunea corporale, intoleranta la senzatii corporale si obiceiuri de sanatate. Scala este prezentata in Anexa nr. 8.

Utilitatea clinica a chestionarului este mai ales in cazul inrolarii pacientilor in terapii psihologice si urmarirea eficacitati lor.

9.9. CHESTIONARUL SANATATII PACIENTULUI (Patient Health Questionnaire - PHQ-15)

Studiile epidemiologice arata ca intre 10 si 15% din pacientii care se adreseaza la medicul de medicina generala prezinta simptome de somatizare, adica simptome fizice asociate asociate cu distress psihologic si cu comportament de cautare a sanatatii, respectiv vizite frecvente la medic (Kroenke si colab. 2002). Aceste date explica incarcare profesionala a medicinii de familie si la necesitatea distingerii acestor cazuri de plangerile somatice care au substrat fiziopatologic, lucru care subliniaza importanta instrumentelor specifice de screening.

Chestionarul sanatatii pacientului ("*Patient Health Questionnaire*") este un instrument de auto-evaluare, dezvoltat de Spitzer si colab (1999), pentru a fi utilizat la nivelul ingrijirilor primare cu scopul identificarii rapide a tulburarilor psihiatrice majore intalnite la acest nivel. Instrumentul este compus din doua sectiuni, PHQ-9 pentru identificarea tulburarilor bine definite precum tulburarea depresiva, si PHQ-15 pentru tulburarile psihice care cuprind si simptome somatice.

In domeniul tulburarilor de somatizare, instrumentul PHQ-15 s-a dovedit un instrument valid de depistare a somatizarii. El cuprinde 15 intrebari legate de tot atatea simptome somatice prezente in ultimele 2 saptamani si evaluate pe o scala cu trei ancore in care: 0=deloc, 1=putin, 2=mult. Scorul total al scalei poate fi cuprins intre 0 si 30, iar autorii au despins urmatoarele trepte de severitate pentru simptomrele somatice: scor 0-4 severitate minima, 5-9 severitate joasa, 10-14 severitate medie si 15-30 severitate mare.

Studiul de confidenta facut de Kroenke si colab. (2002), utilizand un lot de peste 3000 persoane, a aratat ca confidenta interna a testului este excelenta, cu un indice alpha de peste 0,80, iar administrarea concurenta a chestionarului cu o scala de functionare arata o corelatie inalta intre severitatea simptomelor somatice si severitatea problemelor de functionare.

Instrumentul PHQ-15 este indicat sa fie folosit de medicii de medicina generala, de medicii de alte specialitati si de psiholgii clincieni pentru a identifica prezenta simptomelor somatice si a severitatii lor. Instrumentul poate fi facut parte si din anamneza clasica, sau poate fi administrat separat, ca o procedura specifica.

Ravensteijn si colab (2009) evalueaza performanta PHQ-15 comparativ cu cea a Interviului structurat de diagnostic (SCID-I), cand au fost adminstrate la 2147 pacienti, si constata ca chestionarul PHQ-15 detecteaza tot atat de bine pacientii cu simptome somatice ca si SCID si ca un cut-off point de 3 poate fi folosit ca prag dincolo de care apare o suspiciune rezonabila de tulburare de somatizare. La acest prag senzitivitatea si specificitatea chestionarului de fost de 78% versus 71%. Stabilitatea test-retest a fost de 0,60.

Mai mult, colectivul de redactare a DSM-5 ofera alaturi de manulul in sine si o serie de "masuratori emergente" pentru evaluare clinica si cercetare. Atunci cand este vorba de evaluarea simptomelor somatice, DSM-5 recomanda instrumentul PHQ-15 usor modificat (vezi Anexa Nr. 9), instrument cu aceiasi modalitate de cotare a raspunsurilor si cu aceleasi praguri de scor.

Foarte recent, Sitnikova si colab. (2017) intreprind o laboriasa analiza a proprietatilor a 9 chetionare care masoara somatizarea utilizand metodologia checklist-ului COSMIN, metodologie care evolueaza calitatea studiilor in ceea ce priveste proprietatile psihometrice ale instrumentelor de masura, respectiv confidenta, erorile de masurare, validitatea de continut, validitatea structurala, validitatea cross-culturala, etc. Analiza ia in considerare 154 articole eligibile conform unor criterii foarte stricte, printre care si 8 articole despre PHQ-15, si gasesc ca acest instrument implineste toate criteriile care sa-l recomande pentru a fi folosit la detectia si evaluarea severitatii simptomelor somatice.

9.10. CHESTIONARUL DE SIMPTOME - PATRU DIMENSIUNI *(Four- Dimensional Symptom Questionnaire - 4DSQ)*

Chestionarul 4DSQ este un instrument de auto-evaluare dezvoltat de Tertulin si colab. (2004 si 2006) pentru a evalua problemele psihologice cu care un pacient se poate prezenta la nivelul ingrijirilor primare. Conform autorilor lui, principala calitate a chestionarului este abilitatea lui de a distinge distressul general al pacientului precum si depresia, anxietatea sau somatizarea, care reprezinta cele patru dimensiuni mentionate in numele sau.

Prin distressul psihologic autorii inteleg simptome precum ingrijorare, iritabilitate, tensiune, atentie scazuta, tulburari de somn si demoralizare, distress care apare ca expresie a efortului pe care oamenii il fac pentru a mentine homeostazia psihologica si functionarea sociala atunci cand sunt confruntati cu evenimente negative de viata, precum boli sau dificultati psiho-sociale. Desi distresul este experienta pe care oameni o traiesc cand au depresie, anxietate sau somatizare, autorii au considerat totusi sa-l puna si ca dimensiune separata in instrumentul pe care l-au conceput pentru ca distressul e mai mult legat de stress sau functionarea sociala decat de bolile pe care le sufera individul.

Chestionarul de simptome cu patru domensiuni cuprinde 50 intrebari distribuite in patru scale. Cele patru scale sunt: 1) scala de distress cu 16 itemi; 2) scala de depresie cu 12 itemi; 3) scala de anxietate cu 12 itemi si 4)

scala de somatizare cu 16 itemi. Intrebarile chestionarului sunt formulate asemanator celor pe care le pune medicul pacientului. Ele se refera la felul cum pacientul s-a simtit in ultima saptamana si frecventa cu care problema a aparut in acest cadru de timp. Scorul care se da raspunsurilor se face dupa urmatorul algoritm: 0 = niciodata, 1 = uneori si 2 = deseori, frecvent sau totdeuna. Astfel, scorul pentru scala de distress poate merge de la 0 la 32, la scala de depresie de la 0 la 23, la scala de anxietate de la 0 la 24 si la scala de somatixare de la 0 la 36 (vezi Anexa Nr. 10).

Tertulin si colab.(2006) au folosit 10 esantioane diferite, insumand peste 7000 persoane, de la populatia clinica, la populatia generala, pentru a testa validitatea, confidenta, senzitivitatea si sensibilitatea acestui chestionar. Validitatea de criteriu a fost testata prin compararea rezultatelor chestionarului cu rezultatele obtinute cu alte instrumente sau modalitati de diagnostic, prin compararea suprafetelor de sub curbele ROC, si astfel scala de distress a fost asociata cu diagnosticul psihosocial cu un indice de 0,79, asociata cu depresia cu un indice de 0,83, cu anxietate cu un indice de 0,66 si cu somatizarea cu un indice de 0,65. Validitatea de constructie a fost gasita foarte buna, confirmata de scorurile de intercorelatie dintre subscale si cu scorurile de corelatie cu alte instrumente de masura administrate concurential. In 2016, Terulin si colab. fac din nou un studiu de validitate si confidenta pentru 4DSQ si de identificare a scorurilor normative pe un larg esantion de populatie daneza (n = 5273 indivizi). Acest studiu a confirmat proprietatile psihometrice excelente ale instrumentului si, in plus, aratat invarianta scorurilor in functie de varsta, sex si educatie. Studiind in mod exhaustiv studiile publicate si utilizand metodologia CODMIN, Sitnikova si colab. (2017) constata ca 4DSQ prezinta o puternica consistenta interna, o mai slaba validitate test-retest, o foarte bune validitate structurala si un nivel moderat de testare a ipotezei.

Datele normative pentru somatizare si pentru populatia generala daneza (Tertulin si colab., 2016) sunt: pentru femei (45-64 ani) 5,60 ± 5,12 si pentru barbati 4,18 ± 4,63, sau 83,9% (n=2382) din femeile din esantion au avut scorul cuptins intre 0 si 10, si 92,1% (n=4623) din barbatii din esantion au avut scor intre 0 si 10 la scala de somatizare.

In concluzie, chestionarul 4DSQ apare ca un instrument de autoraportare valid pentru masurarea atat a depresiei sau anxietatii, cat si pentru masurarea somatizarii si distressului, lucru care ne intereseaza pe noi, in aceasta sectiune.

Utilitatea instrumentului este atat clinica, cat si in scop de cercetare. In scop clinic, scala poate fi utilizata cu succes la nivelul ingrijirilor primare, pentru detectarea si evaluarea severitatea spectrului tulburarilor psihologice ale pacientului si a distressului specific, generat de aceste suferinte, si cel general, generat de stress si ale contrarietati ale vietii. Pentru psihologii clinicieni si pentru psihiatria de legatura, utilitatea lui este evidenta din aceleasi motive de mai sus, si din identificarea spectrului suferintei subiectului inainte de a fi inrolat intr-un program de tratament. In sectiile clinice de medicina somatica, instrumentul poate fi utilizat cu succes pentru a evalua comorbiditatea psihiatrica, rolul ei in distressul general al pacientului si ponderea tulburarilor psihosomatice.

9.11. SCALA TULBURARII CU SIMPTOME SOMATICE - CRITERIUL B *(The Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale - SSD-12)*

DSM-5 reprezinta o schimbare semnificativa in conceptia noastra despre somatizare. In aceasta nosologie, diagnosticul simptomelor somatice fara o baza fiziopatologica nu se mai bazeaza pe un criteriu de excludere, respectiv pe absenta unei explicatii medicale, ci pe prezenta unui criteriu pozitiv, respectiv impactul psihologic pe care prezenta acestor simptome il are asupra individului. Astfel, focusul se muta de la cauza la efect! Criteriile pentru tulburare cu simptome somatice ("*Somatic Symptom Disorder" - SSD*) constau in i) preocupare disproportionata fata de boala si de schemele cognitive care o sustin, ii) distresul emotional exagerat si iii) un comportament de boala maladaptativ.Aici nu este vorba de o tulburare psihologica, ci de modul disfunctional prin care individul reactioneaza si incearca sa depaseasca problema existentei acestor simptome (Bratsky, 2016).

Aceasta schimbare in criteriologia simptomelor, mai inainte denumite simptome de somatizare, face ca instrumentele standardizate de detectie si masurare a lor, sa fie mai importante ca oricand. Aceste noi instrumente trebuie sa se focalizeze pe gandurile, afectele si comportamentele subiectilor si nu pe simptomele propriu-zise.

Toussaint si colab. (2016) construiesc o scala ingrijita si riguroasa pentru evaluarea tulburarii cu simptome somatice, scala numita "*Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale*" si abreviata ca SSD-12, care este o scala de auto-evaluare care are intentia de a evalua criteriul B al acestei entitati clinice noi, adica rasunetul psihologic al simptomelor. Acest instrument nu evalueaza criteriul "A", respectiv simptomele de care se plange subiectul, si care au fost tinta atator instrumente de pana acum ca in cazul PHQ-15, ci criteriul B, respectiv impactul psihologic al simptomelor.

Istoria acestei scale incepe cu constructia unui chestionar cu 15 itemi care avea pretentia de a culge experientele subiectilor care implineau criteriile criterii pentru SSD, experinte care erau impartite in patru categorii: grija fata de boala, experienta bolii, dificultatile de relatie cu doctorii si impactul bolii. Acest chestionar a reprezentat fundatia pentru scala SSD-12, instrument cu 12 intrebari scorate pe o scala Likert cu 5 puncte (vezi Anexa Nr. 11).

Studiul de validitate si confidenta a fost facut pe un lot de 501 subiecti aflati in ingrijirile primare ale unor medici de medicina generala din Munchen, Germania. Acest studiu a gasit o nota foarte buna de confidenta (indice Cronbach = 0,92), analiza factoriala confirmatorie arata ca modelul general al factorului B justifica folosirea scorului total al scalei care coreleaza semnificativ cu incarcatura subiectiva pe care o resimt subiectii, iar validitatea de constructie a scalei a fost foarte buna atunci cand scorul total a fost corelat cu scorurile altor scale, precum PHQ-15 sau WI. In concluzie, autori au motive sa afirme ca scala SSD-12 este confidenta si valida pentru a masura criteriul B, impactul psihologic, a tulburarii cu simptome somatice din DSM-5 si poate fi recomandata pentru evaluarea acestei entitati clinice la nivelul ingrijirilor primare si nu numai.

Imediat dupa aparitia scalei SSD-12, Xiong si colab. (2017) au intreprins un studiu care sa testeze felul cum intrumentul acesta citeste tulburarea cu simptome somatice si constata ca pe un lot de 491 pacienti din 10 spitale din China instrumentul SSD-12 ooperationalizeaza criteriile de diagnostic, evaluand corect trasaturile cognitve, afective si comportamentale ale subiectilor cu aceasta afectiune. Mai mult, instrumentul reuseste sa

identifice corect indivizii cu astfel de problema cand se foloseste un cut-off point de 2 pentru fiecare dintre subscale lui SSD-12: subscala aspecte cognitive - itemii 1, 4, 7, 10; subscala aspecte afectie - itemii 2, 5, 8, 11; subscala aspecte comportamentale - itemii 3, 6, 9, 12).

Tot in acest rastimp, Toussaint si colab. (2017) reia studiul de validitate si confidenta, dar de data aceasta foloseste un esantion din populatia generala in numar de 2524 participanti cu varsta cuprinse intre 14 si 93 ani. Validitate de constructie a fost evaluata prin administrarea concurenta cu scalele PHQ-15 si SSS-8 (ce va fi descrisa mai departe) si au constatat ca scala coreleaza semnificativ cu povara data se simptomele somatice si cu simptomele de anxietate generala, depresie si functionare generala. Indicele de confidenta a fost excelent (Cronbach alpha = 0,95). Studiul a generat si scoruri normative in functie de varsta si sex, pentru populatia germana. Astfel scorul prag pentru barbati la varsta de 35-44 ani este de 9, de 14 la varsta de 45-54, de 15 la varsta de 55-64 si de 17 la grupa de varsta 65-74. La femei scorurile prag, pentru aceleasi grupe de varsta sunt 15, 15, 18 si respectiv 18.

9.12. SCALA SCURTA DE SIMPTOME SOMATICE - 8 *(Somatic Symptoms Scale - SSS-8)*

Scala SSS-8 este o scala scurta, cu 8 itemi derivata din PHQ-15 si a fost dezvoltata de ... Narrow si colab. (2013) ca parte a dezvoltarii DSM-5 si a instrumentelor emergente folosite pentru evaluarea entitatilor clinice componente.

Trei dintre itemii PHQ-15, probleme menstruale, probleme sexuale si lesinuri, au fost inlaturati din cauza prevalentei lor scazute in populatia generala si alti 5 itemi legati de functionarea cardiovasculara si gastrointestinala au fost colapsati in doi noi itemi, itemul 1 si 5 (Gierk si colab. 2014). Fiecare item este scorat pe o scala Likert cu 5 puncte si se refera la perioada de timp din ultima saptamana, in loc de 4 saptamani cat era la PHQ-15.

Scorul scalei se poate intinde de la 0 la 32. Cu cat scorul obtinut la scala este mai mare cu atat povara subiectiva data de problemele somatice ale subiectului este mai mare. Prin povara ("*burden*") se evalueaza distressul psihologic, necazul subiectiv, incarcatura pe care o poarta subiectul care prezinta simptome somatice.

Autorii recomanda urmatoarele trepte de scor: 0-3 nici o povara, 4-7 povara scazuta, 8-11 povara medie, 12-15 povara mare si peste 15 povara foarte mare. S-a constatat ca cu cat scorul este mai mare cu atat mai mare este si frecventa vizitelor medicale pe care subiectul le face la medicul de medicina generala.

Scala SSS-8 are calitati psihometrice excelente, confidenta 0,81, stabilitate la test-retest si validitate de constructie foarte buna. Acest calitati ale scalei au fost testate de Gierk si colab. (2014) pe un esantion 2510 subiecti din populatia generala a Germaniei.

Foarte recent, Toussaint si colab. (2017) fac o comparatie intre PHQ-15 si SSS-8 pentru a vedea daca cele doua instrumente sunt comparabile in ceea ce priveste proprietatile lor psihometrice si in estimarea "burden-ului" dat de simptome. Autorii gasesc ca confidenta scalei PHQ-15 este de $\alpha = 0,66$ si a SSS-8 de $\alpha = 0,72$ si ele coreleaza semnificatic cand sunt aplicate impreuna. Ambele scale coreleaza bine si cu masuratorile depresiei, anxietatii, durerii, calitatii vietii si afectari generale a functionarii. Mai mult, s-a constatat ca cresterea cu 1 punct a scorului scaleilor conduce la afectarea functionarii exprimata prin cresterea cu 3,7 - 3,9% a numarului de zile de

dizabilitate. Folosind aceeasi plaja de scoruri (5 - scazut, 10 - mediu si 15 inalt), ambele scale identifica aceleasi grupe de pacienti in ceea ce priveste calitatea vietii legate de sanatate si dizabilitatea.

Utilitatea clinica a scalei SSS-8 este de a depista si evalua distressul psihologic dat de simptomele somatice ale unui individ si este recomandata ca instrument de screening, de apreciere a burden-ului, a calitatii vietii legate de sanatate si a dizabilitatii atunci cand se banuieste existenta unei tulburari cu simptome somatice.

Bibliografie:

Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D (2013): The Short Health Anxiety Inventory: a systematic review and meta-analysis, Journal of Anxiety Disorders, 27: 68–78.

American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Third Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the Fourth Ed. Washington DC: American Psychiatric Publ.

Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL (1990): The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. J Psychiatr Res, 24: 323–334.

Barsky AJ (1992): Amplification, somatization, and the somatoform disorders, Psychosomatics 33: 28–34.

Barsky AJ (2016): Assessing the new DSM-5 diagnostic of somatic symptom disorder, Psychosomatic Medicine, 78: 2-4.

Chaturvedi SK, Desai G (2013): Measurement and assessment of somatic symptoms, International Review of psychiatry, 25(1): 31-40.

Corcoran K, Fischer J (2000): Measures for Clinical Practice: A Sourcebook, 3rd Ed., 2nd Vol. New York, The Free Press.

Crössmann A, Pauli P (2006): The factor structure and reliability of the Illness Attitude Scales in a student and a patient sample. BMC Psychiatry, 6:46.

Desai G, Chaturvedi SK, Dahale A, Marimuthu P (2015): On somatic symptoms measurement: The Scale for Assessment of Somatic Symptoms Revisited, Indian J Psychol..Med. 37(1);17-19.

Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K et al (2014): The Somatic Symptom Scale 8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden, JAMA Intern.Med. 174(3): 399-407.

Gureje O (2015): Classification of somatic syndromes in ICD-11, Current Opinion in Psychiatry, 28: 345-349.

Gureje O, Reed GM (2016): Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects, World Psychiatry, 15(3): 291-292.

Hart J, Björgvinsson T (2010): Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. Bulletin of the Menninger Clinic: Vol. 74, Special issue: Update on the nature and treatment of obsessive-compulsive-related disorders, https://doi.org/10.1521/bumc.2010.74.2.122

Hatcher S, Arroll B (2008): Assessment and management of medically unexplained symptoms, British Medical Journal, 336: 1124-1128.

Hedman E,Lekander M, Ljotsson B et al (2015): Optimal Cut-Off Points on the Health Anxiety Inventory, Illness Attitude Scales and Whiteley Index to Identify Severe Health Anxiety, PLoS ONE, (10), 4, e0123412.

Henningsen P, Fink P, Hausteiner-Wlehle C, Rief W (2011); Terminology, classification and concepts, in F Creed, P Henningsen, P Fink (Eds.): Medically Unexplained Symptoms, Somatization and Bodily Distress, Cambridge: Cambridge University Press

Hiller W, Zaudig M, Mombour W (1996):. IDC - International Diagnostic Checklists for ICD-10 and DSM-IV. Seattle: Hogrefe & Huber.

Hiller W, Rief W, Fichter MM (2002): Dimensional and categorical approaches to hypochondriasis, Psychological Medicine, 32:707–718.

Hiller W, Janca A (2003): Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments Acta Neuropsychiatrica, 15: 167–179.

Janca A, Burke JD Jr, Isaac M, et al (1995a): The World Health Organization Somatoform Disorders Schedule: a preliminary report on design and reliability, European Journal of Psychiatry 10: 373–378.

Janca A, Isaac M, Costa e Silva JA (1995b): World Health Organization International Study of Somatoform Disorders: background and rationale, European Journal of Psychiatry 9:100–110.

Kellner R (1986): Illness attitude scales, in: Kellner R (Ed.): Somatization and Hypochondriasis. New York: Praeger-Greenwood Publishers.

Kellner R (2000); Illness Attitude Scale (IAS), in Rush AJ, Pincus HA, First MB et al (Eds.): Handbook of Psychiatric measures, Washington, DA: APA Publ.

Kirmayer LJ, Taillefer S (1997): Somatoform disorders, in SM Turner, M Hersen (Eds.): Adult psychopathology and diagnosis (3rd ed.), New York: Wiley.

Kreoenke K, Spitzer RL, Williams JBW (2002): The PHQ-15; Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptom, Psychosomatic Medicine, 64: 258-266.

Kurlansik SL, Maffei MS (2016): Somatic Symptom Disorder, American Family Physician, 93(1): 49-54A.

Lipowski ZJ (1988): Somatization: The concept and its clinical application, American Journal of Psychiatry, 145: 1358-1368.

Marks EM, Hunder MS (2015): Medically unexplained symptoms: an acceptable term? British Journal of Pain, 9(2): 109-114.

Martinez MP, Belloch A, Botella C (1999): Somatosensory amplification in hypochondriasis and panic disorder, Clinical Psychology and Psychotherapy, 6: 46-53.

Mayou R (2014): Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? The British Journal of Psychiatry, 204: 418–419.

Nakao M, Barsky AJ, Kumano H, Kuboki T (2002): Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese psychosomatic clinic, Psychosomatics, 43: 55-60.

Nakao M, Barsky AJ (2007): Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine, BioPsychoSocial Medicine, 1:17, doi:10.1186/1751-0759-1-17

Narrow WE, Clarke D, Kuramoto JS et al (2013): DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5, Am. J. Psychiatr.

170: 71–82.

Olatunji BO, Etzel EN, Tomarken AJ et al (2011): The effects of safety behaviors on health anxiety: an experimental investigation, Behaviour Research and Therapy, 49: 719–728.

Olde Hartman TC (2011): Persistent medically unexplained symptoms in primary care: The patient, the doctor and the consultation: Cap. 1: Introduction. Department of Primary and Community Care, Roadboud University Nijmegen Medical Center, The Netherland.

Pilowsky I (1993): Dimensions of illness behaviour as measured by the Illness Behaviour Questionnaire. A replication study, Journal of Psychosomatic Research, 37: 53–62.

Pilowsky I, Spence N (1994): Manual for the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ), 3rd edn. Adelaide: University of Adelaide.

Pilowsky I (2000): Whiteley Index of Hypochondriasis, in Rush AJ, Pincus HA, First MB et al (Eds.): Handbook of Psychiatric measures, Washington, DA: APA Publ.

Ranesteijn H, Wittkampf K, Lucassen P et al (2009): Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15, Ann.Fam.Med. 7:232-238.

Rief W, Hiller W, Heuser J, SomS (1997): Screening fur Somatoforme Storungen. Manual Zum Fragebogen (SOMS – the Screening for Somatoform Symptoms – Manual). Berne: Huber Publishers.

Rief W, Hiller W, Geissner E, Fichter MM (1995): A two year follow-up study of patients with somatoform disorders, Psychosomatics, 36: 376–386.

Rief W, Hiller W, Margraf J (1998): Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome, Journal of Abnormal Psychology, 107(4): 587-595.

Rief W, Hessel A, Brahler E: (2001): Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population, Psychosom Med, 63: 595–602.

Rief W, Hiller W (2003): A new approach to the assessment of the tratment effects of somatoform disorders, Psychosomatics, 44: 492-498.

Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM (2002): The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis, Psychological Medicine, 32: 843–853.

Sharpe M, Mayou R, Walker J (2006): Bodily symptoms: New approaches to classification, Journal of Psychosomatic Research, 60: 353-356.

Sharpe M (2013): Somatic symptoms: beyond ‘medically unexplained’, The British Journal of Psychiatry, 203: 320–321.

Sitnikova K, Dijkstra-Kersten SMA, Mokkink LB et al (2017): Sistematic review of measurelent proprieties of questionnaires measuring somatization in primary care patients, Journal of Psychosomatic Research, 103: 42–62.

Speckens AEM, van Hemert AM, Spinhoven P, Bolk JH (1996a): The diagnostic and prognostic significance of the Whiteley Index, the Illness Attitude Scales and the Somatosensory Amplification Scale, Psychological Medicine, 26: 1085-1090.

Speckens AEM, Spinhoven P, Sloekers PPA, et al (1996b): A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. J Psychosom Res, 40: 95–104.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW (1999): Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIMEMD: the PHQ Primary Care Study. JAMA, 282: 1737–1744.

Starcevici V (2013): Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges, The British Journal of Psychiatry,
202, 7–8.

Terluin B, van Rhenen W, Schaufeli WB, de Haan M (2004); The Four-Dimnesional Questionnaire (4DSQ): mesuring distress and other mental health problems in a working population, Work & Stree, 18(3): 187-207.

Terluin B, van Marwijk HWJ, Ader HJ et al (2006): The Four-Dimensional Symptom Questionnare (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization, BMC Psychiatry, 6:34.

Terluin B, Smits N, Brouwers EPM, de Vet HCW (2016): The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in the general populoation: scale structure, reliability, measurement invariance and normativ data: a cross-sectional survey, Health and Quality of Life Outcome, 14: 130; DOI 10.1186/s12955-016-0533-4.

Toussaint A, Murray AM, Voigt K et al (2016): Development and validation of the Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale, Psychosom Med., 78: 5-12.

Toussaint A, Lowe B, Brahler E, Jordan P (2017): The Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale (SSD-12): Factorial structure, valitity and population-based norms, Journal of Psychosomatic Research, 2017:97: 9-17.

Toussaint A, Kroenke K, Baye F, Lourens S (2017): Comparing the Patient Health Questionnaire-15 and the Somatic Symptom Scale-8 as measure of somatic symptom burden.

Verkuil B, Brosschot JF, Thayer, JF (2007): A sensitive body or a sensitive mind associations among somatic sensitization, cognitive sensitization, health worry, and subjective health complaints, Journal of Psychosomatic Research, 63(6): 673-681.

World Health Organization (WHO) (1993): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO.

Xiong N, Zhang Y, Wei J et al (2017): Operationalization of diagnostic criteria of DSM-5 somatic symptom disorders, BMC Psychiatry, 17: 561; DOI 10.1186/s12888-017-1526-5

- oo O oo -

Anexa Nr. 1

SCREENINGUL PENTRU SIMPTOMELE DE SOMATIZARE

(*Screening for Somatoform Symptoms - SOMS*)

	Simptom	**Frecventa (%)**
1	Dureri de cap	19%
2	Dureri abdominala	11%
3	Dureri de spate	30%
4	Dureri articulare	25%
5	Dureri in maini si picioare	20%
6	Dureri in piept	5%
7	Dureri rectale	2%
8	Dureri in timpul actului sexual	1%
9	Dureri la urinare	3%
10	Greata	9%
11	Balonare	13%
12	Disconfort precordial	7%
13	Voma	2%
14	Regurgitare esofagiana	8%
15	Senzatie de arsura piept sau stomac	7%
16	Intoleranta la mancare	12%
17	Pierderea apetitului	7%
18	Gust rau in gura	5%
19	Gura uscata	8%
20	Diaree frecventa	3%
21	Eliminare rectala de fluid	1%
22	Urinare frecventa	9%
23	Forfoteli in burta	3%
24	Palpitatii	11%
25	Disconfort la stomac	11%
26	Transpiratii (reci sau calde)	9%
27	Valuri de caldura sau roseata	9%
28	Gafaiere (inafara efortului)	6%
29	Respiratie dureroasa sau hiperventilatie	5%
30	Oboseala excesiva	8%
31	Pete decolorate pe piele	6%
32	Indiferenta sexuala	11%
33	Senzatii neplacute in zona genitala	2%
34	Greutati de coordonare sau de echilibru	5%
35	Paralizii sau pierderea locala a fortei	2%
36	Dificultati de inghitire sau nod in gat	3%
37	Pierderea vocii	2%
38	Retentie de urina	3%
39	Halucinatii	2%
40	Pierderea senzatiei de pipait sau de senzatii pe piele	1%

41	Furnicaturi sau amorteli neplacute	5%
42	Viziune dubla	2%
43	Pierderea vederii	1%
44	Pierderea auzului	3%
45	Convulsii	2%
46	Pierderea memoriei	3%
47	Pierderea constiintei	1%
48	Menstruatie dureroasa	9%
49	Menstruatie neregulata	8%
50	Sangerare excesiva in timpul menstruatiei	4%
51	Voma continua in timpul graviditatii	1%
52	Secretie vaginala crescuta	3%
53	Disfunctii de erectie si ejaculare	6%

- oo O oo -

Anexa Nr. 2

SCREENERUL OMS PENTRU TULBURARILE SOMATOFORME

(The Screener for Somatoform Disorders- SSD)

A. In ultimele 6 luni ai avut nacazuri cu unul sau mai multe din simptomele de mai jos?
(incerecuieste ceea ce se potriveste)

1. Dureri de cap	DA	NU
2. Batai rapide de inima	DA	NU
3. Forfoteli sau disconfort la stomac	DA	NU
4. Balonare sau gaze excesive la burta	DA	NU
5. Dureri de spate	DA	NU
6. Ameteli	DA	NU
7. Senzatie de cap greu	DA	NU
8. Gura uscata	DA	NU
9. Oboseala permanenta	DA	NU
10. Dureri la anus sau in picioare	DA	NU
11. Tulburari de somn	DA	NU
12. Amorteli sau furnizaturi	DA	NU

B. Au durat aceste probleme cel putin o luna?

NOTA: Simptomele prezentate de subiect nu trebuie sa aibe o cauza organica pentru a fi interpretate ca expresie a unei tulburari de somatizare.

- oo O oo -

Anexa Nr. 3:

CHESTIONARUL COMPORTAMENTULUI DE BOALA

(Illness Behavior Questionnaire - IBQ)

	Intrebarea	Da	Nu	Subscala
1	Esti foarte ingrijorare de sanatatea ta?			
2	Gandesti ca e ceva serios cu corpul tau?			DC - Da
3	Boala ta interfera mult cu viata ta?			DC - Da
4	Este usor sa stai cu altii cand esti bolnav?			I - Nu
5	Sunt boli in familia ta?			
6	Crezi ca esti mai predispus la boli decat alti oameni?			
7	Daca doctorul ti-a spus ca nu ai nimic, il crezi?			DC - Nu
8	Iti este usor sa nu te mai gandesti la tine si sa te gandesti la altceva?			
9	Te superi cand cineva iti spune ca arati bine dat tu esti de fapt bolnav?			GH - Da
10	Esti deseori constient de ce se intampla in corpul tau?			DC - Da
11	Deseori gandesti ca boala ta este o pedeapsa pentru greselile tale?			P/S - Da
12	Ai probleme cu emotiile tale?			AD - Da
13	Daca te simti bolnav sau ingrijorat, iti este usor sa te duci la doctor?			
14	Crezi ca alti oameni isi dau seaman ce inseamna sa fi bolnav?			
15	Ti-e greu sa vorbesti cu doctorul despre boala ta?			
16	Ai multe dureri?			P/S - Nu
17	Boala ta afecteaza yte fac sa te vezi mai rar cu familia si prietenii?			I - Da
18	Ai observat ca devi repede anxios?			AD - Da
19	Cunosti pe cineva care are aceeasi boala ca si a ta?			
20	Esti mai sensibil la durere ca alti oameni?			GH - Da
21	Ti-e frica de boli?			GH- Da
22	Poti exprima sentimentele tale la fel de usor ca si alti oameni?			AI - Nu
23	Oamenii se simt rau cand esti bolnav?			
24	Crezi ca te ingrijorezi mai mult ca altii cand esti bolnav?			GH - Da
25	Crezi ca boala ta afecteaza viata ta sexuala?			
26	Simti multe durere cand esti bolnav?			
27	In afara de boala ta, mai ai alte probleme in viata ta?			D - Nu
28	Iti pasa ca oamenii realizeaza sau nu ca esti bolnav?			
29	Ai constatat ca estri gelos pe altii care sunt sanatosi?			GH - Da
30	Ai avut ganduri rele despre sanatatea ta pe care nu ai putit sa le scoti din cap?			GH - Da
31	Ai probleme financiare?			D - Nu
32	Esti suparat pe altii de felul cum iau boala ta?			GH - Da
33	Iti este greu sa-l crezi pe doctor cand iti spune ca nu este nimic rau?			
34	Esti adesea ingrijorat de posibilitatea de a avea o boala serioasa?			
35	Dormi bine?			DC - Nu
36	Cand esti suparat, tinzi sa lasi emotiile tale sa se vada?			AI - Da
37	Gandesti adesea ca ca ai putea sa te imbolnavesti brusc?			GH - Da
38	Exista vreo boala care iti atrage atentia la radio, TV, ziare, si pe care ti-e frica sa o ai?			GH - Da
39	Simti ca oamenii nu iau destul boala ta in serios?			
40	Esti suparat de cum arati?			

41	Te supara multe simptome?			DC - Da
42	Adesea incerci sa explici altora ce simti?			
43	Ai probleme in familie?			D - Nu
44	Crezi ca este vre-o problema cu mintea ta?			P/S - Da
45	Mananci bine?			
46	Sunt problemele tale de sanatate cele mai mari probleme din viata ta?			P/S - Nu
47	Constati ca te intristezi repede?			AD - Da
48	Esti ingrijorat sau nervos pentru lucruri mici care par neimportante pentru altii?			
49	Este un pacient docil?			
50	Adesea ai simptome de boli grave?			
51	Te superi repede?			
52	Ai probleme la locul de munca?			
53	Preferi sa ti sentimentele in tine?			AI - Da
54	Adesea esti depresiv?			AD - Da
55	Toate grijile tale ar disparea daca tu ai fi sanatos?			D - Da
56	Esti iritat de altii?			I - Da
57	Crezi ca simptomele tale sunt cauzate de grija?			P/S - Da
58	Iti este usor sa le spui oamenilor cand esti nervos pe ai?			AI - Da
59	Iti este greu sa te relaxezi?			AD - Da
60	Ai griji care nu sunt cauzate de boala?			D - Nu
61	Constati adesea ca iti pierzi rabdarea cu alti?			I - da
62	Iti este greu sa-ti arati sentimentele?			AI - Da

- oo O oo -

Anexa Nr. 4

SCALA ATITUDINILOR DE BOALA

(Illness Attitude Scale - IAS)

Te rog raspunde la la intrebarile de mai jos. Nu te gandi prea mult inainte de a raspunde.
Incercuieste raspunsul care ti se pare cel mai adevat

	Intrebarea	**Niciodata**	**Rareori**	**Uneori**	**Adesea**	**Tot timpul**
1	Esti ingrijorat de sanatatea ta?	1	2	3	4	5
2	Esti ingrijorar ca ai putea sa te imbolnavesti de o boala severa?					
3	Gandurile ca ai putea avea o boala serioara te specie?					
4	Daca ai o durere, esti ingrijorat ca ar putea fi data de o boala severa?					
5	Daca durerea tine o saptamana sau mai mult, te duci la un doctor?					
6	Daca durerea tine o saptamana sau mai mult, crezi ca te-ai imbolnavit grav?					
7	Eviti obiceiuri care ar fi daunatoare pentru tine, precum fumatul?					
8	Eviti alimente care nu ar fi sanatoase?					
9	Iti examinezi corpul ca sa vezi daca nu e ceva rau?					
10	Crezi ca ai o boala corporala pe care doctorii nu o pot diagnostica corect?					
11	Cand doctorii iti spun ca nu ai nimic organic care sa explice simptomele tale, ii crezi?					
12	Cand doctorul iti spune ce a gasit, repede crezi ca va apare o boala?					
13	Esti speriat de vesti care iti amintesc de moarte (ferpare, comemorari)?					
14	Te sperie gandurile de moaate?					
15	Ti-e frica ca o sa mori curand?					
15a	Ti-a spus doctorul ca ai o boala? DA NU Daca DA, care _____					
15b	Cat de des te ingrijorezi de aceasta boala					
16	Ti-e frica ca ai putea avea cancer?					
17	Ti-e frica ca ai putea avea o boala de inima?					
18	Ti-e frica ca ai putea avea o alta boala serioasa? Care boala_____					
19	Cat citesti sau auzi de o boala, vezi ca ai simptome similare cu aceasta boala?					
20	Cand ai o senzatie in corp, vezi ca este dificil sa te gandesti la altceva?					
21	Cand ai o senzatie in corp te ingrijorezi?					
22	Cat de des vezi un doctor?					

23	Cati diferiti doctori sau alti terapeuti ai vazut in ultimul an?	0	1	2-3	4-5	>6
24	Cat de des ai primit tratament in ultimul an?	0	1	2-3	4-5	>6
25	Daca da, care au fost aceste tratamente _____					
26	Te-au oprit din activitate aceste simptome corporale?					
27	Aceste simptome coporale te-au facut sa nu te poti concentra la ceea ce faceai?					
28	Aceste simptome coporale te-au facut sa nu poati sa te bucuri?					

- oo O oo -

Anexa Nr. 5

INDEXUL WHITELEY

(Whiteley Index of Hypochondriasis - WI)

Nr item	Intrebarea	Da (scor 1)	Nu (scor 0)
1	Esti adesea ingrijorat de posibilitatea de a avea o boala severa?		
2	Esti necajit de multe feluri de dureri?		
3	Ai constatat ca adesea esti atent da diverse lucruri care se intampla in corpul tau?		
4	Te ingrijorezi mult de sanatatea ta?		
5	Adesea ai simptome de boli serioase?		
6	Daca o boala iti atrage atentia prin emisiuni radio, TV, ziare sau converesatii, imediat te ingrijoreze sa nu cumva sa o faci si tu?		
7	Te enervezi cand te simti rau si cineva iti spune ca arati bine?		
8	Ai constatat ca te supara multe simptome?		
9	Este usor pentru tine sa uiti de problemele tale si sa te gandesti la cu totul altceva?		
10	Iti este greu sa crezi doctorul cand spune ca nu ai nimic care sa te ingrijoreze?		
11	Crezi ca oamenii nu iau destul de in serios bolile tale?		
12	Crezi ca grija fata de sanatatea ta este mai mare decat a majoritati oamenilor?		
12	Crezi ca exista ceva grav cu corpul tau?		
14	Ti-e frica de boli?		

- oo O oo -

Anexa Nr. 6

SCALA AMPLIFICARII SOMATOSENZORIALE

(Somatosensory Amplification Scale - SSAS)

Te rog sa evaluezi gradul cu care urmatoarele propozitii sunt caracteristice pentru tine in general

Nr. Item	Afirmatia	De loc	Putin	Moderat	Mult	Extrem de mult
1	Cand cineva tuseste, ma face si pe mine sa tusesc	1	2	3	4	5
2	Nu pot suporta fumul de tigara, ceata sau poluantii din aer	1	2	3	4	5
3	Adesea sunt constient de variate lucruri care se petrec in corpul meu	1	2	3	4	5
4	Cand am o echimoza, ma uit la ea mult timp	1	2	3	4	5
5	Ma deranjeaza zgomotele puternice	1	2	3	4	5
6	Uneori imi pot auzi pulsul sau bataile inimii pulsand in urechi	1	2	3	4	5
7	Nu-mi place cand e prea frig sau prea cald	1	2	3	4	5
8	Am repede senzatie de foame in stomac	1	2	3	4	5
9	Ma deranjeaza chiar ceva minor, precumo intepatura de insecta sau o zgarietura	1	2	3	4	5
10	Am o mica toleranta la durere	1	2	3	4	5

- oo O oo -

Anexa Nr. 7

INVENTARUL PENTRU ANXIETATEA FATA DE SANATATE

(Health Anxiety Inventory - HAI)

Te rog citeste cu atentie fiecare gurp de patru intrebari si alege una care descrie cel mai bine sentimentele tale din timpul ultimelor 6 luni si incercuieste litera din dreptul ei.

1. a.) Nu sunt ingrijorate de sanatatea mea.
   b.) Ocazional sunt ingrijorat de sanatatea mea
   c.) Pierd mult timp ingrijorandu-ma de sanatatea mea.
   d.) Sunt ingrijorat de sanatatea mea majoritatea timpului.

2. a.) Am dureri mai rar decat majoritatea oamenilor de varsta mea.
   b.) Am dureri tat ata cat si altii de varsta mea.
   c.) Am dureri mai mult decat altii de varsta mea.
   d.) Tot timpul am dureri in corp.

3. a.) In mod obisnuit nu am senzatii sau modificari in corp.
   b.) Uneori am senzatii sau simt modificari in corp.
   c.) Adesea am senzatii sau modificari in corp.
   d.) In mod constat am avut senzatii si modificari in corp.

4. a.) Sa-mi alung gandurile despre boali nu este o problema.
   b.) Majoritatea timpului pot sa-mi alung gandurile despre boli.
   c.) Incerc sa-mi alung gandurile despre boli dar uneori nu pot.
   d.) Gandurile despre boli sunt puternice si nu pot sa le alung.

5. a.) Niciodata nu mi-e frica de boli serioase.
   b.) Uneori mi-e frica de ca o boala serioasa.
   c.) Adesea mi-e frica ca am o boala serioasa.
   d.) Mereu mi-e frica ca am o boala serioasa.

6. a.) Nu-mi inchipui cum as fi sa fiu bolnav.
   b.) Rareori ma inchipui cum as fi sa fiu bolnav.
   c.) Deseori ma inchipui cum as fi sa fi bolnav.
   d.) Mereu ma inchipui cum as fi sa fiu bolnav.

7. a.) Nu ma gandesc la sanatate.
   b.) Uneori mi-e greu sa-mi abat gandurile despre sanatate.
   c.) Adesea mi-e greu sa-mi abat gandurile despre sanatate.
   d.) Totdeauna mi-e greu sa-mi abat gandurile de la sanatate.

8. a.) Ma linistesc daca un doctor imi spune ca nu am nimic..
   b.) La inceput ma linistesc, dar uneori grijile imi revin apoi.
   c.) La inceput ma linistesc, apoi, deseori grijile imi revin.
   d.) Nu ma linistesc chiar daca doctorul imi spune ca nu am nimic.

9. a.) Daca aud de o boala niciodata nu ma gandesc ca o am si eu.
   b) Daca aud de o boala uneori ma gandesc ca o am si eu.
   c.) Daca aud de o boala desdeori ma gandesc ca o am si eu.
   d.) Daca aud de o boala totdeuna ma gandesc ca o am si eu.

10. a.) Daca am vreo senzatie sau schimbare in corp rar ma intreb ce este.
    b.) Daca am vreo senzatie sau schimbare in corp deseori ma intreb ce este.
    c.) Daca am vreo senzatie sau schimbare in corp totdeuna ma intreb ce este.
    d.) Daca am vreo senzatie sau schimbare in corp trebuie sa stiu ce este.

11. a.) In mod obisnuit cred ca au un risc scazut de a face o boala serioasa.
    b.) in mod obisnuit cred ca am un oarecare risc de a face o boala serioasa.
    c.) In mod obisnuit cred ca au un risc moderat de a face o boala serioasa.
    d.) In mod obisnuit cred ca au un risc crescut de a face o boala serioasa.

12. a.) Niciodata nu ma gandesc ca am o boala serioasa.
    b.) Uneori ma gandesc ca am o boala serioasa.
    c.) Adesea ma gandesc ca am o boala serioasa.
    d.) Mereu ma gandesc ca am o boala serioasa.

13. a.) Daca am o senzatie corporala inexplicabila nu mi-e greu sa ma gandesc la altceva.
    b.) Daca am o senzatie corporala inexplicabila uneori mi-e greu sa ma gandesc la altceva.
    c.) Daca am o senzatie corporala inexplicabila deseori mi-e greu sa ma gandesc la altceva.
    d.) Daca am o senzatie corporala inexplicabila totdeauna mi-e greu sa ma gandesc la altceva.

14. a.) Familia/prietenii ar spune ca nu ma gandesc destul la sanatatea mea.
    b.) Familia/prietenii ar spune ca am o atitudine normala fata de sanatatea mea.
    c.) Familia/prietenii ar spune ca ma ingrijorez prea mult de sanatatea mea.
    d.) Familia/prietenii ar spune ca sunt un hipocondru.

La urmatoarele intrebar te rog sa te gandesti cum ar fi daca ai avea o boala serioasa (de ex. boala de inima, cancer, etc.). Te rog sa estimezi ce s-ar intampla pe baza a ceea ce stii in general.

15. a.) Daca as avea o boala serioasa as fi inca capabil sa ma bucur mult de viata.
    b.) Daca as avea o boala serioasa as fi capabil sa ma bucur inca un pic de viata.
    c.) Daca as avea o boala serioasa as fi aproape incapabil sa ma bucur de viata.
    d.) Daca as avea o boala serioasa as fi total incapabil sa ma bucur de viata.

16. a.) Daca am o boala serioasa sunt sanse ca medicina moderna sa ma vindece.
    b.) Daca am o boala serioasa sunt sanse moderate ca medicina moderna sa ma vindece.
    c.) Daca am o boala serioasa sunt sanse mici ca medicina moderna sa ma vindece.
    d.) Daca am o boala serioasa nu sunt sanse ca medicina moderna sa ma vindece.

17. a.) O boala serioasa m-ar ruina unele aspecte ale vieti.
    b.) O boala serioasa m-ar ruina multe aspecte ale vieti.
    c.) O boala serioasa m-ar ruina aproape toate aspectele vieti.
    d.) O boala serioasa ar ruina toate aspectele vieti mele.

18. a.) Daca as avea o boala serioasa nu m-as simti ca si cum mi-as pierde demnitatea.
    b.) Daca as avea o boala serioasa m-as simti ca si cum mi-as pierde putin demnitatea.
    c.) Daca as avea o boala serioasa m-as simti ca si cum mi-as pierde mult din demnitate.
    d.) Daca as avea o boala serioasa m-as simti ca si cum mi-as pierde total demnitatea.

.

Cum se face scorul scalei HAI:

1. Literele se inlocuiesc cu cifre, a=0, b=1, c=2, d=3;
2. Scorul la sub-scala anxietate fata de propria sanatate = se aduna scorurile individuale ale itemilor 1-14;
3. Scorul la sub-scala consecinte negative = se aduna scorurile individuale ale itemilor 15-18;
4. Scorul total = suma tuturor scorurilor individuale ale scalei.

- oo O oo -

Anexa Nr. 8

CHESTIONARUL COGNITIILOR DESPRE BOALA SI SANATATE

(Cognitions about body and health questionnaire - CABAH)

Nr. Item	Intrebarea	Complet gresit	Partial gresit	Partial adevarat	Complet adevarat
1.	Ma supar daca senzatiile corpului meu nu sunt bune.	0	1	2	3
2	Aparitia brusca a unei dureri la incheieturi poate fi un semne ca nu o sa mai pot umbla.	0	1	2	3
3	Sunt sanatos cand nu nu am nici o senzatie corporala.	0	1	2	3
4	Nu pot face mult efort fizic pentru ca capacitatea mea s-a redus lent	0	1	2	3
5	Doctorul meu sau eu insumi trebuie sa fiu capabil sa gasesc o explicatie pentru plangerile mele corporale	0	1	2	3
6	Cand suferi de constipatie, cineva ar trebui sa consulte imediat un doctor pentru a fi sigur ca nu are cancer intestinal	0	1	2	3
7	Cele mai serioase boli se dezvolta insidios si mai apoi apar.	0	1	2	3
8	Necazurile corporale sunt totdeauna un semn de boala	0	1	2	3
9	Cand simt ceva corporal consult imediat un doctor.	0	1	2	3
10	Petele rosii pe piele sunt sun semn amenintator de cancer de piele.	0	1	2	3
11	Nu sunt tot atat de sanatos ca cei mai multi dintre prietenii si cunoscutii mei.	0	1	2	3
12	Cand cineva sufera de dureri articulare, el trebuie sa se ingrijeasca singur.	0	1	2	3
13	Toteauna am avut grija sa traiesc cu adevarat sanatos.	0	1	2	3
14	Adesea ma simt slabit dupa un exercitiu fizic.	0	1	2	3
15	Cand cineva transpira mult, este din cauza inimii.	0	1	2	3
16	Cea mai frecventa cauza a inconvenientelor este o boala severa.	0	1	2	3
17	Trebuie sa evit eforturile fizice pentru a-mi pastra puterile.	0	1	2	3
18	Daca nu as fi atent la corpul meu, m-as putea imbolnavii grav fara sa stiu.	0	1	2	3
19	Sunt sigur ca mananc sanatos.	0	1	2	3
20	Daca un doctor ma trimite la un control, inseamna ca am o problema serioasa.	0	1	2	3
21	Numai o persoana care nu face eforturi fizice poate ramane sanatoasa mult timp.	0	1	2	3
22	Daca brusc am plangeri somatice, mai intai astept sa vad ce se intampla.	0	1	2	3
23	Uneori imi aud pulsuI sau bataile inimii in urechi.	0	1	2	3
24	Un corp sanatos nu cauzeaza plangeri.	0	1	2	3
25	Am mai degraba probleme fizice decat ca sunt senzitiv sau slab.	0	1	2	3
26	Ma duc sa iau putin aer proaspat si sa ma recuperez daca ma simt slabit fizic.	0	1	2	3
27	O se nzatie de amorteala in picioare poate fi un semn de problema serioasa a nervilor.	0	1	2	3
28	Cand fac baie adesea simt cum imi bate inima.	0	1	2	3
29	Nu-mi place cand e prea cald sau prea rece.	0	1	2	3
30	Adesea imi simt inima batand din cauza ca sistemul meu circulator este prea sensibil.	0	1	2	3
31	Corpul meu poate tolera multa tensiune.	0	1	2	3

- oo O oo -

Anexa Nr. 9

CHESTIONARUL SANATATII PACIENTULUI

(Patient Health Questionnaire - PHQ-15)

Te rog sa raspunzi la fiecare intrebare cat mai corect posibil.
In ultimele 7 zile cat de mult ai fost necajit de una din urmatoarele probleme?

Nr item	Problema	Deloc	Destul	Mult
1	Dureri de stomac	0	1	2
2	Dureri de spate	0	1	2
3	Dureri in brate, picioare sau incheieturi	0	1	2
4	Dureri menstruale sau alte probleme menstruale (la femei)	0	1	2
5	Dureri de cap	0	1	2
6	Dureri in piept	0	1	2
7	Ameteli	0	1	2
8	Lesin	0	1	2
9	Batai rapide de inima	0	1	2
10	Gafaieli	0	1	2
11	Dureri sau probleme in timpul contactului sexual	0	1	2
12	Constipatie sau diaree	0	1	2
13	Greata, balonari sau indigestie	0	1	2
14	Oboseala sau energie scazuta	0	1	2
15	Tulburari de somn	0	1	2
SCORUL TOTAL				

- oo O oo -

Anexa Nr. 10

CHESTIONARUL DE SIMPTOME CU PATRU DIMENSIUNI

(Four-Dimensional Symptom Questionnaire - 4DSQ)

Mai jos este o lista de plangeri si simptome variate pe care cineva le poate avea. Fiecare intrebare se refera la o plangere sau la un simptom care ai fi putut avea **in ultima saptamana**. Te rog sa indici pentru fiecare intrebare cat de frecvent ai avut aceasta problema in ultima saptamana bifand ceea ce se potriveste.

Nr. item	Plangere sau simptom	niciodata	uneori	deseori	frecvent	Foarte des
In ultima saptapama ai suferit de:						
1	Ameteli sau zapaceala					
2	Dureri musculare					
3	Lesinuri					
4	Dureri la ceafa					
5	Dureri de spate					
6	Transpiratii excesive					
7	Palpitatii					
8	Dureri de cap					
9	Balonari					
10	Vedere incetosata sau puncte negre in fata ochilor					
11	Gafaieli					
12	Greata sau neplaceri la stomac					
13	Dureri in abdomen si la stomac					
14	Furnicaturi in degete					
15	Presiune sau senzatii de constrictie in piept					
16	Dureri in piept					
17	Abaturi sau deprimat					
18	teama brusca fara nici un motiv					
19	Grija					
20	Tulburari de somn					
21	Un sentiment vad de teama					
22	Lipsa de energie					
23	Tremuraturi cand sunt cu alti oameni					
24	Anxietate sau atac de panica					
In ultima saptamana ai simtit:						
25	Tensiune					
26	Usor de a deveni iritat					
27	Infricosat, inspaimantat, ingrozit					
28	Ca orice nu are rost					
29	Ca tu nu mai poti					
30	Ca viata nu merita ceva					

31	Ca nu mai ai interes in oamenii si lucrurile din jur					
32	Ca nu mai poti trece peste greutati					
33	Ca mai bine ai fi mort					
34	Ca nu te mai poti bucura					
35	Ca nu exista scapare					
36	Ca nu mai poti face fata					
In ultima saptamana ai simtit:						
37	Ca nu mai poti face orice					
38	Ca ai dificultati sa gandesti clar					
39	Ca ai dificultati sa dormi bine					
40	Ca ti-e frica sa iasi din casa singur					
41	Ca usor de vi emotional					
42	Ca te infricoseaza lucruri pe care in mod normal nu ar trebui (animale, locuri inalte, locuri inguste si stramte)					
43	Ca ti-e frica sa mergi cu autobuzul, troleul, tramvaiul, metroul, trenul, scarile rulante?					
44	Ca te simti jenat cand esti cu alti oameni					
45	Ca te simti amenintat de pericole nestiute					
46	Ca mereu gandesti ca as fi dorit sa fiu mort					
47	Ca ai mereu imagini neplacute ale evenimentelor pe care le-ai trait					
48	Ca trebuie sa te lupti pentru a nu te gandi la lucruri neplacute					
49	Ca eviti anumite locuri pentru ca te fac sa-ti fie frica					
50	Ca trebuie sa repeti anumite actiuni de anumite ori inainte de a putea face ceva					

Modalitatea de construire a scorurilor scalei 4DSQ:

1. Scorurile itemilor individuali: niciodata = 0
uneori = 1
deseori, frecvent, foarte des = 2

2. Scorul scalei de distress = (item 17, 19, 20, 22, 25, 26, 29, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 41, 47, 48)

3. Scorul scalei de depresie = (item 28, 30, 33, 34, 35, 46)

4. Scorul scalei de anxietate = (item 18, 21, 23, 24, 27, 40, 42, 43, 44, 45, 49, 50)

5. Scorul scalei de somatizare = (item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16)

Interepretare (Terluin si colab. 2014):

1. Scala de distress: distress moderat >10
distres crescut > 20

2. Sacala de depresie: depresie moderata > 2
depsresie mare > 5

3. Scala de anxietate: anxietate moderata > 3
anxietate crescuta > 8

4 Scala de somatizare: somatizate moderata >10
somatizare crescuta > 20

- oo O oo -

Anexa Nr. 11

SCALA TULBURARII CU SIMPTOME SOMATICE - CRITERIUL B

(The Somatic Symptom Disorder - B Criteria Scale - SSD-12)

Nr. item	Afirmatia	niciodata	rareori	uneori	adesea	foarte des
1	Cred ca simptomele mele fizice sunt un semn al unei boli serioase (I).					
2	Sunt foarte ingrijorat de sanatatea mea (II)					
3	Grija fata de sanatate interefera cu viata mea de fiecare zi (III)					
4	Sunt convins ca simptomele mele sunt serioase (I).					
5	Simptomele mele ma sperie (II).					
6	Plangerile mele fizice imi ocupa majoritatea timpului zilei (III)					
7	Altii mi-au spus ca problemele mele fizice nu sunt serioase (I)					
8	Sunt ingrijorat ca plangerile mele fizice nu se vor opri (II)					
9	Grijile fata de sanatate imi iau toata energia (III)					
10	Cred ca doctorii nu iau in serios plangerile mele fizice (I).					
11	Sunt ingrijorat ca simptomele mele fizice vor continua in viitor (II)					
12	Datorita plangerilor somatice ma concentrez greu pe alte lucruri (III).					

- oo O oo -

Anexa Nr. 12

SCALA SCURTA DE SIMPTOME SOMATICE - 8

(Somatic Symptoms Scale - SSS-8)

In ultimele 7 zile cat de mult ai fost suparat de vreuna din probmelele urmatoare:

Nr.	Problema	Deloc	Putin	Destul	Mult	Foarte mult
1	Probleme cu stomacul si intestinele					
2	Dureri de spate					
3	Dureri in maini, picioare sau articulatii					
4	Dureri de cap					
5	Dureri in piept sau gafaieli					
6	Ameteli					
7	Oboseala sau lipsa de energie					
8	Tulburari de somn					

- oo O oo -

10. MASURAREA PSIHOZEI

10.1. Scurta istorie a conceptului de psihoza si terminologia psihozei

Termenul de psihoza salasuieste in inima psihiatriei din ultimele doua veacuri. El este folosit de profesionisti sau de laici deopotriva, in intelesul larg al "nebuniei".

Mai departe o sa fac o foarte succinta si lapidara istorie a conceptului de psihoza dupa Berrios (1987), Beer (1995 si 1996), Burgy (2008) si Heinimaa (2008).

Se considera ca termenul de *psihoza* a fost introdus de Canstatt (1841) si apoi reluat de Ernest von Feuchtersleben (1845), psihiatru, politician si poet austriac. Acest termen desemna tulburarile psihice ale unei boli a creierului. Termenul intervine in disputa dintre "romantici", care clamau ca mintea sau sufletul nu se pot imbolnavi si "somaticieni" care credeau ca factorii fizici si/sau somatici provoaca tulburari mentale. Feuchterslebel inventeaza doua cuvinte echivalente intre ele pentru a defini tulburarile psihice: "*psihoza*" si "*psihopatia*", el avand ferma convingere ca acestea sunt de fapt tulburari ale personalitatii si nu ale mintii sau corpului. La acea vreme termenul de "*Geisteskrankheite*n" (tulburare a mintii) era folosit doar ca o metafora si nicidecum in ideea ca tulburarile mentale sunt generate de afectiuni ale creierului. El spunea ca: "*notiunea de boala mentala nu trebuie cautata nici in minte, nici in corp, ci in relatie dintre ele".*

Mai departe, in sec. XIX, termenul de psihoza a fost capturat de psihiatri organicisti care clamau ca orice tulburare psihica este o expresie a unei tulburari cerebrale. Moebius (1875) introduce termenul de *psihoza endogena* pentru a desemna mai mult predispozitia pentru boli psihice. Wernike considera ca bolile mentale pot fi clasificate pe baza principiilor anatomice si fiziologice si el este primul care ataseaza la tulburarile mentale adjectivul de *psihotic*. Fuerstner (1881) a fost primul psihiatru care a folosit termenul de *psihoza functionala,* care contrasta cu cel de *psihoza organica*, psihozele organice fiind realmente boli cauzate de modificari organice ale creierului. Pentru acestea s-au mai inventat termenii de *psihoza exogena* (Bonhoeffer,1908) sau de *psihoza reala*. In sfarsit, Kraepelin clasifica *dementia precox* (schizofrenia de mai tarziu) mai intai printre psihozele organice, pentru ca aceasta duce la dementa, iar tulburarea maniaco-depresiva printre psihozele functionale. Pe la mijlocul anilor '20, din cauza lipsei de dovezi lezionale cerebrale, Kraepelin revine si clasifica *dementia precox* si tulburarea maniaco-depresiva printre *psihozele endogene*. Ulterior Kraepelin preia termenul de endogen si il introduce in clasificarea lui. Pentru el tulburarile endogene erau de origine organica, dar aceasta origine nu putea fi inca demonstrata. Astfel se creaza prima oara premizele diferentierii psihozelor organice de cele endogene, functionale.

In editia 9-a a tratatului sau din 1927, Kraepelin aseaza atat dementia precox cat si tulburarea maniaco-depresiva ca singurele doua psihoze endogene si pentru prima oara termenul de psihoza nu mai este folosit pentru intregul cortegiu de tulburari psihice, ci doar pentru unele din ele. Bumke (1928), succesorul lui Kraepelin la catedra de psihiatrie de la Munchen, clasifica dementia precox si psihoza maniaco-depresiva printre psihozele functionale, tocmai pentru ca nu se reusise stabilirea unei cauze organice. Apoi Eugen Beluler face o distinctie destul de neta intre psihoza si schizofrenie. Pentru el schizofrenia are ca nucleu esential tulburarea autistica de

gandire si relaxarea asociatiilor de idei, pe cand psihozele sunt caracterizate doar de simptomele accesorii, secundare in schizofrenie, precum delirul si halucinatiile. In 1939 Gabriel Langfeldt introduce termenul de *psihoza schizofreniforma*, adica psihoza cu prognostic bun si cu trasaturi afective si cu personalitate premorbida normala. ca mai apoi Kasanin (1933) sa introduca categoria de *psihoza schizoafectiva*.

Modificarea conceptului de psihoza de-a lungul unui secol si mai bine este rezultatul progreselor in intelegerea etiologiei si patogeniei tulburarilor psihice, a conturarii simptomelor si entitatilor nosologice. In final se poate spune ca de-a lungul a 150 ani termenul de psihoza a fost sinonim cu cel de nebunie si a trecut prin diferite stadii de conceptualizare, toate conturand psihoza in opozitie cu altceva precum dihotomiile nevrotic–psihotic, exogen–endogen, reactiv-psihotic sau functional-organic. Acest drum a fost bazat in mare parte pe interpretari fenomenologice care, pe la mijlocul anilor 70 au fost inlocuite de viziunea biologizanta si de cea ateoretica a versiunilor succesive ale DSM-ului.

Reflectand asupa naturii si intelesului psihozei trebuie sa te intorci cu gandul la ceea ce spunea Heidegger: "*ceea ce ne face pe noi sa gandim este de fapt ceea ce ne tulbura si ne face confuzi*". Mai mult, Wittgenstain spunea ca problemele care ne tulbura nu se rezolva totdeauna cautand noi informatii, ci mai ales prin rearanjarea a ceea ce este deja cunoscut. Cautarea psihozei a adus tensiunea necesara pentru a impinge psihiatria inainte, atat ca practica cat si ca organizare, prin promovarea unor noi concepte si rearanjarea altora mai vechi si mai ales prin modificarile la nivelul limbajului utilizat in psihiatrie.

Daca cineva intreaba ce este psihoza, raspunsul cel mai simplu si poate cel care este dincolo de orice tagada este ca psihoza este un fenomen clinic caracterizat printr-o pierdere a contactului cu realitatea, evidentiata prin halucinatii, delir, tulburari formale ale gandirii, dezorganizare comportamenta si perturbare a functionarii sociale. Pentru Berrios (1987) termenul de psihoza a fost inventat pentru a inlocui in discursul public si cel specializat termeni ca "nebunia", "alienarea" si "dementa". Pana la aceasta definitie, simpla interpretarea si definitia psihozei au trecut prin mai multe momente, in functie de doctrina dominanta a epocii sau de modele timpului, iar criticii conceptului de psihoza chiar cred ca comportamentul psihotic este "rational", in sensul ca este dirijat de ratiunea proprie si psihoza nu poate fi construita pe aceasta baza.

In explicarea psihozei, primele decenii ale secolului XX au apartinut fenomenologiei germane si astfel putem aminti ca pentru Karl Jasper "*comprehensivitatea*" era o caracteristica a reactiilor psihologice iar "*incomprehensibilitatea*" ca trasatura a psihozelor. Trasatura esentiala a psihozelor este afectarea fiintei in intregul ei. Pentru Bleuler (1949) psihoza, respectiv schizofrenia, nu reprezinta o personalitate bolnava ci o persoana bolnava, pentru ca fiecare functie este afectata intr-un fel anume si toate impreuna (Heinimma, 2000). Vorbind despre deosebirea dintre nevroza si psihoza, Jasper spunea ca in timp ce in nevroza pacientul nu se inteleg pe sine insusi, in psihoza ceilalti nu inteleg pacientul. Ulterior Kurst Schneider introduce conceptul de reactii comprehensive anormale si psihoza o vede ca o entitate aparte care nu poate sa se plaseze pe continuumul comprehensiv dintre boala si persoana sanatoasa.

Dupa "apusul" fenomenologiei germane, ultimele decenii ale interpretarii psihozei au apartinut spatiului anglo-saxon. Astfel, conceptul "recalcitrant" al psihozei a trecut de la o conceptualizare abstracta la un limbaj

"real", utilizabil atat de psihiatrii clinicieni cat si de pacienti si publicul larg si a putut intra in vocabularul de fiecare zi (Fulford, 1989).

Prima si cea mai importanta schimbare a fost facuta in 1980, o data cu aparitia DSM-III. Aceasta nosologie a introdus criteriile operationale diagnostice cu scopul de a descrie tulburarile mentale in termeni simpli, observabili si de multe ori chiar in termeni comportamentali. Rolul factorilor etiologici a fost minimalizat la maximum in DSM-IV, iar substantivul "psihoza" a fost inlocuit cu adjectivul "psihotic". In glosarul de definitii care insoteste DSM-III termenul psihotic este definit astfel: "*Psihotic: un termen indicand o afectare grosiera a testarii realitatii. ...Cand exista o afectare grosiera a testarii realitatii individul evalueaza incorect perceptiile si gandurile si trage concluzii incorecte asupra realitatii exterioar, chiar si pus in fata evidentei contrarii. ...Comportamentul psihotic este evident in prezenta delirului si halucinatiilor, fara ca subiectul sa fie constient de natura originii lor patologice...*". O ingustare si mai acceptuata a termenului de psihotic a fost facuta in versiunea DSM-IV (1994) cand absenta sau prezenta insight-ului in cazul halucinatiilor diferentiaza schizofrenia de psihozele organice. Mai mult, halucinatiile cu insight isi pierd caracteristica "psihotica" pentru ca ele nu afecteaza persoana si isi pierd caracteristica de "incomprehensivitate" (Heinimaa, 2000).

DSM-5 introduce cateva schimbari si clasificarea psihozei si a entitatilor clince care o compun ceea se reflecta atat in diagnosticul acestora cat si in modalitatile de masurare a lor. De la inceput comitetul de redactare a DSM-5 a evidentiat ca granitele dintre diferitele categorii diagnostice sunt fluide de-a lungul vietii si a luat in considerare implementarea unei abordari dimensionale. Astfel au disparut subtipurile traditionale ale schizofreniei, precum paranoid, dezorganizat, cataton si rezidual, in schimb se recunoaste heterogenitatea schizofreniei si a psihozelor in general, si astfel se introduce conceptul de spectru. Sub acest concept de spectru au intrat tulburarea schizotipala de personalitate, tulburarea deliranta, tulburarea psihotica scurta, schizofrenia, tulburarea schizofreniforma, tulburarea schizoafectiva si psihozele induse de medicamente sau datorare altor conditii medicale. Tulburarea schizoafectiva nu mai este o entitate aparte datorita inconsistentei conceptului, iar catatonia a iesit din cadrul psihozelor. Cat priveste criteriile de diagnostic pentru schizofrenie, au fost eliminate simptomele de prim rang ale lui Scheider si in schimb au aparut criteriul A, de faza activa pentru spectrul schizofreniei si psihoza, care cuprinde 5 simptome cardinale, simptome care se vor regasi in instrumentul de masura emergent. Aceste simptome sunt: deliruri, halucinatii, vorbire dezorganizata reflectant tulburari formale de gandire, comportament psihomotor dezorganizat si simptome negative). Consistent cu abordarea dimensionala a acestror simptome, DSM-5 prezinta in sectiunea III Modelele si Masuratorile Emergente unde putem gasi instrumentul recomandat pentru masurarea severitatii psihozei asa cum este construita in DSM-5. Acest instrument, pe care il voi prezenta mai pe larg mai jus, este denimit "*Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity Scale*" (Arciniegas, 2015, Tandon si Carpenter Jr, 2016).

Aparitia DSM-urilor succesive a marcat de fapt alinierea treptata a modelului de boala mentala la modelul biomedical general al medicinei, un model reductionist, dar care asigura transparenta si obiectivitatea demersului medical. Psihiatria nu a putut sa incapa in acest model destul de ingust si aceasta i-a conferit un fel de "*fragilitat*e" confruntata cu presiunea sociala a necesitatii din ce in ce mai crescute de "autonomie" a bolnavului psihic si de management "*birocratic*" al practicii curente (solicitarea obsesiva pentru "obiectivizare", practica

bazata pe dovezi, consensuri si protocoale controlate, confidenta si validitatea evaluarilor, etc.) (Nys si Nys, 2006).

Cu tot pragmatismul ultimilor decenii, ceva din fenomenologia clasica tot s-a pastrat de-a lungul timpului. Astfel, interpretarea psihozei nu se poate concepe fara a vorbi despre comprehensivitate/inteligibilitate/intelegere si persoana. De pilda , este evidenta asimetria dintre psihoza la nivelul persoanei intai – "eu sunt nebun" si expresia la persoana a treia – "el e nebun", sau cum spunea Heinimaa (2008): "*psihoza marcheaza limita extrema a inteligibilitatii persoanei de catre altii*". Toate la un loc l-au facut pe Stromgren (1969) sa spuna ca: "*...desi cei mai multi psihiatrii contemporani utilizeaza conceptul de psihoza cam in acelasi fel, foarte putini incearca sa-l defineasca...poate pentru ca nu exista continut in spatele acestui cuvant...*".

Cu toate avatarurile lui, conceptul de psihoza a contribuit decisiv la formarea si constituirea practicii psihiatrie moderne, la conceptualizarea interrelatiilor dintre psihiatria ca practica si psihiatria ca institutie si el supravietuieste inca in limbajul clinic curent pentru ca ajuta sa se faca o distinctie neta atunci cand se evalueaza, trateaza si legitimizeaza pacienti psihiatrici si contribuie inca la modul de utilizare a urgentei in psihiatrie si la ajustarile etico-morale ale psihiatriei moderne. Dar poate mai important decat toate este faptul ca conceptul de psihoza a contribuit decisiv la demistificarea nebuniei, atat in limbajul public cat si in cel profesional (Tsuang & Faraone, 2002).

10.2. DESPRE SIMPTOMELE PSIHOZEI

Problema simptomelor psihozei isi are originea in confundarea si chiar suprapunerea simptomelor psihozei cu cele ale schizofreniei si, atunci cand vorbim de simptome, nu se precizeaza exact daca vorbim despre schizofrenie sau psihoza. Desi Eugen Bleuler facea o distinctie clara intre simptomele *fundamentale* si cele *secundare* ale schizofreniei, simptomele fundamentale fiind cele cu valoare diagnostica, pentru ca ele sunt expresia modificarii permanente a persoanei in procesul schizofren (de ex. pierderea asociatiilor de idei), iar cele secundare sau accesorii fiind doar temporare, (de ex. delirul si halucinatiile) si neavind aceiasi valoare diagnostica (Burgy, 2008), formularea diagnostica din DSM-IV s-a facut in jurul simptomelor secundare, psihotice, pentru a se asigura schizofreniei un statut de categorie discreta (Tsuang, 2000; Tsuang si Faraone, 2002).

Kurt Schneider a impartit in mod expres simptomele schizofreniei in cele care sunt o forma anormala a *experientei* si cele care sunt o forma anormala a *expresiei,* acestea din urma fiind observabile din exterior, usor de recunoscut si au o valoare diagnostica mai mica (Schneider, 1959). Aceasta conceptie este astazi destul de disputata si se considera ca simptomele de rangul I, precum pseudohalucinatiile auditive, vocile comentative, dirijarea si emisia gandirii, insertia gandirii, perceptiile delirante, pasivitatea somatica, etc. sunt mai mult expresia psihozei decat a schizofreniei (Peralta si Cuesta, 1999, Khater si colab. 2006). Mai mult, sunt studii care arata ca simptomele de prim rang a lui Schneider pot fi gasite si la subiectii cu tulburari afective si, mult mai rar, chiar in populatia generala. Aceste simptome au fost inlaturate in versiunea DSM-5 pentru ca ele nu coreleaza nici intr-un fel cu forma clinica si cu rezultatele tratamentului.

Mult mai confidenta si valoroasa din acest punct de vedere a fost impartirea simptomelor schizofreniei in pozitive si negative, impartire generata de Kraepelin si Bleuler (inspirati de terminologia neurologului Hughlings

Jackson) si reluata apoi Crow (1980) si mai departe de Andreasen si Carpenter (1993). Pentru ei, adevaratul nucleu al schizofreniei ar fi dat de tulburarile de gandire si de simptomele deficitare negative, iar simptomele positive, precum halucinatiile si delirul, ar fi nespecifice schizofreniei propriu-zise, dar carcteristice "psihozei schizofrene" si altor psihoze.

In conturarea simptomelor schizofreniei un pas inainte face "scoala germana" care contureaza un grup de "simptome de baza" ale schizofreniei, care ar corespunde deficitului bazal dat de procesul schizofren (Huber, 2002). Simptomele bazale sunt de fapt tulburari neuropsihologice perceptute devreme de pacient precum experiente subiective din registrul perceptual, emotional, cognitiv si motor, pe baza carora se poate face o detectie din faza timpurie a schizofreniei si care au stat la baza construirii scalei "*Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*" (Gross si colab. 1990). Despre aceasta scala se va vorbi mai departe in acest capitol. Tot printr-o abordare fenomenologica, Parnas si colab. (2005) contureaza nucleul schizofreniei, care se pastreaza constant atat in faza prodromala cat si in cea de stare, ca o tulburare a formarii prereflexive a experientei tradusa prin perturbari in cinci arii ale experientei subiective: cognitie, auto-constienta, experienta corporala, demarcatie/tranzitisism si reorientare existentiala. Pe baza acestora autorii au construit o scala de examinare a experientelor anormale (*Examination of Anomalous Self-Experience - EASE*) care va fi pezentata ulterior. Pe acest gen de abordare se bazeaza programele de detectie timpurie a primului episod de psihoza.

O alta dichotomizarea a simptomelor psihozei care a dominat decizia medicala in ultimele decenii a fost cea: prezenta psihozei versus absenta psihozei. Aceasta s-a bazat pe interpretarea categoriala a psihozei, ca o entitate distincta de oricare alta. Ulterior, studierea subiectilor cu simptome "*psyhotic-like*", similare cu cele ale psihozei, numite si simptome schizotipale, a condus la constatarea ca prezenta acestor simptome nu inseamna neaparat psihoza si nu necesita atentie medicala de urgenta. Mai mult, au aparut o sumedenie de cerecetari care arata ca "fenotipul psihozei" este raspandit in diverse grade pe un continuum incepand din populatia generala si terminand cu cazuri franc psihotice, mai ales atunci cand se iau in consideratie simptomele pozitive. Prevalenta simptomelor positive de psihoza in populatia generala se intinde de la 4 al 17,5% in functie de metodologie (Eaton, 1991, van Os si colab. 2000), iar schizotipia se aseaza ca forma de trecere pe acest continuum. Aceasta inseamna ca o proportie insemnata din populatie a experiementat macar un semn de psihoza in decursul vietii si ca nu a cautat asistenta medicala pentru aceasta. Pozitia pe acest continuum este data mai mult de "greutatea" simptomelor decat de calitatea lor, deci psihoza si formele de trecere spre normal ar fi forme dimensionale si nu categoriale, iar factorii care variaza ar putea fi: perceptiile si credintele aberante, introversia/anhedonia si dezorganizarea conceptuala (Allardyce si colab. 2007). Ca un exemplu, in studiul lui van Os si colab. (1999) se evidentiaza ca cel putin unul din zece subiecti fara istorie psihiatrica au avut candva impresia ca sunt tinta unui complot, sau ca 16 subiecti dintr-o suta fara istorie psihiatrica au experiemntat in viata lor macar odata halucinatii auditive. Aceste constatari vor sa spuna ca prezenta unor simptome psihotice nu este neaparat legata de prezenta psihozei. Mai mult, sunt autori care considera ca "simptomele" psihotice nu sunt decat o expresie meta-cognitiva (atriburii si credinte) a unor disfunctii subjacente care cauzeaza distress sau disfunctie. Astfel, s-a constatat ca delirurile pot porni si dintr-o discrepanta dintre stima de sine reala si cea imaginara (Bentall si Kaney, 1996) sau dintr-o fragilitate a selfului, anxietate de separare si discomfort cu ambianta (Freeman si colab. 2005). Dupa

aceasta interpretare cognitivista, indivizii cu simptome de psihoza prezinta o disfunctie cognitiva care interefera procesul de judecata, precum o confuzie in stabilirea determinismului, o derapare cognitiva, o inclinare spre fantezie si o absorbtie perceptuala care impreuna fac ca individul sa traiasca intr-o fictiune narativa ca si cum ar fi reala (O'Connor, 2009).

Buks si colab (2007), facand o "*latent class analysis*" a simptomelor psihotice pe un esantion de 1056 pacienti cu diferite forme de tulburari psihotice, gasesc ca fenotipul psihozei se poate divide in sase grupe de pacienti, fiecare continand o proportie diferita de simptome din cele cinci grupe de simptome formate prin analiza factoriala precum dezorganizare conceptuala, simptome pozitive, simptome negative, depresie si manie (cele cinci clase de simptome sunt prezentate in Tabelul Nr. 7). Astfel clusterul Nr. 1 (37% din subiecti) aduna laolalta subiecti cu grad ridicat de dezorganizare conceptuala si multe simptome negative, simptome depresive si maniacale si acesta corespunde diagnosticului de psihoza schizo-afectiva si schizofrenie paranoida; clusterul Nr. 2 (26% din subiecti) cuprinde subiecti cu note mari de depresie, cu unele simptome maniacale, simptome pozitive si oarecare dezorganizare conceptuala, iar acest grup corespunde diagnosticului prealabil de psihoza depresiva si de psihoza paranoida a subiectilor din lotul studiat; clusterul Nr. 3 (14% din subiecti) aglutineaza subiecti cu dezorganizare conceptuala marcata, precum si simptome evidente negative si mai putine pozitive, iar simptomele de depresie si manie aproape ca lipsesc; aici se plaseaza in majoritate subiectii care au fost diagnosticati in prealabil cu schizofrenie forma dezorganizanta si catatona; clusterul Nr. 4 (14% din subiecti) cuprinde subiectii care au aratat un grad ridicat de simptome negative si pozitive, oarecare dezorganizare conceptuala si simptome afective, grup ce corespunde diagnosticului prealabil de schizofrenie catatona si psihoza schizofreniforma; clusterul Nr. 5 (7%) cuprinde pacienti cu o combinatie din toate clasele de simptome si corespunde mai mult diagnosticului de psihoza depresiva; clusterul Nr. 6 (6% din subiecti) cuprinde subiecti cu note mari de depresie si putine alte simptome si acopera majoritatea subiectilor diagnosticati in prealabil cu psihoza depresiva.

Aceaste rezultate sunt oarecum asemanatoare cu cele ale lui Kendler si colab. (1998) obtinute tot cu "*latent class analysis*", metoda care permite gruparea subiectilor in clase diagnostice. Acestia gasesc ca cei 343 probanti cu psihoze se pot imparti in sase clase: schizofrenia clasica, depresia majora, tulburarea schizofreniforma, schizo-mania, schizo-depresia si hebefrenia, ceea ce subliniaza ca impartirea traditionala Kraepeliana in doua mari psihoze nu se verifica. Totusi Kendler nu era de acord ca formele psihotice se aseaza pe un continuu si ca ele nu sunt calitativ distincte, asa cum sustinea Crow (1998). Acesta din urma spunea ca "*nu exista o granita obiectiva care poate fi trasata intre tulburarile care sunt predominant afective si cele care sunt predominant schizofrene*".

In finalul acestor cercetari se poate spune ca fenotipul psihotic exista in natura, ca el este raspandit in diferite proportii si grade la specia umana (si nu numai), sub forma unor dimensiuni discrete pe un continuum de severitate, iar expresivitatea psihozei este colorata cultural, lucru dovedit de International Study of Psychotic Symptoms, care a studiat fizionomia schizofreniei la 1080 pacienti racoltati din Austria, Polonia, Lituania, Georgia, Pakistan, Nigeria si Ghana. Studiul a demonstrat ca atat halucinatiile si delirul, dar mai ales setul de simptome de prim rang ale schizofrenie sunt sensitive cultural, diferind ca aspect, recunoastere, importanta si validitate de la o cultura la alta. Studiul a concluzionat ca intr-o proportie de 15-30% simptomatologia psihotica este dependenta cultural (Stompe si colab. 2006).

DSM-5 (2013) si CIB-10 (1992) Organizatia Mondiala a Sanatatii furnizeaza o definitie ingusta a psihozei ce cere doar prezenta halucinatiilor fara insight si a delirurilor, simptome care conduc la afectarea grava a testarii realitatii. Aceste nosologii sunt de acord ca tulburarile formale de gandire precum dezorganizarea gandirii, perseverarile, neologismele, blocajul gandirii, deraierea gandirii sau o cmobinatie dintre ele, reprezinta o parte comuna a psihozei, alaturi de halucinatii si deliruri (Arciniegas, 2015).

In final trebuie sa spun ca dupa parerea mea psihoza este o stare "*end-level*" la care pot ajunge diferite tulburari psihice sau tulburari somatice, ea nu este o boala de sine statatoare, ea este doar un adjectiv, o stare transzitorie la care se ajunge in anumite conditii si care tradeaza un anume mod de traire a bolii subjacente. De exemplu, schizofrenia poate sa fie psihotica tot asa de bine cum poate sa nu fie psihotica in anumite stadii ale evolutiei sale.

FACTOR:				
Dezorganizare	**Simptome pozitive**	**Simptome negative**	**Depresie**	**Manie**
Tangentialitate	Voci comentative	Saracirea expresiei gestuale	Pierderea interesului	Presiunea vorbirii
Relaxarea asociatiilor de idei	Halucinatii auditive	Scaderea miscarilor spontane	Scaderea energiei	Hiperactivitate
Gandire iligica	Insertia gandirii	Expresie faciala neschimbata	Disforie	Euforie
Perseverare	Citirea gandurilor	Lipsa inflexiunilor vocale	Lipsa de valoare	Descresterea nevoii de somn
Incoerenta	Voci conversand	Lipsa raspusurilor afective	Lentoarea gandirii	Cresterea stimei de sine
Distractibilitate	Raspndirea gandirii	Saracirea limbajului	Pierderea apetitului	Fuga de idei
Blocajul gandirii	Furtul gandirii	Contact vizual scazut	Ganduri suicidare recurente	Distractibilitate
Vorbire dezorganizata	Sentimentul de a fi controlat	Marirea latentei raspunsurilor	Lentoare psihomotorie	Tulburari de judecata
Comportament bizar	Halucinatii vizuale	Stupor	Hipersomnie	
	Halucinatii olfactive	Rigiditate	Pierdere in greutate	
	Halucinatii tactile		Insomnie	
	Delir de persecutie			
	Idei de referinta			

Tabelul Nr. 7: Distributia simptomelor in cinci factori de psihoza (dupa Boks si colab. 2007)

10.3. PSIHOZA - ENTITATE CLINICA SAU DOAR UN ATRIBUT

Parintii nosologiilor moderne au creiat diferite entitati nosologice care sa se prezinte ca si categorii calitativ diferite de "normal", deci care sa aibe o discontinuitate intre normalitate si patologie si care sa fie diferite calitativ unele de celelalte categorii diagnostice. Cu toate acestea, ei nu au garantat in mod ferm ca fiecare categorie este o entitate discreta (Allardyce si colab. 2007). Mai mult, Kendell si Jablensky (2003) spun ca exista o dispersie naturala a tulburarilor psihice care se separa unele de altele si de populatia generala prin "zone de raritate", lucru care confera o validitate si utilitate diagnosticelor psihiatrice asa cum sunt ele formulate. In cazul simptomelor pozitive de schizofrenie (delirul si halucinatiile), simptome care dau nota "psihotica" a acestei entitati, s-a constatat ca nu exista o demarcatie neta intre distributia lor in populatia generala si tulburarile psihotice. Acest lucru tradeaza o distributie continua intre boala si normalitate a trasaturilor psihotice, dar asta nu inseamna ca si schizofrenia se poate aseaza pe acest continuu.

Cu multi ani inainte, Strauss (1969) sugera patru criterii pentru a definii granitele psihozei clinice:

- gradul in care persoana este convinsa de realitatea experientelor neobisnuite pe care le traieste;
- gradul in care factorii culturali sau externali sunt absenti;
- timpul pe care subiectul il consuma cu aceste experiente;
- gradul de irealitatea a experientei subiectului.

Schizofrenia apare ca o entitate discreta, un fenotip aparte si doar simptomele psihotice sunt cele care se etaleaza pe un continuu. In consecinta, simptomele psihotice nu ar fi simptomele adevarate ale schizofreniei, ci ele ar fi doar un *epifenomen*, simptome accesorii (Goldman-Rakic, 1995), distale patologiei nucleare ale schizofreniei.

10.4. Instrumentele utilizate la evaluarea psihozei

Psihoza debuteaza timpuriu cu alterari ale subiectivitatii subiectului (de ex. pereturbarea evaluarii propriei identitati, perturbarea relatiei cu lumea si cu altii, perturbari ale temporalitatii, anomalii subtile ale afectivitatii si cognitiei, etc.), experiente care sunt mai "toxice" pentru creierul uman decat delirul sau halucinatiile si, astfel, identificarea psihozei in fazele prodromale se constituie intr-o prioritate pentru clinicianul practician. Distorsiunile subiectivitatii pacientului pot predicta cu mai multa confidenta viitoarea "schizofrenie" decat "simptomele negative" (Weiser si colab. 2001; Parnas, 2002). Problema este ca aceste anomalii ale subiectivitatii sunt dificil de pus in limbajul laic si de aceea greu de verbalizat de catre subiect. Aceste modificari fac ca subiectul sa-si modifice viziunea ontologica asupra lumii si astfel el se simte dator sa gaseasca o interpretare metafizica pentru a da sens lumii in care traieste. Aceste considente subliniaza necesitatea detectarii timpurii a experientelor anormale ca parte a masurarii alterarilor subiectivitatii si ca parte a decelarii indivizilor inclinati spre psihoza/schizofrenie (formele prodromale, schizotipale). De aceea acest paragraf va cuprinde si instrumente de masura a anomaliilor timpuri ale psihozei/schizofreniei. Celelalte instrumente au fost alese in functie de frecventa de utilizare si popularitatea lor. Un tablou sinoptic al instrumentelor prezentate in acest capitol se gaseste in Tabelul Nr.8.

Denumirea scalei	Abrevierea	Autorii	Constructie	Utilizare si populatia tinta
Brief Psychiatric Rating Scale	BPRS	Overal & Gorham (1988)	18 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Detectia simptomelor psihotice in context clinic
Comprehensive Psychopathological Rating Scale	CPRS	Asberg et al (1978)	67 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Detectia psihopatologiei generale in context clinic
Peters Delusions Inventory	PDI	Peters si colab. (1999)	21 intrebari Scala de auto-evaluare	Screeningul simptomelor psihotice in populatia generala sau clinica
The Cardiff Anomalous Perceptions Scale	CAPS	Bell si colab. (2006)	32 intrebari Scala de auto-evaluare	Screeningul simptomelor psihotice in populatia generala sau clinica
Examination of Anomalous Self-Experience	EASE	Parnas si colab. (2005)	93 itemi Checklist si interviu administrat de clinicieni	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Scale of Prodromale Symptoms	SOPS	Miller si colab (1999)	19 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Magical Ideation Scale	MagicId Scale	Eckbald si Chapman (1983)	30 intrebari Scala de auto-evaluare	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Perceptual Aberrations Scale	PerAb Scale	Chapman si colab. (1978)	35 intrebari Scala de auto-evaluare	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Revised Social Anhedonia Scale	SocAnh Scale	Chapman si colab. (1976)	40 intrebari Scala de auto-evaluare	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Rust Inventory of Schizotypal Cognition	RISC	Rust (1988)	26 itemi Scala de auto-evaluare	Detectia fenomenelor prodromale in populatia generala sau clinica
Scale for the Assessment of Positive Symptoms	SAPS	Andreasen (1994)	30 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Evaluarea profilului simptomatic si a severitatii simptomelor psihotice
Scale for the Assessment of Negative Symptoms	SANS	Andreasen (1983)	20 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Evaluarea profilului simptomatic si a severitatii simptomelor psihotice
Positive and Negative Syndrome Scale	PANSS	Kay si colab. (1987)	30 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Evaluarea profilului simptomatic si a severitatii simptomelor psihotice
Behavior and Symptoms Identification Scale	BASIC-32	Eisen si colab. (2004)	24 itemi Scala de auto-evaluare	Evaluarea outcome-ului si calitatea ingrijirilor in psihoza
Routine Assessment of	RAPP	Ehmann si	21 itemi	Evaluarea progresului si

Patient Progress		colab. (1995)	Scala de evaluare administrata de surori	outcome-ului la psihoticii internati
Psychosis Recovery Inventory	PRI	Chan si colab. (2005)	25 itemi Scala de evaluare administrata de clinician	Evaluarea recuparării clinice a pacientului cu schizofrenie
Psychotic Symptom Rating Scales	(PSYRATS)	Haddock si clab. (1999)	17 itemi impartiti in doua subscale (halucinatii si delir)	Evaluarea severitatii simptomelor majore ale psihozei, delirurile si halucinatiile
Dimensional assessment of symptoms and related phenomena in psychosis		DSM-5	7 dimensiuni simptomatice	Evaluarea prezentei si severitatii simptomelor schizofreniei

Tabelul Nr. 8: Tabel sinoptic cu scale prezentate si utilizarea lor

10.4.1. SCALA SCUTRA DE EVALUARE IN PSIHIATRIE (*Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS)*

Aceasta scala a fost dezvoltata de Overall si Gorham (1988) cu scopul de evalua simptomele psihotice si nepsihotice la indivizii cu tulburari psihiatrice severe. Scala este foarte des utilizata pentru ca este scurta si usor de aplicat. Ea contine 18 itemi evaluati pe o scala de severitate de la 1= absent, la 7=foarte sever. BPRS este o scala de evaluare mixta, cu itemi care se coteaza prin observarea pacientului (de ex. tensiunea, retragere emotionala, lentoare motorie, manierisme, posturi sau lipsa de colaborare) si itemi care se evalueaza pe baza de interviu direct cu pacientul (dezorganizare conceptuala, ganduri neuzuale, anxietate, vinovatie, grandiozitate, etc.). Fiecare item este definit in prealabil, insa definitia este uneori vaga sau ambigua sau lasa loc la interpretari sau suprapuneri intre intelesul diferitilor itemi (Sajatovic si Ramirez, 2006). Cadrul de timp pentru care se evalueaza simptomele este in mod obisnuit ultima saptamana.

Exista si versiuni ale scalei BPRS cu mai multi itemi precum versiunea expandata la 24 itemi care cuprinde si itemi despre suicidabilitate, veselie patologica, distractibilitate, comportament bizar si lipsa de ingrijire proprie sau versiuni la care fiecare ancora din cele sapte folosite in versiunea originala are propria descriere semanand in felul acesta destul de mult cu scala PANSS. Overall si Pfefferbaum (1982) au dezvoltat o versiune BPRS-C pentru copii.

Cei 18 itemi ai scalei originale pot genera o solutie cu 4 factori la analiza factoriala (Hedlund si Vieweg, 1980): i) tulburari de gandire; ii) retragere/lentoare; iii) ostilitate/suspiciozitate; iv) anxietate/depresie. Gur si colab. (1991) propun gruparea itemilor doar in doua subscale: 1) simptome specifice schizofreniei (itemii 3, 4, 7, 8, 11, 12, 15, 16) si 2) simptome generale (restul itemilor). Nicholson si colab. (1995) propun impartirea simptomelor BPRS in pozitive si negative si astfel subscala simptomelor negative ar cuprinde itemii 16, 3, 13 iar scala simptomelor pozitive ar cuprinde itemii 4, 12, 15 si aceasta impartire a demonstrat o buna validitate si confidenta.

In ceea ce priveste proprietatile psihometrice ale scalei BPRS-18 itemi, autorii scalei garanteaza o foarte buna validitate demonstrata concurential cu scala PANSS si cu scalele SANS si SAPS si la fel o foarte buna confidenta (Overall si Gorham, 2005).

Scala se recomanda a fi folosita in evaluarea initiala a pacientilor cu tulburari psihotice, in masurarea raspunsului la tratament si in masurarea deznodamantului ("*outcome*") atat la la pacientii internati, cat si la cei din ambulator. Scala este prezentata in anexa Nr. 1.

10.4.2. SCALA DE EVALUARE COMPREHENSIVA A PSIHOPATOLOGIEI *(Comprehensive Psychopathological Rating Scale – CPRS)*

Aceasta scala a fost construita in mod explicit pentru a masura schimbarile in psihopatologie in timpul diferitelor interventii terapeutice, precum tratamente medicamentoase si nemedicamentoase (Asberg si colab. 1978). Scala a mai fost prezentata in capitolului Nr. 3: Scalele de evaluare globala a simptomelor psihice si in Anexa Nr. 1 a acelui capitol. Mai jos o sa furnizez doar cateva scurte detalii.

Scala cuprinde 67 itemi dintre care 40 sunt raportati de subiect, 25 observati de examinator, unul pentru o apreciere globala a severitatii si unul pentru evaluarea confidentei procesului de examinare.

Fiecare item este scorat de la 0 la 6. Este furnizata o scurta descriere a fiecarui scor de 0, 2, 4 si 6. Scorul total al scalei da o privire de ansamblu asupra incarcarii psihopatologice a subiectului sau se pot extrage numai intemii corespunsatori pentru a se construi subscale pentru depresie, schizofrenie, dar si pentru neurastenie sau anxietate.

10.4.3. INVENTARUL PETERS DE MASURARE A DELIRURILOR *(Peters Delusions Inventory – PDI))*

Inventarul PDI a fost dezvoltat de Emanuelle Peters si colab. (1999) ca un instrument cu 40 itemi de autoevaluare a ideilor delirante in populatia generala. Ulterior aceiasi echipa reconstruieste acest instrument cu doar 21 itemi (Peters si colab. 2004). Autori au dorit sa faca acest instrument pentru a decela trasaturile schizotipale in populatia generala, trasaturi care se raspandesc dimensional, pe un continuu, in psihoza fiind vorba doar de o expresie severa a trasaturilor schizotipale.

Conform autorilor, trasaturile schizotipale pot fi masurate psihometric pentru ca sunt raspandite in populatie in diferite grade de severitate, pe cand trasaturile realmente psihotice, precum simptomele de prima rang a lui Schneider, sunt raportate de indivizii cu tulburari clinice severe si rar sunt vazute in populatia generala. Mai mult, autorii constata ca instrumentele existente nu sunt capabile decat sa identifice experiente delirante severe, de intensitate realmente psihotica si construiesc un instrument care sa permita identificarea echivalentului "normal" al unei trairi delirante. Pentru aceasta, autorii pun la fiecare intrebare cuvintele "ca si cum" tocmai ca sa captureze intregul evantai de trairi delirante. Intrebarile au fost luate din sectiunea "delir" din Present State Examination (Wing si colab. 1974) si acopera sapte tipuri de teme delirante: delir de control, de interpretare, de identificare, de referinta, de persecutie, expansiv si alte tipuri (de vinovatie, hipocondriac, depersonalizare, etc.).

Scala cu 21 itemi (Anexa Nr. 2) s-a realizat prin excluderea mai multor itemi din versiunea cu 40 itemi dupa o analiza a componentelor principale cu rotatie varimax . Acesti itemi se refera la persecutie (itemii 4 si 5), suspiciozitate (itemii 1 si 3), ideatie paranoida (idemii 13 si 15), religiozitate absurda (itemii 8 si 11), grandiozitate (itemii 6 si 7), credinte paranormale (itemii 9 si 12), tulburari de gandire (itemii 18 si 20), idei de referinta si influenta (itemii 2 si 10), transmiterea gandirii (itemii 17 si 19), depersonalizarea (itemul 16) si etichetare negativa

(itemii 14 si 21). In cazul in care subiectul neaga trairea unei experiente scorul itemului este "0" iar daca ea este prezenta evaluarea se face pe o scala cu 5 trepte, de la 1 la 5 si pe trei subscale: frecventa experientei, gradul de veridicitate a experientei respective (cat de mult crede ca este adevarata) si cat de suparatoare a fost aceasta. Scorul se face pentru fiecare subscala: frecventa, veridicitate, distress si un scor total care reprezinta raportul dintre raspunsurile DA si NU la toate intrebarile.

Studiul de validitate si confidenta s-a facut pe un esantion de 444 indivizi si rezultatele arata ca scala reuseste sa masoare cu incredere experientele delirante care se pot intalnii in populatia generala.

10.4.4. SCALA CARDIFF DE EVALUARE A ANOMALIILOR PERCEPTIVE *(The Cardiff Anomalous Perceptions Scale - CAPS)*

Aceasta scala vine sa acopere domeniul tulburarilor perceptive ca parte importanta a conceptului de "pierdere a contactului cu realitatea" ce defineste nucleul real al psihozei.

Scala a fost construita de Bell si colab. (2006) ca un instrument de auto-evaluare cu 32 itemi (Anexa Nr. 3). Autorii constata ca experientele perceptuale anormale sunt diferit raportate si traite de populatia generala si de indivizii asa zisi bolnavii. La acestia din urma, tulburarile perceptive sunt date de fenomenele halucinatorii pe diferite canale perceptuale insotite de lipsa insightului, pe cand la populatia generala ele sunt mai vagi, experimentate in context de distress sau preocupari si convingeri particulare si etichetate ca experiente neuzuale sau stranii, mai mult sau mai putin legate de o conditie exterioara. Aceste experiente sunt in curs de validare sau nu, in functie de dezorganizarea conceptuala sau de credintele culturale particulare care le pot insoti. Ele se pot constitui insa in fenomene para-normale care pot anunta procesul de constituire a unei trairi franc psihotice. Aceste fenemene premergatoare instituirii unei experiente psihotice sau care sugereaza psihoza au fost denumite "inclinatii psihotice" (*psychosis proneness*) si l-au facut pe Eysenck (1976) sa postuleze "*psihoticismul*" ca o dimensiune a personalitatii sau pe Rado (1960) sa inventeze termenul de schizotipie. Acesta din urma a format acest cuvant prin abrevierea cuvintelor schizofrenie si schizotip. Acest termen l-a inlocuit pe cel de schizofrenie pseudonevrotica si era caracterizat de Rado ca o "*deficienta a integrarii placerii*" ceea ce duce la "*tulburari emotionale, suprasenzitivitate, insecuritatea selfului, a corpului si a ambiantei*". El pretindea ca din acesti indivizi se recrutau schizofrenii de mai tarziu.

Scala CAPS este construita cu scopul de masura valid si confident din punct de vedere psihometric experientele perceptive anormale si a inclinatiilor perceptuale psihotice din populatia generala si nu numai. Ea cuprinde itemi care evalueaza experiente perceptuale pe toate canalele senzoriale. Subiectul este invitat sa raspunda daca respectiva experienta este prezenta si daca da, sa o evalueze de-a lungul a trei subscale, respectiv cat de suparatoare este, care este frecventa si cat de intrusivita este, pe o scala Likert cu 5 ancore.

Scala a fost testata pe 336 subiecti extrasi din populatia generala non-clinica si pe 20 subiecti cu tulburari psihotice. Confidenta interna a scale a fost inalta (indice Cronbach=0,87) iar validitatea de constructie si de criteriu, comparativ cu alte scale, a fost buna. Scala CAPS furnizeaza un scor total, in functie de raspunsurile Da si Nu si scoruri partiale pentru fiecare din cele trei subscale. Scala s-a dovedit utila in masurarea experientelor perceptuale anormale indiferent de diagnosticul clinic sau statutul de bolnav.

10.4.5. INVENTARUL DE AUTO-EVALUARE A EXPERIENTELOR ANORMALE (*Examination of Anomalous Self-Experience - EASE*)

Experientele anormale subiective reprezinta adevaratul fenotip la tulburarilor din spectrul schizofreniei. Ele au fost neglijate de psihiatria moderna din cauza curentului "*behaviourist*" care a validat doar simptomele la nivel comportamental.

Acest instrument a fost dezvoltat de Parnas si colab. (2005) si este un checklist semi-structurat care evalueaza anomaliile subiective care pot fi considerate ca tulburari bazale sau minime pe care un subiect le poate experimenta in fazele de inceput ale unei tulburari din spectrul schizofren si traduc primele modificari ale trairilor subiective valide pentru aceste tulburari. Acestea constau in tulburari ale trairii propriei individualitati, dar care sunt destul de greu de pus in cuvintele limbajului laic si despre care subiectul cu greu accepta sa vorbeasca cu altii.

Acest inventar este de fapt o descriere fenomenologica predominant calitativa a experientelor de modificare a sensului persoanei, respectiv a sentimentului de a fi subiect al actiunilor, gandurilor sau experientelor proprii

In constructia acestui instrument, autorii pornesc de la dificultatea culegerii acestor strari subiective particulare pe care subiectul le poate percepe ca "inefabile", "instabile", "prost structurate" si pe care nu poate sa le descrie in acelasi fel in ocazii diferite sau foloseste metafore pentru a se face inteles. Mai multe, acest experiente afecteaza capacitatea subiectului de autoreflexie si nu de putine ori subiectul le considera prea private pentru a le face publice.

Instrumentul contine 5 domenii mari: i) cognitia si fluxul constiintei; ii) constiinta propriei identitati si prezenta de sine; iii) experientele corporale; iv) demarcare/tranzitivism si v) reorientarea existentiala (in Anexa Nr. 4 se prezenta doar lista itemilor si modul de cotare). Fiecare domeniu contine o serie intreaga de itemi care reprezinta tot atatea modalitati de traire distorsionata a propriei subiectivitati si pe care intervievatorul le culege dintr-un dialog activ cu pacientul pe baza formularii si reformularii, a frazarii si refrazarii primei descrieri date de pacient cu scopul de a obtine cea mai inalta acuratete a respunsului. Raspunsul se coteaza pentru fiecare item in functie de frecventa/severitatea trairii pe o scala de la 0 la 5, iar totalizarea scorurilor itemilor da un scor total pentru fiecare domeniu si pentru scala intreaga.

Se recomanda ca aplicarea acestui interviu semi-structurat sa fie facut numai dupa ce intre pacient si clinician se stabileste o relatie confidenta si de aceea autorii recomanda ca examinarea subiectului sa inceapa cu un interviu psihosocial si doar dupa aceea sa se continue cu administrarea acestui inventar. Fiecare item este prevazut cu o descriere a ceea ce intentioneaza sa evalueze si este prevazut cu diferite "probe", respectiv sugestii de intrebari sau exemple. Perioada de timp la care se refera interviul este ultimele doua saptamani.

Interviul prezinta o buna confidenta intra-cotatori dar aceasta este slaba cand e vorba de cotatori diferiti; prin analiza factoriala autorii nu reusesc sa deceleze structura factoriala a scalei. Din cauza dificultatilor administrarii si cu scopul marii confidentei inter-cotatori, deci a uniformizarii modalitatii de culegere a datelor, autorii organizeaza cursuri de formare pentru aplicarea acestei scale, cursuri care dureaza trei zile si cu un cost de 300 Euro. Doritorii se pot adresa la Directorul cursului Dr. Peter Handest, Psychiatric Center Hvidovre, Brondbyostervej 160, 2605 Brondby, Denmark.

10.4.6. INTERVIUL STRUCTURAT PENTRU SIMPTOMELE PRODROMALE (*Structured Interview for Prodromal Symptoms – SIPS*) si SCALA PENTRU SIMPTOME PRODROMALE (*Scale of Prodromale Symptoms- SOPS*)

Aceste doua instrumente au fost dezboltate de Miller si colab. (1999) de la Yale University ca o parte a programului lor de preventie si identificare a riscului de dezvoltare a psihozei. Ei au pornit de la experienta australiana privitor la programele de detectie timpurie a schizofreniei, programe care au identificat semnele prodromale si definitiile operationale ale acestora (McGorry si colab. 1996). Simptomele stranse in corpul scalei SOPS si intrebarile care acopera aceste simptome din interviul SIPS au fost testate si rafinate pe un lot clinic de psihotici. Instrumentele au fost modelate dupa structura instrumentului PANSS cuprinzand patru grupe de simptome prodromale: pozitive, negative, de dezorganizare si generale, cu modificarile conform cu descrierile simptomelor prodromale pre-psihotice.

Scopul acestor instrumente este de a furniza o masurare sistematica a prezentei/absentei simptomelor prodromale, de a masura severitatea lor si de a defini un prag dincolo de care riscul de aparitie a psihozei este foarte probabil.

Scala pentru simptome prodromale (SOPS) cuprinde 19 itemi dintre care cinci simptome pozitive, sase simptome negative, patru simptome de dezorganizare si patru pentru simptomele generale (vezi Anexa Nr. 5). Alegerea acestor simptome este si in concordanta cu studiile lui Yung si colab (1996, 1998) care arata ca exista trei sindroame prodromale cu ajutorul carora se poate identifica riscul pentru dezvoltarea schizofroniei psihnotice: i) simptomele pozitive psihotice care apar scurt si intermitent; ii) simptomele pozitive atenuate si iii) declinul functional.

SIPS este un interviu structurat care diagnosticheaza cele trei sindroame prodromale la fel ca si Structured Clinical Interveiw for DSM-IV (SCID). Interviul cuprinde un checklist pentru tulburarea schizotipala de personalitate, un chestionar de istorie familiala, scala de functionare globala (GAF) si scala SOPS.

Interviul SIPS are o buna validitate predictiva demonstrata prin faptul ca mai mult de 54% din subiectii cu simptome prodromale dezvolta schizofrenie in urmatorul an si o buna confidenta intercotatori dupa cum autorii au evidentiat in diferite studii (Miller si colab. 2002 si 2003).

Fiecare simptom de pe scale SOPS este evaluat pe o scala Likert cu 7 ancore (de la 0 = absent la 6 = sever cu trasaturi psihotice) iar scorul total al scalei se poate intinde de la 0 la 114. Se poate obtine un scor separat pentru fiecare grup de simptome prodromale.

Pe baza interviului SIPS Loewy si colab (2005) au realizat un chestionar de auto-evaluare a simptomelor prodromale, pornind de la constatarea ca aplicarea interviului cere personal calificat si antrenament specific. Aceasta instrument numit "*Prodromal Questionnaire*" este o scala cu 92 itemi de autoevaluare si prezinta o sesnzitivitate de 90% si o specificitate de 49%. Scala de autoevaluare se poate obtine direct de la autori.

10.4.7. SCALELE CHAPMAN DE MASURARE A SCHIZOTIPIEI (*The Perceptual Aberrations Scale, Magical Ideation Scale, Social Anhedonia Scale)*

Modelele etiologice curente ale schizofreniei presupun ca boala apare prin acumularea si interactiunea mai multor factori de risc precum factori genetici, agresiuni pre- si post-natale si factori psihosociali (Andreasen, 1999),

model care plaseaza schizofrenia, formele "*schizophrenia-like*" si subiectii predispusi la schizofrenie ("*schizophrenia-prone*") pe un continuum, forme care impartasesc aceleasi factori etiologici, dar in variate constelatii. Categoria indivizilor "*schizophrenia-prone*" a sedus multi cercetatori din considerete teoretice, precum izolarea factorilor etiologici, si practice, respectiv identificaraea indivizilor cu risc inalt ce permite interventia in fazele prodromale ale dezvoltarii procesului schizofren. Trebuie remarcat ca majoritatea indivizilor schizophrenic-prone nu merg mai departe spre schizofrenie, ci raman ca indivizii cu diferite grade de experiente rudimentare sau prost structurate de psihoza. Acestia se constituie in grupul mare a persoanelor schizotipice, concept introdus de Rado (1960) si reluat de Meehl (1962) si caracterizat prin patru trasaturi: derapaje cognitive, anhedonie, ambivalenta si probleme ale asertivitatii interindividuale. Pe baza acestei teorii, Chapman si colaboratorii construiesc patru scale care sa acopere in mare parte acest concept, cu dorinta expresa de a identifica indivizii cu risc de a dezvolta schizofrenia. Aceste scale sunt: Scala pentru evaluarea aberatiilor perceptuale (*The Perceptual Aberrations Scale*, Chapman si colab. 1978), Scala de ideatie magica (*Magical Ideation Scale*, Eckbald si Chapman, 1983), Scala anhedoniei sociale (*Social Anhedonia Scale*) si Scala anhedoniei fizice (*Physical Anhedonia Scale*) (Chapman si colab. 1976). Studiul longitudinal pe 10 ani a validat doar valoarea primelor trei scale in detectare vulnerabilitatii la schizofrenie (Chapman si colab. 1994) ceea ce a facut ca doar aceste trei scale sa fie prezentate in aceasta lucrare.

Scala de evaluare a aberatiilor perceptuale este o scala cu 35 itemi, fiecare reprezentand o afirmatie fata de care subiectul trebuie sa se pozitioneze prin "adevarat" sau "fals". Scala evalueaza distorsiunile perceptuale legate de trairea corporalitatii si alte experiente senzoriale (Anexa Nr.6), distorsiuni care se presupune a fi markerii pentru schizotipie, distorsiuni continand afirmatii precum: "Uneori am senzatia ca parti din corpul meu nu sunt ale aceleiasi persone", "Uneori culorile imi par prea stralucitoare pentru mine". Coeficientul de confidenta test-retest este de 0,79.

Scala ideatiei magice cuprinde 30 afirmatii referitoare la credinte slab validate bazate pe gandirea magica precum: "Am avut momente cand am crezut ca locul cuiva a fost luat de
cineva care seamana perfect" sau "Cred ca as putea sa citesc gandurile oamenilor daca as vrea". Raspunsurile sunt "adevarat"sau "fals" (Anexa Nr.7). Aceasta scala coreleaza bine cu scala aberatiilor perceptuale ceea ce arata ca ambele evalueaza cam aceasi dimensiune a persoanei "*schizophrenia-prone*". Aceste doua scale au fost unite intr-una singura si au format Scala aberatiile perceptuale si a gandirii magice (*Per-Mad Scale*) (Chapman si colab.1982).

Scala anhedoniei sociale cuprinde 40 itemi trebuind sa fie cotati ca "adevarat" sau "fals" si care evaleuaza raportarea individului de a fi impreuna cu altii si fata de valorile sociale, precum si capacitatea individului de a experimenta placerea. Exemple de itemi: "Oamenii se simt mai bine daca se tin deoparte de o legatura emotionala cu altii", "As putea fi fericit sa locuiesc singur intr-o cabana in padure sau pe munte" sau "In mult privinte eu prefer compania animalelor decat compania oamenilor" (Anexa Nr. 8).

Combinarea acestor scale impreuna conduce la o scala unica care se mai numeste si scala de schizotipie Wisconsin, care prezinta o buna validitate constructiva, structura factoriala cu doua dimensiuni si o corelatie semnificativa intre ele (Kwapil si colab. 2008) si poate decela foarte bine trasaturile schizotipice si predicta dezvoltarea schizofreniei (Horan si colab, 2008).

Modul de scorare a scalelor este destul de diferit de ceea ce am vazut pana acum. Acest model este furnizat de autori in Wisconsin Manual for Assessing Psychotic-like Experiences (Kwapil si colab. 1999) si prevede ca indivizii a caror scor se situeaza peste o deviatie statistica de 1.96 sa fie considerati ca "identificati pozitiv" pentru schizotipie.

Scorurile medii pentru aceaste scalea sunt prezentate in Tabelul Nr. 9 (dupa Chmielewski si colab. 1995 si Kwapil si colab. 2002)

	Scalele Chapman					
	Scala de aberatii perceptuale		Scala ideatiei magice		Scala anhedoniei sociale	
	Chmielewski	Kwapil	Chmielewski	Kwapil	Chmielewski	Kwapil
ALBI (CAUCAZIENI):						
Media	6,60	6,24	9,20	9,65	7,15	8,30
DS	6.04	6,13	5,80	5,90	5,13	5,65
AFRO-AMERICANI:						
Media	7,31	6,34	9,09	10,41	8,99	10,85
DS	5,64	5,08	5,76	5,14	5,12	5,29

Tabelul Nr. 9: Scorurile medii si deviatia statistica pentru Scalele Chapman (Populatia generala)

10.4.8. INVENTARUL DE COGNITII SCHIZOTIPALE RUST *(The Rust Inventory of Schizotypal Cognition-RISC)*

Rust (1988) dezvolta acest instrument cu scop de a evalua modificarile cognitive care sustin expresia schizotipala a subiectilor cu aceasta vulnerabilitate, cognitii care, fiind trasaturi stabile a persoanei, pot sta si la baza personalitatii schizotipale a personalitatii (Anexa Nr. 9).

Inventarul RISC este un chestionar cu 26 itemi si este destinat mai mult populatiei generale decat celei clinice, accentul punandu-se mai mult asupra continutului cognitiior decat asupra deficitului cognitiv. Fiecare item este evaluat pe o scara Likert cu 4 trepte in functie de cat de acord sau nu este subiectul cu fiecare afirmatie prezentata. Exemple de afirmatii cuprinse in aceasta scala: "*Uneori gandurile mele suna asa de tare ca si altii le pot auzi*", "*Organizatiile secrete nu au o putere reala asupra vietii noastre*" sau "*Uneori oamenii sau obiectele imi par sa radieze o lumina launtrica*".

Dupa Steuerwald si Balogh (1991) instrumentul se preteaza foarte bine pentru screeningul in populatia generala si identificarea indivizilor cu risc inalt.

Instrumentul are o buna validitate si s-a dovedit capabil sa discrimineze schizofrenii de populatia generala. Nu s-a decelat diferente in raspunsurile intre cele doua sexe, femeile si barbatii dand scoruri comparabile.

Inventarul RISC este recomadat ca unul din cele mai bune instrumente pentru decelarea schizotipiei cu atat mai mult cu cat indivizii schizotipali sunt rar vazuti in sectiile clinice, ei nu cauta atentie si/sau tratament medical

sau psihologic si, in plus, schizotipia nu este izomorfa cu conceptul de schizofrenie asa cum cred inca multi practicieni (Lenzenweger, 1994).

10.4.9. SCALA PENTRU EVALUAREA SIMPTOMELOR POZITIVE (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms – SAPS*) si SCALA PENTRU EVALUAREA SIMPTOMELOR NEGATIVE (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS*)

Aceste doua scale sunt prezentate impreuna pentru ca ele au fost dezvoltate de aceasi autoare, Nancy Andearsen (1982, 1983 si 1984) cu scopul evident de a masura cele doua categorii de simptome ale schizofreniei, simptomele positive si cele negative.

Se stie ca una din cele mai mari provocari pentru clinicianul aflat in fata tulburarilor psihotice/schizofrenice este heterogenitatea acestora. Pacientii pot prezenta diferite combinatii de simptome si fiecare simptome in sine variaza in severitate. Pentru a reduce aparenta "d*ezordine*" simptomatica a schizofreniei a fost introdus conceptul de simptome pozitive si negatice cu scopul de a integra informatiile fenomenologice intr-un singur model. Acest model cu doua dimensiuni, care apar in diferite proportii la un pacient schizofren, este prelungirea conceptelor mai vechi psihopatologice ale lui Kraepelin si Bleuler si de mai tarziu, a lui Crow (1980), care sustineaU ca exista doua tipuri de schizofrenie, cu simptome pozitive si cu simptome negative iar aceastea ar corespunde "*patologiei moleculare*" a schizofreniei.

Desi modelul cu doua dimensiune a fost mereu contestat de cerecetarile ulterioare, scalele SAPS si SANS s-au constituit ca un standard in evaluarea simptomatologiei schizofreniei si psihozelor in general. Mai mult, Cuesta si Peralta (1995) demonstreaza ca modelul cu doua dimensiuni, simptome pozitive si negative, reuseste sa faca diagnosticul diferential cu alte tulburari psihotice.

Cele doua scale furnizeaza impreuna o descriere detaliata a 50 de simptome ce permite o masurare comprehensiva a psihopatologiei acestor tulburari. Desi la inceput, aceste scale au fost concepute doar sa fie utilizate in cercetare, ulterior ele s-au raspandit si in practica clinica.

Scala SAPS cuprinde 30 itemi care evalueaza un spectru larg de simptome pozitive. Scopul principal al scalei este de a masura simptomele pozitive si dezorganizarea gandirii si comportamentului. Acesti itemi se grupeaza in 4 categorii: halucinatii, deliruri, comportament bizar si tulburari formale pozitive ale gandirii. Fiecare simptom prezinta o definitie si este scorat in functie de severitate pe o scala de la 0 la 5. Pentru fiecare categorie sau domeniu, scala mai prezinta un item de evaluare globala a acestuia.

Scala se coteaza pe baza unui interviu clinic, a observatiei directe si a informatiilor colaterale. (Anexa Nr.10).

Domeniile SAPS includ urmatorii itemi individuali:

a. Halucinatii: auditive, voci comentand, voci conversand, halucinatii somatice si tactile, halucinatii olfactive si halucinatii vizuale;
b. Deliruri persecutorii, de gelozie, de vinovatie, grandioase, religioase, somatice, de relatie, control, citirea gandurilor, raspandirea gandurilor, insertia gandurilor si furtul gandirii;
c. Comportament bizar: imbracaminte si aparenta, comportament social si sexual, agitatie si agresivitate, comportament repetitiv;

d. Tulburari formale ale gandirii: deraieri ale gandirii, tangentialitate, incoerenta, gandire ilogica, circumstantialitate, presiunea vorbirii, vorbire distractibila si vorbire bazata pe sunete cuvintelor.

Pentru fiecare din aceste patru categorii este prevazut un item de evaluare a severitatii globale a domeniului.

Scala SANS are 20 itemi care prezinta definitii si ancore de evaluare a severitatii. Itemii se grupeaza in 5 categorii simptomatice: aplatizare si tocire afectiva, alogie, avolitie/apatie, anhedonie/asocialitate si tulburari de atentie (Anexa Nr. 11). Ca si in cazul scalei precedente, scorarea scalei SANS se face dupa un interviu clinic obisnuit si dupa observatia clinica si completarea ei nu ar lua mai mult de 15-20 minute.

Domeniile simptomatologice ale SANS includ urmatorii itemi:

a. Aplatizarea si tocirea afectiva: expresie faciala fixa, descresterea miscarilor spontane, saracirea expresiei gestuale, contact vizual slab, lipsa de raspuns emotional, afect nepotrivit, lipsa inflexiunilor vocale;
b. Alogie: saracirea vorbirii, saracirea continutului vorbirii, blocajul vorbirii si cresterea latentei raspunsurilor;
c. Avolitie-apatie: proasta igiena si tinuta, proasta persistenta in munca sau scoala, anergie fizica;
d. Anhedonie-retragere sociala: scaderea activitati si intereselor recreationale, scaderea interesului si a activitatii sexuale, scaderea abilitatii de a simtii intimitatea si apropierea, reducerea relatiilor cu prietenii si egalii;
e. Afectarea atentiei: lipsa de atentie in campul social, lipsa de atentie in timpul interviului.

Si aici, scala prevede pentru fiecare domeniu simptomatologica un item de evaluare a severitatii globale, deci am putea spune ca scala are de fapt 25 itemi.

Se recomanda ca perioada de timp la care se refera scala sa fie "ultima luna".

Interesant de remarcat aici este ca un compatriot de-al nostru, Dr. Iulian Iancu, impreuna cu un grup de colegi din Israel (Iancu si colab. 2005) au construit un chestionar care sa acopere toti itemii ambelor scale si astfel sa creasca confidenta in aplicarea acesteia. Acest chestionar, numit *Positive and Negative Symptoms Questionnaire (PNS-Q*) cuprinde 80 intrebari si este un instrument de auto-evaluare, pacientul insusi evaluand cu “adevarat” sau “fals” fiecare intrebare.

In ceea ce priveste proprietatile psihometrice, ambele scale stau bine, au o consistenta interna de peste 0,70 pentru fiecare domeniu simptomatologic, dar global scala SAPS are un indice scazut de consistenta interna care subliniaza inca oadata ca scala nu este unitara in ceea ce priveste dimensiunile masurate. Ulterior s-a vazut ca de fapt scala SAPS masoara doi factori distincti: simptomele pozitive (halucinatiile si delirurile) si dezorganizarea gandirii (Andreasen si Grove, 1986). Nici scala SANS nu este omogena in masurarea simptomelor negative si Sayers si colab. (1996) gasesc ca de fapt scala cuprinde trei factori: diminuarea expresiei, lipsa de atentie-alogia si pierderea motivatiei sociale. In schimb, confidenta intercotatori a fost foarte buna pentru fiecare scala de-a lungul mai multor studii, indiferent de versiunea lingvistica folosita (Andreasen, 2000).

Validitatea scalelor este dincolo de orice dubiu, lucru demonstrat prin evaluari comparative cu scala PANSS (Norman si colab. 1996) sau BPRS (Nicholson si colab. 1995). Welham si colab. (1999) au analizat valoarea comparativa a scalelor SANS, PANSS-subscala negativa si BPRS-scala de simptome negative si gasesc ca toate reusesc sa deceleze foarte bine nucleul sindromului negativ schizofren.

Aceste scale, impreuna cu scala PANSS, reprezinta "*standardul de aur*" in evaluarea simptomatologiei schizofreniei si a psihozelor in general. Ele pot fi utilizate atat in practica rutiniera clinica, cat si in cercetare sau studii psihofarmacoliogice. Demn de semnalat este faptul ca aceste doua scale evalueaza pentru fiecare domeniu severitatea generala in termeni de functionare ceea ce le recomanda in plus pentru practica clinica.

10.4.10. SCALA SINDROMULUI POZITIV SI NEGATIV (*Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS)*

Desi exista nenumarate studii care atesta ca structura simptomatologica a schizofreniei raspunde cel mai bine la impartirea ei in cel putin trei factori, pozitiv, negativ si dezorganizare, factori care nu coreleaza intre ei si care evolueaza independent unul fata de altul de-alungul evolutiei schizofreniei (Arndt si colab. 1995). Simptomele negative au o variatie relativ redusa de-a lungul evolutiei, fiind prezente atat in perioadele acute, cat si in cele cronice. Simptomele pozitive sunt insa mult mai instabile si apar si dispar in functie de tratament sau de evolutia bolii. Simptomele de dezorganizare prezinta cea mai mare variabilitate in timp. Cu toate acestea exista inca o puternica rutina de a explora doar simptomele pozitive si negative ale schizofreniei atunci cand se doreste evaluarea simptomatologica a ei. Daca simptomele pozitive sunt relativ usor de identificat si masurat, precum halucinatiile, delirurile si dezorganizarea comportamentala, pentru ca ele sunt caracteristici care se adauga in pozitiv situatiei normale a subiectului, in cazul simptomelelor negative, precum aplatizarea afectiva, alogia si avolitia, ele sunt lucruri care lipsesc situatiei normale ale unui subiect si astfel ele se prezinta intr-o forma complexa si variata, de unde rezida greutati atat in identificare, cat si in masurarea severitatii lor.

Masurarea severitatii simptomelor in schizofrenie, ca si in alte boli nu inseamna numai indicarea prezentei sau absentei simptomului si a intensitatii trairii lui. Simptomele in bolile psihice nu apar izolat, ele coreleaza intre ele in grade variate, si daca un simptom poate fi sever celalalt nu totdeauna il urmeaza intocmai. De aceea instrumentele de masura trebuie sa reflecte structura naturala sau structura latenta a simptomatologiei unei boli. In cazul schizofreniei, o boala cu un tablou clinic variat, dat de constelatia diferita a simptomelor componente, instrumentele de masura trebuie sa captureze intocmai aceasta distributie mozaic a simptomatologiei. Este ceea ce scala PANSS reuseste sa faca pentru ca ea cauta sa conceptualizeze dimensiunea fiecarui simptom care-l masoara.

Scala PANSS a fost dezvoltata de Kay si colab. (1987) pentru a masura severitatea psihopatologiei la adultii cu schizofrenie, tulburare schizoafectiva si alte psihoze in care sunt prezente simptomele pozitive si negative. Scala are la baza constructul teoretic al simtomelor pozitive si negative. Ea cuprinde 30 itemi care au fost imprumutati din Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS, Overall and Grorham, 1988) si din Psychopathology Rating Scale (Singh and Kay, 1987). Itemii au fost astfel alesi incat sa acopere doar acele simptome care sunt lipsite total de ambiguitate conceptuala, care se diferentiaza usor unele de altele, si care pot fi considerate primare, adica nu sunt trasaturi derivate din alte modificari psihopatologice. In plus, itemii alesi acopera tot spectrul tulburarilor functioanale, respectiv cognitiv, afectiv, social si comunicare. Fiecare item este definit in mod amanuntit si este evaluat pe o scala care cuprinde 7 ancore in functie de severitate, de la absent la sever, iar aceste ancore sunt la randul lor definite pentru a imbunatati confidenta.

Scala cuprinde trei subscale:

- subscala simptomelor pozitive (scala P) cu 7 itemi: delirurile, dezorganizarea conceptuala, comportamentul halucinator, excitatia, grandiozitatea, suspiciozitatea/persecutia si ostilitatea;
- subscala simptomelor negative (scala N) cu 7 itemi: tocirea afectiva, retragerea emotionala, raportarea deficitara, apatia/pasivitatea sociala, dificultati ale gandirii abstracte, lipsa de spontaneitate si fluenta in conversatie si gandirea stereotipa:
- subscala de psihopatologie generala (scala G) cu 16 itemi: preocupare somatica, anxietate, sentimente de vinovatie, tensiune psihica, manierisme si posturi, depresie, lentoare motorie, lipsa de cooperare, continut neobisnuit al gandirii, dezorientare, tulburare de atentie, pisa contiintei bolii (insight), tulburari de vointa, pierderea controlului impulsurilor, preocupare si retragere sociala (vezi Anexa Nr. 12).

Scala se completeaza dupa efectuarea unui interviu clinic obisnuit, la care se recomanda adaugarea datelor culese de la alti informanti si din alte inscrisuri clinice. Autorii recomanda ca interviul sa debuteze cu o discutie generala cu pacientul despre boala lui si circumstantele generale ale vietii pacientului, discutie care poate tine cateva minute, suficiente ca sa furnizeze clinicianului posibilitatea observarii comportamentului subiectului si a modului lui de gandire si exprimare. Urmatoarea perioada de timp trebuie sa fie dedicata intrabarilor care acopera fiecare item din cei cuprinsi in scala PANSS si intervievatorul coteaza severitatea fiecarui item corespunzator definitiilor scalei si datelor obtinute de la pacient. Ultima portiune a interviului se focalizeaza pe domeniile in care pacientul a fost defensiv, reticent, ambivalent cu scopul de a identifica continutul neobisnuit al gandirii, tulburarile de conceptualizare sau ideile delirante ale pacientului.

Perioada de timp la care se refera interviul este de ultima saptamana.

Scala PANSS furnizeza un scor pentru fiecare dintre cele trei subscale si un scor general prin adunarea scorurilor tuturor itemilor scalei. Autorii furnizeaza urmatoarele scoruri normative prag pentru cele trei subscale (Kay si Sevy, 1990): scorul de 20 pentru subscala pozitiva, scorul 22 pentru subscala negativa si scorul 40 pentru subscala de psihopatologie generala. Se poate calcula si un scor compozit, care indica predominenta simptomelor pozitive sau negative, dupa cum e cazul. Acest scor se calculeaza prin adunarea scorurilor individuale ale itemilor din cele doua scale, suma algebrica, cu specificatia ca itemilor scalei negative li se atribuie semnul (-) astfel ca suma celor doua feluri de itemi, pozitivi si negativi se poate intinde de la -42, cand sunt numai simptomele negative sunt prezente, pana la +42, cand sunt prezente numai simptome pozitive. Astfel, cand suma este pozitiva inseamna ca predomina simptomele pozitive, iar cand suma este negativa predomina simptomele negative de schizofrenie (Kay, Opler si Fiszbein, 2000).

Scala PANSS se administreaza de personal calificat si antrenat special in aplicarea acesteia. Administrarea ei ia in jur de 30-40 minute.

Exista si o versiune pentru copii: Kiddie-PANSS (Field si colab. 1994) si un interviu structurat care transforma scala PANSS intr-un interviu clinic formal: *Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale – SCI-PANSS* (Opler si colab. 1992).

Proprietatile psihometrice ale scalei PANSS sunt bune. Compararea modului in care scala PANSS captureaza cazurile cu simptome pozitive si negative cu alte scale traditionala precum BPRS, SANS sau SAPS a aratat o foarte buna validitate (Bell si colab. 1992; Norman si colab. 1996). Confidenta legata de consistenta interna

a itemilor PANSS a fost peste 0.75 la toate cele trei scale (Kay si colab. 2000) in schimb confidenta inter-cotatori variaza in functie de gradul de antrenament a evaluatorilor in administrarea scalei. PANSS s-a aratat capabila sa determine severitatea schizofreniei cand s-a administrat concomitent cu scala *Clinical Global Impression-Severity (CGI-S).* S-a constatat o corelatie semnificativa intre modificarile scorului global la CGI-S si scorul total al PANSS sau intre scorul CGI de ameliorare si procentajul schimbarii scorului PANSS fata de scorul de la care s-a pornit (Levin si colab. 2008).

Cat priveste structura factoriala a scalei PANSS, cei mai multi autori inclina spre o solutie su cinci factori: negativ, pozitiv, excitatie/activare, anxietate-depresie/disforie si dezorganizare/preocupari autiste (Van Der Oord si colab. 2006)

Scala PANSS este "standardul de aur" in identificarea si masurarea severitatii simptomelor schizofreniei si altor psihoze "schizophrenia-like". Ea este folosita atat in activitatea clinica curenta pentru evaluara severitatii, pentru identificarea simptomelor tinta si pentru a evalua recaderea sau reabilitarea, cat si in activitatii de cercetare sau in studiile psihofarmacologice.

Pentru a creste confidenta masurarii cu scala PANSS Opler si colab. (1992) construiesc un interviu semi-structurat Acest interviu permite intervievatorului sa evalueze in mod organizat subiectul si sa culeaga in mod ordonat informatii care apoi sa duca la cotarea fiecarui itemi din scala PANSS (Anexa Nr. 13). Acest interviu se administreaza in partea a doua a sedintei de evaluare, dupa prima parte de informare si discutie generala.

10.4.11. SCALA DE IDENTIFICARE A SIMPTOMELOR SI COMPORTAMENTULUI (*Behavior and Symptoms Identification Scale – BASIS- 32)*

Acest instrument a fost dezvoltat de Eisen si colab. (1994) cu scopul de a evalua rezultatului ("*outcom*e") tratamentului si ingrijirilor oferite de serviciile de psihiatrie in cazul tulburarile psihice majore din punctul de vedere al pacientului. La inceput a fost vorba numai de un interviu cu 24 intrebari, dar el fost revizuit ulterior (Eisen si cola. 2004) pentru a mari calitatile lui psihometrice. Instrumentul este de fapt o scala de auto-evaluare care cuprinde 5 domenii simptomatologice si de functionare pe care subiectul este incurajat sa le evalueze ca parte a procesului de apreciere a rezultatului tratamentului si a calitatii ingrijirilor primite: viata de zi cu zi/abilitatile de funcionare de rol, relatiile cu sine si cu altii, depresie/anzietate, comportament adictiv/impulsivitate si psihoza.

Instrumentul este foarte folosit atat pentru a evalua outcome-ul cat si in studiile despre calitatea servicilor si ingrijirile acordate de acestea. El este usor de utilizat si prezinta o buna senzitivitate la schimbare. Versiunea revizuita s-a bazat pe feed-back-ul pe care autorii l-au obtinut de la 75 de cercetatori, administratori, clinicieni si pacienti si a condus la refrazarea intemii in asa fel incat sa poata fi mai usor de inteles de subiecti cu nivele scazute de educatie, la inlocuirea celor care nu corelau bine cu domeniul sub care erau asezati si lungimea instrumentului a fost revizuita. Astfel, pentru versiunea revizuita, BASICS-32-R au ramas 36 itemi care sunt la intelesul unui individu cu 5 clase primare si care sunt scorati pe o scala de severitate/frecventa cu 5 puncte: 0 = niciodata, 1 = rareori, 2 = uneori, 3 = adesea, 4 = totdeauna. Scorul fiecarui domeniu se face prin adunarea valorii fiecarui item si impartirea la numarul de itemi ai domeniului.

Studiul de revizuire a instrumentului a cuprins 27 de institutii medicale din SUA care au licenta de a folosi acest instrument in practica curenta de evaluare a calitatii serviciilor si a evaluat un numar de 2656 pacienti interneti si 3222 pacienti ambulatori. Pe baza unei metodologii sofisticate, autorii au facut ultimele ajustari si au dat forma finala a instrumentului. Niv si colab. (2007) fac un studiu despre cum acest instrument reuseste sa detecteze psihoza si pe baze analizei raportului dintre senzitivitate si specificitate contureaza scorurile prag dincolo de care un caz de psihoza pot fi considerat prezent: scorul de 0,5 si mai mare indica prezenta unei psihoze moderate iar scorul de 1,0 si mai mult indica o psihoza severa ceea ce subliniaza capacitatea acestei scale de a fi si un instrumente de screening.

Scara ca atare si modul de scorare sunt prezentate in Anexa Nr. 14. Scala permite obtinerea a doua scoruri generale, unul pentru psihopatologie generala (adunand 32 itemi apartinand depresiei, anxietatii, psihozei, etc) si unul pentru bunastarea generala (adunand 18 itemi apartinand auto-controlului, vitalitatii, sanatatii generale, etc.) si scoruri individuale pentru urmatoarele dimensiuni: depresie/anxietate, activitate zilnica si functionare de rol, relatiei cu sine/altii, comportament impulsiv/addictiv si psihoza.

Acest instrument este util pentru evaluarea dinamica a progreselor unui bolnav psihotic, mai ales atunci cand el este monitorizat printr-un program de "*case management*", terapie comunitara asertiva sau alte programe care presupun mentinerea pacientului in familie si nu institutionalizarea lui.

10.4.12. SCALA DE EVALUARE A PROGRESELOR PACIENTULUI (*Routine Assessment of Patient Progress – RAPP)*

Este de acum o constatare comuna ca culegerea standardizata a informatiilor psihopatologice efectuata de clinicieni nu este suficienta pentru evaluarea longitudinala a progreselor facute de un pacient psihotic si a calitatii tratamentului/ingirijirilor la care este supus. Interviurile cross-sectionale sau scalele aplicate in anume punct a contactului pacientului psihotic cu terapeutul sau nu ofera decat o imagine statica si uneori incompleta. Aceasta situatie poate fi corectata prin integrarea datelor obtinute prin mai multe metede de culeger a lor (observare, auto-raportare, interviu direct), printr-o abordare multidisciplinara a evaluarii, respectiv prin antrenarea mai multor categorii de profesionisti in procesul evaluarii, si prin inglobarea evaluarii functionarii pacientului printre domeniile explorate.

Scala de evaluare a progreselor pacientului, RAPP, este un instrument standardizat care permite surorilor sa incorporeze datele obtinute prin intervievare si prin observare intr-o evaluare comprehensiva a pacientilor psihotici internati intr-un serviciu clinic. Scala a fost dezvoltata de Ehmann si colab. (1995) cu scopul de a oferi echipei terapeutice si de ingrijire o documentare confidenta a rezultatelor tratamentului, a formularii planului de tratament si o monitorizare longitudinala asupra constelatiei psihopatologice a pacientului.

In conceptia autorilor aceasta scala intruneste criteriile care trebuie sa le indeplineasca un instrument de evaluare de calitate: i) confidenta intercotatori, ii) consistenta interna, iii) validitate converegenta, iv) validitate discriminativa, v) sensitivitate la schimbare care sa discrimineze modificarile in stare pacientului, vi) itemi clar definiti, vii) transformarea datelor calitative in date cantitative, viii) usor de utilizat/administrat, ix) promovarea unei bune comunicari in cadrul echipei sau transferul datelor catre altii, x) integrarea datelor din surse colaterale, xi) integrarea ei in interviul clinic.

Scala RAPP cuprinde 21 itemi scorabili care au o descriere comprehensiva care sa permite transferul informatiilor narative, calitative intr-o expresie cantitativa, respectiv evaluarea lor pe o scala de severitate in patru puncte (0= absent, 1=usor, 2=moderat,3=sever).

Itemii scalei sunt impartiti in trei domenii de explorat (vezi Anexa Nr. 15):

- primii 5 itemi (itemii 1-5) sunt dedicati subscalei nevoilor bazale (dieta, somn, eliminare, siguranta, deplasare);
- urmatorii 8 itemi (itemii 6-13) apartin subscalei de psihoptologie (anxietate, dispozitie, activitate, delir, halucinatii, tulburari de gandire/discurs, ostilitate, cognitie/memorie);
- itemii 14-21 (8 itemi) apartin subscalei abilitatilor de functionare in viata de zi cu zi (igiena, cooperare, socializare, administrarea bugetului propriu, activitate sexuala, timp liber, rezolvarea problemelor, solicitarea ajutorului surorii);

Scala furnizeaza un scor pentru fiecare din aceste trei subscale si un scor general prin adunarea scorului subscalei de psihopatologie cu cea de functionare zilnica.

Scala RAPP se competeaza luand in considerare diferite surse de informare, cea mai importanta fiind observarea pacientului, interactiunea cu el, chestionarea tintita pentru unele aspecte, informatii din diverse documente sau din relatarile altora. Informatiile din surse indirecte trebuie sa fie cantarite cu grija pentru a discerne intre cele demne de incredere si cele anecdotice. Perioada de timp la care se refera scala este “ultima saptamana”.

Scala aplicata la 71 subiecti comparativ cuscala PANSS, CGI, GAF si NOSIE-30 a oferit autorilor ei posibilitatea sa verifice validitatea scalei RAPP care a dat scoruri foarte bune. Cat priveste confidenta intercotatori, indicele “kappa” intercotatori este este foarte bun pentru subscala de psihopatologie (8,80 $\pm$ 4,18) si doar bun pentru subscala de functionare (6,32 $\pm$ 4,51). Aplicata in diferite momente in timp, precum la internare si la externarea pacientului, fiecare din subscalele componente a aratat aceiasi senzitivitate la schimbare si au capturat bine progresele pacientului de-a lungul tratamentului si a recuperarii. Toate aceastea face ca scala sa fie adecvata pentru masurarea deznodamantului terapiei, a recuperarii si recaderii.

Charles si colab. (2003) au intreprins un studiul de validare a scalei RAPP la 100 pacientii psihotici care au fost evaluati in ziua 3 si a 19 de spitalizare. Autorii au gasit scala coreleaza bine cu scorurile PANSS si cu CGI, captureaza bine schimbarile in starea psihoticului sub tratament si concordanta intre cotatori a fost foarte mare.

10.4.13. INVENTARUL DE REMITERE A PSIHOZEI *(Psychosis Recovery Inventory – PRI)*

Remiterea psihozei este o alta problema destul de vag conturata, atat pentru clinicieni, cat si pentru cercetatori. In mod curent se considera ca scaderea severitarii simptomelor si/sau disparitia simptomelor pozitive, precum delirurile si halucinatiile, ar fi suficiente pentru a considera ca episodul acut s-a remis. Pe de alta parte, simptomele nucleare ale schizofreniei nu se remit in masura in care cele pozitive o fac. Disparitila simptomelor pozitive face ca functionarea subiectului sa devine mai coerenta si adecvata dar dispatitia lor decoperteaza simptomele negative precum reducerea motivatiei, a suportului energetic, vitalitatii, interactiunii cu altii si a intereselor concrete. In unele cazuri exista o recuperare fragmentara, unele simptome sau probleme de functionare s-au remis, altele sunt inca “calde”, sau exista o “coada” a bolii, cand remiterea este lent progresiva. Se poate asista si

la remiterea "cu defect" cand persista inca fragmente de simptome pozitive sau cand simptomele negative interfera cu functionarea subiectului intr-o masura sesmnificativa. Pentru multi autori insa, remiterea psihozei este legata de reaparitia "*insight-ului*", a criticii retrospective a simptomelor traite si a aparitiei "*compliantei*", respectiv aderenta si confortul cu modelul medical al bolii, in special cu diagnosticul si tratamentul aplicat (McEvoy si colab. 1989).

Indiferent cu ar fi, atat expresivitatea schizofreniei, cat si a recuperarii, depind de felul cum subiectul traieste si exprima suferinta psihologica care, la randul ei, este mediata de factorii culturali si sociali. In functie de acesti factori, subiectul va avea mai mult sau mai putine plangeri, va fi mai mult sau mai putin de acord cu diagnosticul si tratamentul, va fi mai mult sau mai putin colaborativ in toate ipostazele ingrijirii.

Inventarul de remitere a psihozei este un instrument dezvoltat de Chen si colab. (2005) cu scopul de a oferi clinicienilor o privire longitudinala si muti-dimensionala asupra insight-ului si compliantei pacientului si, astfel, de a captura in mod judicios momentul adevarat al recuperarii subiectului din procesul psihotic. Pentru acesti autori expresia recuperarii este data de interactiunea dintre cunostintele subiectului privind boala sa, credintele proprii despre boala si sanatate, comportamentul de cautare a ajutorului, experienta din timpul tratamentului si relatiile cu furnizorii ingrijirilor de sanatate. In conceptia acestor autori, acest instrument este superior altor metode de evaluare care sunt doar cross-sectionale, "fotografiaza" imagine subiectului doar intr-o singura dimensiune.

Inventarul PRI contine 25 itemi, fiecare item evaluat pe o scala Likert cu 6 puncte, de la 1=puternic dezacord, la 6=puternic acord. Itemii sunt formulati astfel ca sa surprinda trei feluri de atitudini; atitudinea fata de boala sa (de ex. experientele subiectului privind boala sa sau atributiile privind cauza bolii sale), atitudinile fata de tratament (de ex.modelul tratamentul si efectele secundare, increderea in eficacitatea tratamentului) si perceptia recuperatii si recaderii. Fiecare item este o afirmatie fata de care subiectul se pozitioneaza. Prin analiza factoriala scala reflecta o structura cu cu mai multi factori. Astfel domeniul "atitudine fata de boala" cuprinde trei factori: efortul de a intelege (itemii A3, A4, A5), constiinta bolii (itemii A1 si A7), non-complianta (itemii A2 si A6), iar domeniul "atitudinea fata de tratament" cuprinde cinci factori: disfunctie cognitiva (itemii B3, B7, B8 si B12), aderenta pozitiva (B6, B9 si B10), atitudine negativa (B11 si B13), comportamentul compliant (itemii B1 si B4) si atributiile alternative (itemii B2 si B5) iar domeniul atitudine fata de recuperare si recadere cuprinde doi factori: ingrijorarea fata de recadere/recuparare (itemii C2, C3, C4) si controlul asupra recaderii/recupararii (Intemii C1 si C5). Instrumentul este prezenta in Anexa Nr. 16.

Instrumentul prezinta o buna consistenta interna si validitate converganta la fal ca si o buna confidenta test-retest ceea ce-l recomanda pentru includerea lui in practica clinica. Autorii il recomanda in special pentru evaluarea recupararii in programele "primul episod de psihoza" sau la subiectii aflati la primele internari sau recaderi, el fiind mult mai putin adecvat pentru evaluarea recupararii in cazurile cu evolutie indelungata.

10.4.14. SCALA DE EVALUARE A SIMPTOMELOR PSIHOTICE (*The Psychotic Symptom Rating Scale - PSYRATS)*

Aceasta scala a fost dezvoltata de Haddock si colab. (1999) care au pornit de la constatarea ca instrumentele de masura existente sunt construite doar pentru a identifica prezenta simptomelor psihotice sau pentru evaluarea severitatii lor, or simptomele psihotice, respectiv delirul si halucinatiile, sunt simptome care prin natura lor sunt miltidimensionale si necesita o abordatre speciala. Astfel, acesti autori si-au propus construirea unui

instrument de masura care sa permita sa monitorizeze variatia in timp a fiecarui simptom si cum ele co-variaza in functie de tratament.

Scala PSYRATS consta in doua subscale destinate de a evalua halucinatiile auditive si delirurile (vezi Anexa nr. 17). Subscala pentru halucinatii auditive are 11 itemi care evalueaza frecventa, durata, severitatea si intensitatea distressului precum si altre dimensiuni precum controlabilitatea, volumul sonor, locatia, continutul negativ si credinta despre originea acestor halucinatii. Fiecare intrebarea este scorata pe o cala cu cinci ancore.

Subscala deliruri are in componenta doar 6 itemi care au fost culesi din literatura privind fenomenologia delirurilor. Itemii includ preocuparea, distressul, durata, convingerea, intensitatea si disruptia. Si acesti itemi sunt evaluti cu ajutorul unei scale Likert cu cinci puncte.

Studiul originar de validitate si confidenta s-a facut pe 71 pacienti care au fost evaluati atat cu scala PSYRATS, cat si cu scala Psychiatric Assessment Scale Krawiecka (KGV). Analiza statistica a rezultatelor a aratat o foarte buna confidenta intercotatori si, la fel, o foarte buna validitate convergenta. Valorile medii obtinute pe lotul studiat (n=71) au fost: 28 pentru subscala halucinatii si 15 pentru subscala deliruri. Ulterior, Drake si colab. (2007) reiau studiul de validitate si confidenta a scalei pentru 257 subiecti cu prim episoad de schizofrenie, in felul acesta dorindu-se sa se vada daca scala este utilizabile si la pacientii acuti, nu numai cronici. S-a demonstrat ca scala are o buna statilitate intre cotatori si intracotatori, validitatea a fost buna prin testarea consistentei interne, a senzitivitatii la schimbare si in administrare comparativa cu scala PANSS. Steel si colab. (2007) fac si ei un studiu al proprietatilor psihometrice ale scalei PSYRATS pe un lot largit de 276 de pacienti psihotici. Ei au comparat aceasta scala cu rezultatele altor scale consacrate, precum PANSS si SAPS. In final, autorii au constatat ca scorurile totale si distributia pe itemi coreleaza foarte bine cu celelalte masuratori (validitatea convergenta) si ca principala calitate a scalei PSYRATS este puterea masurari distressului specific dat de simptome, distress careeste in buna parte tinta tratamentului medicamentos.

Recent, Woodward si colab. (2014) intreprind un studiu laborios, multi-centru, privind valoarea aceastei scale pentru evaluarea multidimensionala a simptomelor psihotice, studiu care a cuprins 12 centre din 7 tari si un lot de 711 pacienti cu haluicinatii si 520 pacienti cu deliruri. Studiul a avut ca scop sa examineze abilitatea scalei de a identifica multidimensionalitatea halucinatiilor si delirurilor si a folosit metoda modelarii ecuatiilor structurale. Studiul a confirmat patru dimensiuni pentru halucinatii: i) distress (continut negativ, distress si control), ii) frecventa (frecventa, durata si disruptie), iii) atributie (localizarea si originea vocilor) si iv) intensitate sonora. In cazul subscalei deliruri, studiul a identificat doua dimensiuni: i) distress (cantitate si intensitate) si ii) frecventa (preocupare, convingere si disruptie). In plus, studiul a aratat o foarte buna corelatie intre itemii subscalelor, ceea ce spune multe lucruri bune despre validitatea de continut a scalei.

Scala este utila in clinica pentru a urmari evalutia simptomelor psihotice sub tratament, pentru a evalua severitatea simptomelor la internare sau la intrarea intr-un program de tratament si variatia dimensiunilor simptomelor psihotice sub acest program si pentru a determina gradul distressului pe care aceste simptome il dau pacientului.

10.4.15. EVALUAREA CLINICIANULUI A DIMENSIUNILOR SEVERITATII SIMPTOMELOR DE PSIHOZA (*Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity - C-RDPSS)*

In aceeasi linie dezvolta si DSM-5 un instrument de masura a simptomelor psihotice. Hecker si colab. (2013), comentand modificarile pe care le-a adus DSM-5 in clasificarea psiohozelor, in special introducerea conceptului de "tulburarea de spectru a schizofreniei", arata cum abordarea categoriala a schizofreniei si a altor psihoze a contribuit la stagnarea in domeniu si la utilizarea instrumentelor de masura pe o singura dimensiune. DSM-5 incearca sa prinda intregul evantai dimensional al psihozelor vorbind despre nivelul, numarul si durata simptomelor care le caracterizeaza. Astfel, aceasta moderna abordare nosologica vorbeste de cinci domenii ale tulburarii de spectru a schizofreniei: halucinatii, deliruri, dezorganizarea gandirii/vorbirii, dezorganizarea sau comportament motor anormal si simptome negative si de opt dimensiuni ale psihozei, care sunt cele cinci domenii care definesc tulburarea de spectru a schizofreniei, la care se mai adauga cognitia, depresia si mania. Fiecare dimensiune ar trebui ebvaluata pe o plaja cu cinci trepte de frecventa si severitate.

Vorbind despre logica si justificarea evaluarii dimensionale a simptomelor psihozei propusa de DSM-5, Barch si colab. (2013) comenteaza cat de dificil a fost pentru cliniciani sa monitorizeze simptomele si evolutia sub tratament a tulburarilor psihotice in conditiile heterogenitatii simptomatologice si a variatiei interindividuale a acestora. Mai mult, autori afirma ca comorbiditatea care se gaseste la pacientii cu psihoza, precum depresie sau manie, nu reflecta altceva decat variatia genetica si neurobiologica a acestei entitati si nu tulburari clinice distincte. Astfel, psihoza este o tulburare multidimensionala care necasita o abordare intocmai atunci cand se vrea masurata.

Toate aceste considerente s-au materializat intr-un instrument de masura "emergent", oferit de DSM-5 si care se numeste "Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity". Acest instrument este compus din 8 itemi, care reprezinta tot atatea dimensiuni ale psihozei, care sunt evaluati in ceea ce priveste severitatea lor. Severitatea acestor dimensiuni, care pot fi considerate simptomele cardinale ale psihozelor, predicteaza gradul de afectare neurobiologica si/sau cogntiva a subiectului (vezi Anexa nr. 18). Masurand severitatea acestor dimensiuni, noi putem evalua variatia severitatii simptomelor care are o importanta covarsitoare in planificarea tratamentului, in formularea prognosticului si a outcome-ului.

Severitatea fiecarei dimensiuni se completeaza de catre clinician dupa interviul clasic cu pacientul, pe baza rationamentului sau clinic, si se refera la felul cum s-a simtit pacientul in ultima saptamana. Fiecare item este evaluat pe o scala Likert cu cinci puncte si scala prezede o definitie pentru fiecare treapta de severitate. Scala se poate administra la intervale regulate de timp si scorurile pot fi comparate pentru a se vedea evolutia lor in conditiile unui pragram de tratament.

Instrumentele prezentate aici pot reprezinta impreuna un fel de "carte de bucate” din care practicianul va alege ce i se pare mai bun si isi va constitui propria lui cutia cu instrumente pe care o va lua cu el in activitatea clinica/stiintifica.

Nu trebuie uitat ca orice instrument, oricat de bun si faimos ar fi, poate conduce la o evaluare corecta a pacientului doar in masura in care cel care il administreaza are grija ca in prealabil sa faca o “alianta terapeutica” cu pacientul, lucru care va creste confidenta in masurare, daca va alege cu grija momentul masurarii, dinamica

temporala a masurarii si modul de administrare a lui, astfel incat evaluarea sa capete o fata prietenoasa iar pacientul sa colaboreze adecvat. Cresterea spiritului colaborativ al pacientul in evaluare se poate face prin promisiunea prezentarii rezultatulor testelor si discutarea lor, atunci cand aceasta este potrivita din punct de vedere terapeutic.

Rezultatele evaluarii trebuie sa fie integrate impreuna cu rezultatele altor metode clinice sau cu informatii din alte surse, astfel incat ele sa aiba relevanta pentru procesul de diagnostic si decizia terapeutica.

Nu trebuie neglijate nici aspectele etice ale evaluarii, subiectul poate avea liberetatatea de a refuza evaluarea, are dreptul de a cunoaste rezultatele, si acestea trebuie sa fie tinute confidential si transferate altora doar in masura in care subiectul este de acord.

In final, recomandarea evaluarii standardizate face parte din uniformizarea si internationalizarea limbajului medical, din conceptul de medicina bazata pe dovezi si din cresterea responsabilitatii actului medical ca demers validat social si legal.

Cred ca cititorul va aprecia efortul si generozitatea colegiala care m-a condus la scrierea acestui capitol deficil.

Bibliografie:

Allardyce J, Gaebel, W, Zielasek J, van Os J (2007): Deconstructing Psychosis Conference February 2006: The Validity of Schizophrenia and Alternative Approaches to the Classification of Psychosis, Schizophrenia Bulletin, 33: 863-867.

Allardyce J, Suppes T, Van Os J (2007): Dimensions and the psychosis phenotype, International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16(S1): S34–S40.

Andreasen N (1982): Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. Archives of General Psychiatry, 39: 784-788.

Andreasen N (1983): Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS).Univeristy of Iowa.

Andreasen N (1984): Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS).University of Iowa.

Andreasen N, Grove VM (1986): Evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia, Psychiatry and Psychobiology,1: 108-121.

Andreasen NC (1989): The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Conceptual and theoretical foundation, British Journal of Psychiatry, Suppl. 7: 49-58.

Andreasen NC, Carpenter WT Jr (1993): Diagnosis and classification of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 19:199–214.

Andreasen NC (1999): A unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phrene" as schizencephaly. Archives of General Psychiatry, 56: 781–787.

Andreasen NC (2000): Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) and Scale for the Assessment of negative Symptoms (SAPS), in Rush AJ et al (Eds.): Handbook of Psychiatric Measures, American Psychiatric Association Press.

Arndt S, Andreasen NC, Flaum M et al (1995): A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia, Archives of general psychiatry, 52:352-360.

Arciniegas DB (2015); Psychosis, Continuum (Mineap.Minn): 21(3): 715-736.

Asberg M, Montgomery SA, Perris C et al (1978): A Comprehensive Psychopathological Rating Scale, Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl.271: 5-9.

Bech P (1993): Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life, Berlin: Springer-Verlag.

Beer MD (1995): Psychosis: From mental disorder to disease concept, History of Psychiatry, 6: 177-200.

Beer MD (1996): Psychosis: History of the concept, Comprehensive Psychiatry, 37: 273-291.

Bell V, Halligan PW, Ellis HD (2006): The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): A New Validated Measure of Anomalous Perceptual Experience, Schizophrenia Bulletin, 32: 366-377.

Bell M, Milstein R, beam-Goulet J et al (1992): The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale: reliability, comparability and predictive validity, Journal of Nervous and Mental Disease, 180:723-728.

Bentall RP, Kaney S (1996): Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: a test of a cognitive model of paranoia, Psychogical Medicine, 26:1231-1237.

Berrios GE (1987): Historical aspects of psychoses: 19th century issues, British Medical Bulletin, 43:484-498.

Bleuler E, (1911): Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenieen [Dementia praecox or group of schizophrenias]. In G. Asschaffenburg (Ed.), Handbuch der Psychiatrie (Spezieller Teil, 4. Abteilung) [Handbook of psychiatry (Special part, section 4)]. Leipzig: Deuticke.

Boks MPM, Leask S, Vermunt JK, Kahn RS (2007): The structure of psychosis revisited: The role of mood symptoms, Schizophrenia Research, 93: 178–185.

Brenner K, Schmitz N, Pawliuk N et al (2007): Validation of the English and French versions of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE) with a Montreal community sample, Schizophrenia Research, 95: 86–95.

Burgy M (2008): The concept of psychosis: Historical and phenomenological aspects, Schizophrenia Bulletine, 34:1200-1210

Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML (1976): Scales for physical and social anhedonia. Journal of Abnormal Psychology, 85: 374-382.

Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML (1978): Body-image aberration in schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 87: 399-407.

Chapman LJ, Chapman JP, Miller EN (1982): Reliability and intercorrelations of eight measures of proneness to psychosis, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50:187-195.

Chapman LJ, Chapman JP, Kwapil TR, Eckblad M, Zinser MC (1994): Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. Journal of Abnormal Psychology, 103:171-183.

Charles H, John T, Chandy S et al (2003): Validation of the Routine Assessment of Patient Progress (RAPP) in patients with psychosis in South India, International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12:157-164.

Chen EYH, Tam DKP, Wong WS et al (2005): Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory, Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 39:493-499.

Chmielewski PM, Fernandes LO, Yee CM, Miller GA (1995): Ethnicity and gender in scales of psychosis proneness and mood disorders. Journal of Abnormal Psychology, 104(3): 464-470.

Crow TJ (1980): Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? British Mededical Journal, 280:66-68.

Crow TJ (1998): From Kraepelin to Kretschmer leavened by Schneider: the transition from categories of psychosis to dimensions of variation intrinsic to Homo sapiens. Archives of General Psychiatry, 55:502-504.

Cuesta MJ, Perlata V (1995): Are positive and negative symptoms relevant to cross-sectional diagnosis of schizophrenic and schizoaffective patients? Comprehensive Psychiatry, 36: 353-361.

Dencker SJ, Frankenberg J, Hansen V, Malt U (1980): Clopenthixol and flupenthixol depot preparations in outpatient schizophrenics: II: Factor analysis of the CPRS subscale for schizophrenia, Acta Psychiatrica Scandinavica, 61 (suppl 279):29-40.

Drake R, Haddock G, Tarrier N et la (2007); The Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS): Their usefulness and proprieties in first episode psychosis, Schizophrenia Research, 89: 119-122.

Eaton WW, Romanoski A, Anthony JC, Nestadt G (1991): Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. Journal on Nervous and Mental Disease, 179: 689–93.

Eckblad ML, Chapman LJ (1983): Magical ideation as an indicator of schizotypy.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51:215-225.

Ehmann TS, Higgs E, Smith GN et al (1995): Routine Assessment of Patient Progress: A Multiformat, Change-Sensitive Nurses' Instrument for Assessing Psychotic Inpatients, Comprehensive Psychiatry, 36:289-295.

Eisen SV, Dill DL, Grob MC (1994): Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. Hospital and Community Psychiatry, 45:242–247.

Eisen SV, Normand SL, Belanger AJ, Spiro A, Esch D (2004): The revised Behavior and Symptom Identification Scale (BASISR-R): reliability and validity. Medical Care 42 (12): 1230–1241.

Eysenck HJ, Eysenck SBG (1976): Psychoticism as a Dimension of Personality. London: Hodder and Stoughton.

Fields JK, Kay SR, Grosz D et al (1994): Assessing positive and negative symptoms in children and adolescents, Americal journal of psychiatry, 151:51-58.

Freeman D, Dunn G, Gartey PA et al (2005): The psychology of persecutory ideation. I. A questionnaire survey, Journal of Nervous and Mental Diseases, 193:302-308.

Fulford KWM (1989): Moral Theory and medical Practice, Cambridge: Cambridge University Press

Goldman-Rakic PS (1995): More clues on ''latent'' schizophrenia point to developmental origins. American Journal of Psychiatry, 52:1701–1703.

Gurr RE, Mozley PD, Resnick SM et al (1991): relations among clinical scales in schizophrenia, American Journal of Psychiatry, 148:472-478.

Heckers S, Barch DM, Bustillo J et al (2013): Structure of psychotic disorders classification in DSM-5, Schizophrenia Research, 150(1): 11-14.

Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB (1999): Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). Psychol Med, 29: 879–889.

Hedlung JL, Vieweg BW (1980): The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): a comprehensive review, Journal of Operational Psychiatry, 11:48-65.

Heinimaa M (2000): On the grammar of “Psychosis”, Medicine, Health Care and Philosophy, 3:39-46.

Heinimaa M (2002): Incomprehensibility: The role of the concept in DSM-IV definition of schizophrenic delusions, Medicine, Health Care and Philosophy, 5:291-295.

Heinimaa M (2008): The Grammar of Psychosis, Turku: Annales Universitatis Turkuensis, T.823.

Horan VP, Reise SP, Subotnik KL et al (2008): The validity of Psychosis Proneness Scales as vulnerability indicators in recent-onset schizophrenia patients. Schizophrenia Research, 100: 224-236.

Huber G. & Gross G. (1989): The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. Recenti Progressi in Medicina, 80: 646-652.

Huber G (2002): The psychopathology of K. Jaspers and K. Schneider as a fundamental method for psychiatry. World Journal of Biological Psychiatry 3:50–57.

Iancu I, Poreh A, Lehman B et al (2005): The Positive and Negative Symptoms Questionnaire: a self-report scale in schizophrenia, Comprehensive Psychiatry, 46:61-66

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987): The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia, Schizophrenia Bulletine, 13:261-276.

Kay SR, Sevy S (1990): Pyramidical model of schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, 16:537-545.

Kay SR, Opler LA, Fiszbein A (2000): Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), in AJ Rush et al (Eds.): Handbook of Psychiatric Measures, Washington DC: American Psychiatric Association Press.

Kendell R, Jablensky A (2003): Distinguishing Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses, American Journal of Psychiatry, 160:4-12.

Kendler KS, Karkowski LM, Walsh D (1998): The structure of psychosis: latent class analysis of probands from the Roscommon Family Study. Archives of General Psychiatry, 55:492-499.

Khater MA, Aljamal RM, Amr MA (2006): Schneiderian First Rank Symptoms in Schizophrenic versus Non-Schizophrenic Psychosis, Egiptean Journal of Psychiatry, 25:33-40.

Knorring L von, Strandman E (1978): A comparison between "Cronholm-Ottoson Depression Rating Scale" and variables concerned with depressive psychopathology in the CPRS, Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl.271:45-51.

Kraepelin E (1904): Lectures on clinical psychiatry (Th. Johnstone, Trans., Ed.). New York: Hafner. (Original work published in 1904)

Kwapil TR, Chapman LJ, Chapman J (1999): Validity and usefulness of the Wisconsin Manual for Assessing Psychotic-like Experiences, Schizophrenia Bulletin, 25:363-375.

Kwapil TR, Crump RA, Pickup DR (2002): Assessment of psychosis proneness in African-American college students, Journal of Clinical psychology, 58(12):1601-1614.

Kwapil TR, Barrentes-Vidal N, Silva PJ (2008): The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: factor identification and construct validity, Schizophrenia Bulletin, 34: 444-457.

Jacobsson L, Knorring L von, Mattsson B et al (1978): The Comprehensive Psychopathological Rating Scale - CPRS - in patients with schizophrenic syndromes, Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.271:39-44.

Lenzenweger MF (1994): Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update, Schizophrenia Bulletin, 20: 121-135.

Levine SZ, Rabinowitz J, Engel R et al (2008): Extrapolation between measures of symptom severity and change: An examination of the PANSS and CGI, Schizophrenia Research, 98: 318-322.

Loewy RL, Bearden CE, Johnson JK et al (2005): The prodromal questionnaire (PQ): Preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes, Schizophrenia Research, 77:141-149.

Martinsen EW, Friis S, Hoffart A (1989): A factor analytical study of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale among patients with anxiety and depressive disorders, Acta Psychiatrica Scandinavica, 80:492-498.

McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS et al (1989): Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology, Journal of Nervous and Mental Disease, 177:43-47.

McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C et al (1996): EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bulletin, 22(2):305-326.

Meehl PE (1962): Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. American Psychologist, 17:
827-838.

Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW et al (1999): Symptoms assessment in schizophrenic prodromal states. Psychiatric Quarterly, 70:273-287.

Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL et al (2002): Prospective Diagnosis of the Initial Prodrome for Schizophrenia Based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes:
Preliminary Evidence of Interrater Reliability and Predictive Validity, Americal Journal of Psychiatry, 159:863–865

Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL et al (2003): Prodromal Assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability, Schizophrenia Bulletin, 29:703-715.

Montgomery S, Asberg M, Jornested L et al (1978): Reliability of the CPRS between the disciplines of psychiatry, general practice, nursing and psychology in depressed patients, Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.271:29-32.

National Institute of Mental Health (1978): Handbook of Psychiatric Rating Scales, 2nd ed. NIMH, Rockville, Maryland.

Nelson B, Yung AR, Bechdolf A, McGorry PD (2008): The Phenomenological Critique and Self-disturbance: Implications for Ultra-High Risk (‘‘Prodrome’’) Research, Schizophrenia Bulletin 34: 381–392.

Nicholson IR, Chapman JE, Neufeld RWJ (1995): Variability in BPRS of positive and negative symptoms, Schizophrenia Research, 17:177-185.

Niv N, Cohen AN, Mintz J ey al (2007): The validity of using patient self-report to assess psychotic symptoms in schizophrenia, Schizophrenia Research, 90: 245–250.

Norman RM, Malla AK, Cortese L, Diaz F (1996): A study of the interrelationship between and comparative interrater reliability of the SAPS, SANS, and PANSS, Schizophrenia Research, 19:73-85.

Nys TRV, Nys MG (2006): Psychiatry under pressure: Reflections on psychiatry's drift towards a reductionist biomedical conception of mental illness, Medicine, Health Care and Philosophy, 9:107–115.

O'Connor K (2009): Cognitive and meta-cognitive dimensions of psychosis, The Canadian Journal of Psychiatry, 54:152-159.

Opler LA, Kay SR, Lindenmayer JP et al (1992) : Structured Clinical Interview for the Positive and negative Syndrome Scale (SCI-PANSS), Toronto, Multi-Health Systems.

Overall JE, Gorham DR (1988): Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling, Psychopharmacological Bulletin, 24: 97-99.

Overall JE, Gorham DR (2005): Brief Psychiatric Rating Scale, in AJ Rush et al (Eds.): Handbook of Psychiatric Measures, Washington DC: American Psychiatric Association Press

Overall JE, Pfefferbaum B (1982): The Brief Psychiatric Rating Scale for Children, Psychopharmacological Bulletin, 18:10-16.

Parnas J (1999): From predisposition to psychosis: Progression of symptoms in schizophrenia, Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.395:20-29.

Parnas J, Handest P, Lennart J, Saebye D (2005): Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. Psychopathology 38:259–267.

Parnas J, Moller P, Kircher T, et al. (2005): EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. Psychopathology 38: 236–258.

Peralta V, Cuesta MJ (1999): Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders, British Journal of Psychiatry, 174: 243-247.

Peters ER, Joseph SA, Garety PA (1999): Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). Schizophrenia Bulletin 25: 553-576.

Peters ER, Joseph S, Day S, Garety Ph (2004): Measuring delusional ideation: The 21-item Peters et al. Delusional Inventory (PDI), Schizophrenia Bulletin, 30:1005-1022.

Philip A (1979): Prediction of successful rehabilitation by nurse rating scale, British Journal of Psychiatry, 34:422-426.

Rado S (1960): Theory and therapy: The theory of schizotypal organization and its application to the treatment of decompensated schizotypal behavior. In S. C. Scher & H. R. Davis (Eds.), The Outpatient Treatment of Schizophrenia. New York: Grune & Stratton.

Rust J (1988): The Rust Inventory of Schizotypal Cognition (RISC). Schizophrenia bulletin, 14:317-322.

Sajatovic M, Ramirez LF (2006): Rating Scales in Mental Health, 2nd ed. Hudson: OH: Lexi-Comp.Inc.

Saraceno B, Saxena S (2007) Issues around work on the classification of mental and behavioural disorders in World Health Organization. Die Psychiatrie, 4:86–91.

Sayers SL, Curran PJ, Mueser KT (1996): Factor structure and construct validity of the Scale for the Assessment of negative Symptoms, Psychological Assessment, 8:269-280.

Schneider K (1959): Clinical Psychopathology. New York, NY: Grune & Stratton.

Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkotter J (2009): Early detection of psychosis – establishing a service for persons at risk, European Psychoatry, 24: 1-10.

Singh MM, Kay SR: Anticholinergic-neuroleptoc antagonism in terms of positive and negative symptoms of schizophrenia: implication for psychobiological subtyping, Psycholigical Medicine, 17:39-48.

Stanghellini G, Ballerini M (2007): Values in persons with schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, 33:131–141.

Steel C, Garety PA, Freeman D et al (2007): The multidimensional measurement of the positive symptoms of psychosis, International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16(2): 88-96.

Steuerwald BL, Balogh DW (1991): Identifying schizotypal conditions in a non-clinical sample using the Rust Inventory of Schizotypal Cognition (RISC), Unpublisher manuscript upon Lana L. Lennington's PhD Thesis: Psychometric Characteristics of Three Measures of SPD: Effect of gender, Ball State university, Muncie, Indiana, 1992.

Stompe T, Karakula H, Rudaleviciene P et al (2006): The pathoplastic effect of culture on psychotic symptoms of schizophrenia, World Cultural Psychiatry Research Review, Jul/Oct:157-163.

Strauss JS (1969): Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. Archives of General Psychiatry, 21:581– 586.

Stromgren E (1969): Uses and abuses of concepts in psychiatry, American Journal of Psychiatry, 126:777-788.

Tandon R, Carpenter Jr, WT (2016); Psychotic disorders in DSM-5: Clinical implication of revision from DSM-IV, Psychiatric Times, 33(10).

Tsuang MT, Stone WS, Faraone SV (2000): Toward Reformulating the Diagnosis of Schizophrenia, American Journal of Psychiatry, 157: 1041-1050.

Tsuang MT, Faraone SV (2002): Diagnostic concepts and the prevention of schizophrenia, Canadian Journal of Psychiatry, 47:515-517.

Van der Oord EJCG, Rujescu D, Robles JR et al (2006): Factor structure and external validity of the PANSS revisited, Schizophrenia Research, 82:213-223.

Van Kampen D (2005): Pathways to Schizophrenic Psychosis: A LISREL-Tested
Model of the Unfolding of the Schizophrenic Prodrome, Journal of Clinical Psychology, 61:909-938.

Van Kampen D (2006): The Schizotypic Syndrome Questionnaire (SSQ): Psychometrics, validation and norms, Schizophrenia Research, 84: 305-322.

Van Os J, Verdoux H, Maurice-Tison S, et al (1999): Self-reported psychosislike symptoms and the continuum of psychosis. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 34, 459–463.

Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A (2000): Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? Schizophrenia Research, 45: 11–20.

Venables PH, Wilkins S, Mitchell DA et al (1990): A scale for the measurement of schizotypy, Personality and Individual Differences, 11:481-495.

Weiser M, Reichenberg A, Rabinowitz J, et al (2001): Association between nonpsychotic psychiatric diagnoses in adolescent males and subsequent onset of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 58:959-964.

Welham J, Stedman T, Clair A (1999): Choosing negative symptom instruments: issues of representation and redundancy, Psychiatric Research, 87:47-56.

Wing JK, Cooper JE. Sartorius N (1974): The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. Cambridge University Press: London.

Woodward TS, Jung K, Hwang H et al (2014): Symptom dimensions of the Psychotic Symptom Rating Scale in Psychosis; A multisite study, Schizophrenia Bulletin, 40 (suppl.4): 265-274.

Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA et al (1996): Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. Schizophrenia Bulletin, 22(2):283-303.

Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD (1998): Prediction of psychosis. A step toward indicated prevention of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 172(Suppl): 14-20.

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 1

Scala scurta de evaluare in psihiatrie
(*Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS)*

1. PREOCUPARI SOMATICE:	
Interes crescut fata de sanatatea fizica. Evalueaza gradul in care sanatatea fizica este perceputa ca o problema pentru pacient, daca plangerile lui au o baza reala sau nu.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

2. ANXIETATE:	
Ingrijorare, teama sau interes crescut pentru prezent sau viitor. Evalueaza numai pe baza raportarii verbale a experientei subiective a pacientului. Nu deduce anxietatea din semne fizice sau mecanisme de defensa nevrotica.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

3 RETRAGERE AFECTIVA:	
Deficienta in relatie cu intervievatorul si cu contextul interviului. Manifestarile deschise ale acestei deficiente include contactul vizual prost sau absent, incapacitate de a se orienta corporal spre itervievator si o lipsa generala a implicarii sau angajarii in interviu. A se deosebi de APLATIZAREA AFECTIVA in care deficitele din expresia faciala, gesualitatea corporala si voce sunt cotate. Evalueaza pe baza observatiei din timpul interviului.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

4. DEZORGANIZARE CONCEPTUALA:	
Gradul incomprehensivitatii vorbirii. Include orice tip de tulburare formala a gandirii (de ex. pierderea asociatiilor, incoerenta, fuga de idei, neologisme). NU include presiunea sau circumstantialitatea vorbirii, chiar daca este marcata. NU evalua pe baza impresiei subiective a pacientului (de ex. “gandurile mele curg repede, nu pot sa tin un gand”, “gandurile mi se	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever

amesteca"). Evalueaza NUMAI pe baza observatiei din timpul interviului.	7 = foarte sever

5. VINOVATIE:	
Griji sau remuscari pentru comportamentul trecut. Evalueaza pe baza experientelor subiective ale pacientului evidentiate prin spusele lui**.** Nu deduce vinovatia din depresia, anxietatea sau defensele nevrotice ale subiectului.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

6. TENSIUNE:	
Manifestarile fizice si motorii ale tensiunii, nervozitatii sau activitatii. Coteaza nelinistea motorie (agitatia) observata in timpul interviului**.** NU evalua pe baza experientei subiective raportate de subiect. Nu ia in consideraie patogeneza suspectata (de ex. diskinezia tardiva).	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

7. MANIERISME SI POSTURI:	
Comportament motor anormal si nenatural. Evalueaza numai anormalitatile micarii. Nu cota simpla cretere a activitatii motorii. Ia in consideratie frecventa, durata si gradul bizareriilor. Nu tine seama de patogeneza suspectata.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

8. GRANDIOZITATE:	
Stima de sine crescuta sau valorizare crescuta a propriilor talente, puterii, abiliti si realizari, cunotinte, importanta sau identitate. Coteaza numai pe baza spuselor pacientului despre sine sau despre relatiile cu altii si nu pe baza comportamentului din timpul interviului.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

9. DISPOZITIA DEPRESIVA:	
Descurajare si tristete. Evalueaza numai gradul tristetii si nu lua in considerare lentoarea generala sau plangerile somatice	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

10. OSTILITATE:	
Animozitate, dispret, agresivitate, desconsiderare a altor oameni din afara situatiei interviului. Evalueaza numai pe baza raportului verbal al sentimentelor si actiunilor pacientului fata de altii. Nu deduce ostilitatea din defensele nevrotice, anxietate sau plangerile somatice.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

11. SUSPICIOZITATE:	
Credinta deliranta sau de altfel ca altii acum sau in trecut au avut intentii rele sau discriminatorii fata de pacient. Evalueaza pe baza raportarii verbale numai acele suspiciuni care sunt in mod curent active si privesc circumstante trecute sau prezente.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

12. COMPORTAMENT HALUCINATOR:	
Perceptii in oricare modalitate senzoriala in absenta unui stimul extern identificabil. Evalueaza numai acele experiente care s-au petrecut in timpul ultimei saptamni si care sunt descrise diferit comparativ cu oamenii obisnuiti.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

13. LENTOARE MOTORIE:	
Reducerea nivelului energiei evidentiata in lentoarea miscarilor. Evalueaza numai pe baza observarii comportamentului pacientului si nu pe baza impresiei subiective a pacientului asupra nivelului energiei lui.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever

	6 = sever 7 = foarte sever

14. NECOOPERARE:	
Evidenta rezistentei, comportamentului neprietenos, a resentimentului si lipsei de cooperare cu intervievatorul. Evalueaza numai pe baza atitudinii pacientului si raspunsurilor la intervievator si a situatiei din timpul interviului. Nu cota pe baza resentimentului raportat sau necooperarii din afara situatiei de interviu.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

15. GANDURI NEOBISNUITE:	
Continut bizar, neobisnuit, straniu, ciudat al gandurilor. Evalueaza pe baza baza gradului de ciudatenie si nu pe baza gradului de dezorganizarea proceselor gandirii	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

16. TOCIRE AFECTIVA:	
Reducerea tonului emotional, aparenta lipsa de implicare si raspuns emotional.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

17. EXCITATIE:	
Cresterea tonului emotional, agitatie si cresterea reactivitatii	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

18. DEZORIENTARE:	
Confuzie sau incapacitate de raportare la persoana, loc si timp	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 2

Inventarul Peters de masurare a delirurilor -21

(Peters Delusions Inventory – PDI-21)

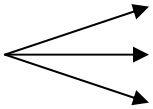
Acest chestionar este destinat sa masoare credintele si experientele mentale vii. Te rog sa raspunzi cat se poate de sincer. Nu exista raspunsuri bune sau rele asa ca incercuieste raspunsul care ti se portiveste.
Te rog sa nu mentionezi aici experientele pe care le-ai avut sub influenta drourilor sau alcoolului.

ESTE IMPORTANT SA RASPUNZI LA TOATE INTREBARILE
La intrebarile la care ai raspuns DA ne intereseaza sa bifezi si:

- cat de suparator a fost pentru tine sa traiesti aceasta experienta
- cat de des ai gandit in acest fel
- cat de adevarat crezi ca a fost aceasta

1. Ai simtit ca si cum oamenii iti fac aluzii sau iti dau mesaje cu doua intelesuri?

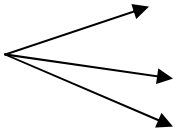
NU **DA**
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

2. Ai simti ca si cum in ziare sau la TV se vorbeste special pentru tine?

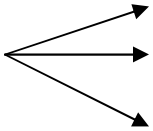
NU **DA**
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

3. Ai simti ca si cum unii oameni nu sunt ceea ce par sa fie?

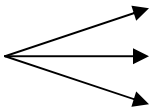
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

4. Ai simtit ca si cum tu esti persecutat intr-un fel?

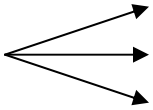
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

5. Ai simtit ca si cum exista o conspiratie/complot impotriva ta?

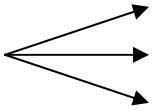
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

6. Ai simtit ca si cum tu ai fi destinat sa fi cineva important?

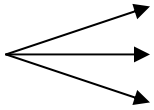
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

7. Ai simtit ca si cum ai fi o persoana speciala sau aparte?

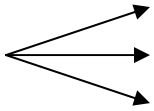
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

8. Ai simtit ca si cum ai fi in relatie speciala cu Dumnezeu?

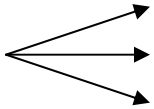
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

9. Ai crezut ca oamenii pot comunica telepatic?

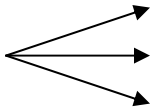
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

10. Ai simtit ca si cum aparate electrice sau computere pot sa te influenteze cum gandesti?

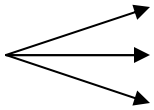
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

11. Ai simtit ca si cum Dumnezeu te-ar fi ales intr-un fel?

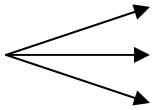
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

12. Ai crezut in vrajitorii, descantece sau stiinte oculte?

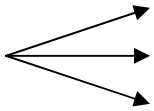
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

13. Ai fost adesea ingrijorat ca partenerul tau nu este cinstit?

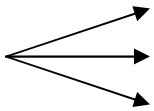
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

14. Ai simtit ca esti mai pacatos ca majoritatea oamenilor?

NU DA
(incercuieste)

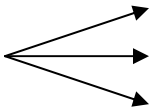


Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

15. Ai simtit ca oamenii se uita la tine ciudat din cauza felului cum arati?

Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent

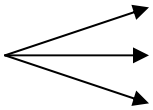
NU DA
(incercuieste)



				5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

16. Te-ai simtit ca si cum nu ai ganduri in cap?

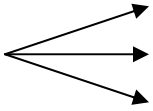
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

17. Ai simtit ca si cum lumea este aproape de sfarsit?

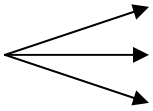
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

18. Ai simtit ca gandurile tale nu sunt normale?

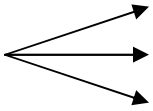
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

19. Ai simtit ca gandurile tale sunt asa de vii ca ti-a fost frica ca altii le-ar putea auzii?

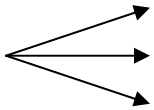
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

20. Ai simtit ca si cum iti auzi gandurile tale ca un ecou?

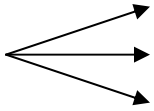
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

21. Ai simtit ca si cum ai fi un robot sau un zombie fara ca sa ai vre-o putere asupra ta?

NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 3

Scala Cardiff de evaluare a anomaliilor perceptive

(The Cardiff Anomalous Perceptions Scale - CAPS)

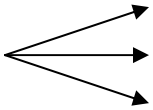
Introducere:
Acest chestionar exploreaza senzatiile si perceptiile pe care poate tu le-ai avut. Unele experiente suny neobisnuite, altele pot fi zilnice. Te rog sa incercuiesti raspunsul care se potriveste cu experientele tale si sa nu omiti nici o intrebare. Apreciez foarte mult onestitatea raspunsurilor tale.
Te rog sa ti cont ca nu ma intereseaza experiente pe care le-ai avut in timpul consumului de droguri.

Instructiuni:
Citeste atenti fiecare intrebare si raspunde cu DA sau NU.

- Daca ai incercuit NU te rog sa treci la urmatoarea intrebare
- Daca ai incercuit DA te rog sa evaluezi aceasta experienta in toate cele trei compartimente din partea dreapta a foii si incercuieste un numar de la 1 la 5 in functie de cat de mult te-a deranjat (*cat de tare te-a deranjat/suparat*?), in functie de cat de des ai trait aceasta experienta (*cat de des ai trait aceasta*?) si in functie de cat de mult ai crezut in ea (*cat de adevarat ti s-a parut*?)

1. Ai auzit vreodata sunete mai puternice decat ar fi normal sa fie?

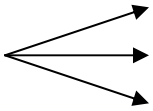
NU **DA**
(incercuieste)



Nu m-a deranjat de loc 1	2	3	4	M-a deranjat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

2. Ai avut vreodata senzatia prezentei altcuiva desi nu ai vazut pe nimeni?

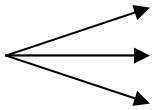
NU **DA**
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

3. Ai auzit vreodata propriile ganduri repetate sau ca un ecou?

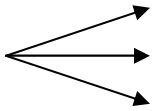
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

4. Ai vazut vreodata forme, linii sau culori chiar daca nu erau in realitate?

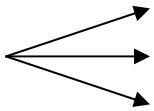
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

5. Ai avut vreodata senzatii neobisnuite de arsura sau de alt fel in corpul tau?

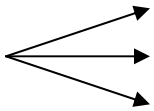
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

6. Ai auzit vreodata zgomote sau sunete pe care nimic nu le putea explica?

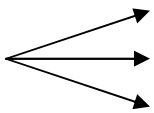
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

7. Ti-ai auzit vreodata gandurile tale vorbite in capul tau ca cineva de langa tine s-ar putea sa le auda?

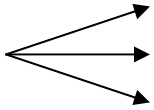
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

8. Ai simtit vreodata mirosuri care sa nu provina din jurul tau?

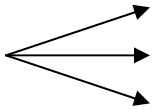
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

9. Ai simtit vreodata ca corpul tau sa o parte din el este schimbat sau si-a schimbat forma?

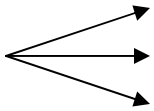
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

10. Ai avut vreodata senzatia ca membrele tale nu sunt ale tale sau nu sunt legate bine de corpul tau?

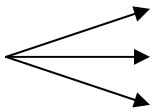
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

11. Ai auzit vreodata voci comentand ceea ce gandesti sau faci?

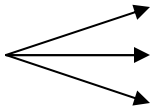
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

12. Ai simtit vreodata ca cineva te atinge si cand te-ai uitat nu ai vazut pe nimeni?

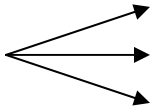
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

13. Ai auzit vreodata voci spunand cuvinte sau propozitii cand de fapt nu era nimeni in jur?

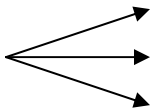
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

14. Ai simtit vreodata gusturi inexplicabile in gura?

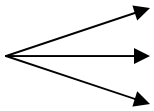
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

15. Ai fost vreodata coplesit de toate senzatiile deodata?

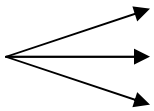
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

16. Ai constatat vreodata ca sunetele sunt distorsionate in mod straniu?

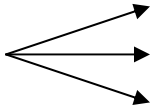
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

17. Ai avut vreodata dificultati de a deosebi o senzatie de alta?

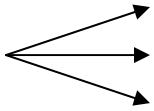
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

18. Ai simtit vreodata mirosuri care te-au facut sa te gandesti ca sunt neobisnuit de puternice?

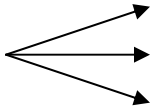
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

19. Ai constatat vreodata ca felul cum arata oamenii pare a fi schimbat in mod straniu, precum culoarea, forma sau marimea lor?

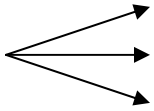
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

20. Ai simtit vreodata ca pielea ta este mai sensibila la atingere, caldura sau frig ca deobicei?

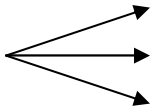
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

21. Ai simtit vreodata ca mancarea sau bautura au un gust mult mai puternic decat in mod normal?

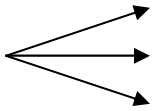
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

22. Te-ai uitat vreodata in oglinga si ai vazut ca fata ta este altfel decat deobicei?

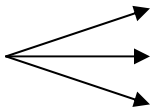
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

23. Au fost zile in care lumina si culorile ti-au parut mai stralucitoare sau intense ca deobicei?

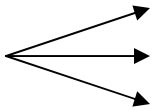
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

24. Ai avut vreodata sentimentul ca plutesti sau ca te misti deasupra solului cand de fapt tu stai jos?

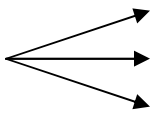
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

25. Ai constatat vreodata ca mirosurile obisnuite par uneori neobisnuite si diferite?

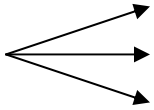
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

26. Ai gandit vreodata ca lucrurile obisnuite iti par anormale?

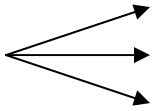
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

27. Ai constatat vreodata ca trecerea timpului s-a schimbat in mod neobisnuit?

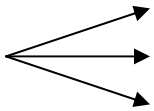
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

28. Ai auzit vreodata in mod ciudat ca doua sau mai multe voci vorbesc una cu alta?

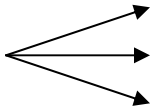
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	F0arte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

29. Ai simtit vreodata mirosuri pe care altii din jur nu le simteau?

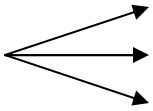
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

30. Ai constatat vreodata ca mancarea sau bautura are un gust neobisnuit?

NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 4

Inventarul de auto-evaluare a experientelor anormale

(*Examination of Anomalous Sesf-Experience - EASE*)

LISTA ITEMILOR:

1. Cognitia si fluxul gandirii

1.1. Intereferanta gandurii
1.2. Pierderea apartenentei gandirii
1.3. Presiunea gandirii
1.4. Blocajul gandirii
  1.4.1. Subtipul 1: blocajul
  1.4.2. Subtipul 2: evanescenta
  1.4.3. Subtipul 3: combinatia dintre ele
1.5. Ecoul gandirii (ganduri repetate automat)
1.6. Rumaniatii – obsesii
  1.6.1. Subtipul 1: ruminatii pure
  1.6.2. Subtipul 2: ruminatii secundare
  1.6.3. Subtipul 3: obsesii adevarate
  1.6.4. Subtipul 4: obsesii false
  1.6.5. Subtipul 5: ritualuri/compulsii
1.7. Perceptualizarea propriei gandiri sau vorbiri
  1.7.1. Subtipul 1: internalizata
  1.7.2. Subtipul 2: echivalenta (gandirea ca un text scris)
  1.7.3. Subtipul 3: interna ca simptome de rangul intai (ganduri auzite de altii)
  1.7.4. Subtipul 4: externa (perceputa de la exterior)
1.8. Spatializarea experientei
1.9. Ambivalenta
1.10. Inabilitatea de a discrimina modalitatile intentionalitatii (intre perceptie si fantezie, amintire, etc.)
1.11. Perturbarea initiativei sau intentionalitatii
1.12. Tulburarile atentionale
  1.12.1. Subtipul 1: captivarea de detalii
  1.12.2. Subtipul 2: inabilitatea divizarii atentiei
1.13. Tulburarea memoriei de scurta durata
1.14. Perturbarea experientei timpului
  1.14.1. Subtipul 1: perturbarea timpului subiectiv
  1.14.2. Subtipul 2: perturbarea in timpul existential (temporalitatea)
1.15. Discontinuitatea constientizarii propriei actiuni
1.16. Discordanta dintre expresie si exprimat
1.17. Perturbare a functiei expressive a limbajului

2. Constiinta propriei identitati si prezenta de sine

2.1. Diminuarea sefului bazal
  2.1.1. Subtipul 1: devreme in viata
  2.1.2. Subtipul 2: din adolescenta
2.2. Perturbarea sensului persoanei
  2.2.1. Subtype 1: posesivitate/subjectivitate
  2.2.2. Subtype 2: experimentarea distantei
  2.2.3. Subtype 3: spatializarea selfului

2.3. Depersonalizarea (auto-alienarea)
    2.3.1. Subtipul 1: depersonalizarea melancoliforma
    2.3.2. Subtipul 2: depersonalizarea nespecifica
2.4. Diminuarea prezentei
    2.4.1. Subtipul 1: nefiind afectat de lumea exterioara
    2.4.2. Subtype 2: distantat de lumea exterioara
    2.4.3. Subtype 3: subtipul 2 plus derealizare
2.5. Derealization
    2.5.1. Subtipul 1: derealizare global fluida
    2.5.2. Subtipul 2: derealizare intrusiva
2.6. Hiperreflectivitate; cresterea reflectivitatii
2.7. Diviziunea eului
    2.7.1. Subtipul 1: suspectarea diviziunii eului
    2.7.2. Subtipul 2: Experienta “ca si cum”
    2.7.3. Subtipul 3: experienta concreta de spatializare
    2.7.4. Subtipul 4: elaborare deliranta
2.8. Depersonalizare disociativa
    2.8.1. Subtipul 1: fenumanul “ca si cum”
    2.8.2. Subtipul 2: halucinatii vizuale disociative
2.9. Identitate confuza
2.10. Sentimentul schimbarii in relatie cu varsta cronologica
2.11. Sentimentul schimbarii in relatie cu identitatea sexuala
    2.11.1. Subtipul 1: frica ocazionala de a fi homosexual
    2.11.2. Subtipul 2: sentimentul ca si cum ar fi de sex opus
2.12. Pierderea simtului obisnuit/perplexitate/pierderea sensului evidentei
2.13. Anxietate
    2.13.1. Subtipul 1: atacuri de panica cu fenomene vegetative
    2.13.2. Subtipul 2: anxietate psihica
    2.13.3. Subtipul 3: anxietate fobica
    2.13.4. Subtipul 4: anxietate sociala
    2.13.5. Subtipul 5: anxietate difuza, generalizata
    2.13.6. Subtipul 6: anxietate paranoida
2.14. Anxietate ontologica
2.15. Diminuarea claritatii constiintei
2.16. Diminuarea initiativei
2.17. Hipohedonia
2.18. Diminuarea vitalitatii
    2.18.1. Subtipul 1: stare
    2.18.2. Subtipul 2: trasatura

3. Expariente corporale

3.1. Schimbari morfologice
    3.1.1. Subtipul 1: senzatia de schimbare
    3.1.2. Subtipul 2: perceptia schimabrii
3.2. Fenomene legate de oglinda
    3.2.1. Subtipul 1: cautarea schimbarii
    3.2.2. Subtipul 2: perceptia schimbarii
    3.2.3. Subtipul 3: alte fenomene
3.3. depersonalizarea somatica (instrainarea corporala)
3.4. Divizarea si nepotrivirea psihofizica
3.5. Dezintegrarea corporala
3.6. Spatializarea (objectificarea) experientelor corporale
3.7. Experiente cenestezice
3.8. Perturbarii motorii
    3.8.1. Subtipul 1: pseudo-miscari ale corpului
    3.8.2. Subtipul 2: interferente motorii
    3.8.3. Subtipul 3: blocaj motor

3.8.4. Subtipul 4: sentimentul paraliziei motorii
3.8.5. Subtipul 5: pierederea automatismului miscarii
3.9. Experiente mimetice (rezonanta dintre propria miscare si miscarile altora)

4. Demarcatie/transitivism
4.1. Confuzia cu altul
4.2. Confuzia cu propria imagine speculara
4.3. Contactul corporal amenintator si sentimentul de fuziune cu altul
4.3.1. Subtipul 1: provocand anxietate
4.3.2. Subtipul 2: sentiment de anihilare
4.4. Dispozitie pasiva
4.5. Alte fenomene transtiviste

5. Reorientarea existentiala
5.1. Fenomenul de auto-referinta primara
5.2. Sentimentul de centralitate
5.3. Sentimentul ca si cum numai campul experiential al subiectului exista in realitate
5.4. Sentimentul ca si cum are o putere creative extraordinara, apartine unei dimensiuni ascunse a realitatii sau stapaneste mintea altora
5.5. Sentimentul ca si cum perceptia lumii nu este pe de-a intregul reala, ca si cum exista doar apparent, iluzoriu sau deghizat
5.6. Idei magice in legatura cu modul cum subiectul percepe si traieste lumea
5.7. Schimbare intelectuala sau existentiala
5.8. Grandiozitate solipsistica

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 5:

Scala pentru evaluarea simptomelor prodromale
(Scale of Prodromale Symptoms – SOPS)

INSTRUCTIUNI:
Scala evalueaza patru clase de simptome:
A. Simptome pozitive
B. Simptome negative
C. Simptome de dezorganizare
D. Simptome generale
Din cauza ca psihozele sunt definite exclusiv prin simptomele pozitive, subscala pentru simptome pozitive este construite diferit de celelalte sub-scale. Subscala pentru simptomele pozitive se bazeaza numai pe intensitatea simptomelor si include o evaluare a nivelului psihotic de severitate, iar scorarea se face dupa cum urmeaza:
Subscala pentru simptome positive (A):
0 = absent; 1 = probabil prezent; 2 = usor; 3 = moderat; 4 = moderat sever;
5 = sever dar un psihotic; 6 = sever si psihotic
Subscalele pentru simptome negative (B), de dezorganizare (C) si generale (D):
0 = absent; 1 = probabil prezent; 2 = usor; 3 = moderat; 4 = moderat sever;
5 = sever; 6 = extrem

A. SIMPTOMELE PSIHOTICE:

1. Continut neobisnuit ale gandirii/ganduri delirante

Unul sau mai multe din urmatoarele:

a. Perplexitate si dispozitie deliranta. Ceva ciudat se petrece. Incapacitate de a intelege ce se petrece. Confuzie relativ la ce este imaginar sau real. Ceea ce era familiar devine ciudad, strain, amenintator sau are o sesmnificatie speciala. Sentimental ca persoana, altii, humea s-a schimbat. Schimbari in perceperea timpului. Deja vu.
b. Idei de referinta nepersecutorii (incluzand deliruri de referinta nestabile)
c. Tulburari ale receptarii si expresiei limbajului. Presiunea, perseverarea, insentia, inteerferenta, retragerea, raspndirea gandirii, telepatie.
d. Credinte bizare depre semnificatia valorilor umane. Preocuparea fata de idei neobisnuite despre religie, meditatie, filozofie, teme existentiale. Gandire magica care influenteaza comportamentul si este neconforma cu cutumele culturale ale locului (de ex. superstitiozitate, credinta in ghicirea viitorului, in al “saselea simt”, credinte religioase bizare).
e. Idei delirante despre corp, vinovatie, gelozie, religie, control exterior, mesaje radio si TV. Delirurile pot fi prezente dar nu sunt bine organizate si tenace.

Scala de severitate (incersuieste numai o cifra):

0	Absent
1	Probabil prezent. Ganduri, sentimente, miscari, experiente neasteptate, surprinzatoare dar usor de inlaturat.
2	Usor: Ganduri ciudate care sunt greu de inteles. Sentimentul ca ceva este diferit
3	Moderat: Evenimente/credinte neasteptate care nu pot fi inlaturate si care sunt iritante si/sau impovaratoare sau ingrijoratoare. Sentimentul ce experientele neasteptate sunt cumva semnificative pentru ca ele sunt persistente.
4	Moderat sever: Constatarea ca experientele vin din afara subiectului sau ca ideile/credintele sunt reale dar scepticismul ramana intact.
5	Sever dar nu psihotic: Credinta in controlul exterior dar care poate fi pusa la indoiala daca se aduce

	argumente contrarii. Poate afecta functionarea.
6	Sever si psihotic: Convingeri delirante (fara nici un dubiu) cel putin interemitent. In mod obisnuit interfera cu gandirea, relatiile sociale sau comportamentul.

2. Suspiciozitate/idei persecutorii

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Preocupare excesiva despre motivatiile altora; neincredere;
b. Suspiciozitate sau gandire paranoida;
c. Atitudine evident neincrezatoare, prudenta si vigilenta care poate reflecta convingeri delirante de-a lungul interviului

0	Absent
1	Probabil prezent. Precautie.
2	Usor: Dubii prelativ la siguranta individuala, hipervigilenta fara sa existe un pericol evident
3	Moderat: Credinta ca oamenii sunt ostili si incorecti. Neincredere.
4	Moderat sever: Credinta slab formulata ca este observat si urmarit. Iritabil si suspicios. Credintele sunt usor de combatut.
5	Sever dar nu psihotic: Preocupari cu privire la pericolul la care este expus, focalizare pe comploturi sau actiuni ostile. Neincredere evidenta dar comportamentul si interactiunile sunt putin afectate. Scepticism si suspiciunea sunt bazate pe date si opinii neconformate.
6	Sever si psihotic: Convingeri delirante (fara nici un dubiu) cel putin interemitent. In mod obisnuit afecteaza functionarea.

3. Grandiozitate

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Opinie exagerata si nerealista despre propria superioritate
b. Tendinta de a vorbi mult despre sine cu laudarosenie si aroganta
c. Uneori idei delirante grandioase clare care pot influenta comportamentul

0	Absent
1	Probabil prezent. Ganduri, sentimente, miscari, experiente neasteptate, surprinzatoare dar usor de inlaturat.
2	Usor: Ganduri ciudate care sunt greu de inteles. Sentimentul ca ceva este diferit
3	Moderat: Evenimente/credinte neasteptate care nu pot fi inlaturate si care sunt iritante si/sau impovaratoare sau ingrijoratoare. Sentimentul ce experientele neasteptate sunt cumva semnificative pentru ca ele sunt persistente.
4	Moderat sever: Constatarea ca experientele vin din afara subiectului sau ca ideile/credintele sunt reale dar scepticismul ramana intact.
5	Sever dar nu psihotic: Credinta in controlul exterior dar care poate fi pusa la indoiala daca se aduce argumente contrarii. Poate afecta functionarea.
6	Sever si psihotic: Convingeri delirante (fara nici un dubiu) cel putin interemitent. In mod obisnuit interfera cu gandirea, relatiile sociale sau comportamentul.

4. Anormalitati perceptuale/halucinatii

Una sau mai multe din urmatoarele in una sau mai multe domenii perceptuale (auditiv, vizual, etc.)

a. Experiente perceptive neobisnuite. Cresterea intensitatii perceptiei, senzatii vii, distorsiuni, iluzii
b. Pseudo-halucinatii sau halucinatii dar subiectul are critica lor fiind constient de natura patologica a lor
c. Halucinatii adevarate ocazionale dar ca influenteaza putin gandirea sau comportamentul

0	Absent
1	Probabil prezent. Schimbari in senzitivitatea perceptuala, excesive si sporite
2	Usor: modificare perceptive neasteptate, slab conturate dar ingrijoratoare: zgomote, lumini, etc..
3	Moderat: Modificari perceptuale neasteptate dar bine conturate: desenefiguri geometrice, zgomote identificabile. Sunt iritante si ciudate.
4	Moderat sever: Distorsiuni perceptuale, iluzii, pseudo-halucinatii (fete, corpuri, voci umane) care sunt recunoscute ca fiind nereale dar pot fi amenintatoare sau captivante
5	Sever dar nu psihotic: Una sau doua halucinatii scurte si clar evidentiate sau un numar mare de

	perceptii anormale si vagi. In mod obisnuit nu antreneaza perturbari si vomportament sau gandire
6	Sever si psihotic: Halucinatiiile apar intermitent. Viziuni, voci sau alte evenimente senzoriale sunt percepute ca reale si influenteaza gandirea, afectivitatea si comportamentul.

5. Dezorganizare conceptuala

Una sau mai multe din urmatoarele dificultati in gandire

a. Gandire si vorbire ciudata: vaga, metaforica, supraelaborata, stereotipa
b. Gandire confuza sau dezordonata, gandire rapida sau incetinita, utilizand cuvinte nepotrivite pentru a descrie gandurile, vorbind despre lucruri irelevante fata de context sau deraind de la subiect

0	Absent
1	Probabil prezent. Cuvinte sau fraze care apar brusc inafara de context sau fara sens.
2	Usor: Ganduri vagi, confuze, dezordonate, inconsistente
3	Moderat: cuvinte gresite, subiecte irelevante. Deraieri frecvente de la subiect. Gandire/vorbire supraelaborata, stereotipa, metaforica
4	Moderat sever: Gandirea este circumstantiala si paralogica. Exista unele dificultati in directionarea gandirii spre un scop. Asociatiile de idei nu sunt slabite. Sporadic este greu de urmarit si inteles
5	Sever dar nu psihotic: Gandirea este circumstantiala sau paralogica sau tangentiala. Exista unele dificultati in directionarea gandurilor catre un scop si unele dificultati in asocierea ideilor pot apare cand este presat. Uneori este imposibil de urmarit sau inteles. Raspunde structurat cand este intrebat.
6	Sever si psihotic: Comunicare irelevanta si ininteligibila sub o minima presiune sau cand continutul comunicarii este complex. Nu prezinta un raspuns structurat la conversatie.

B. SIMPTOMELE NEGATIVE:

1. Izolare sau retragere sociala

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Lipsa de prieteni apropiati sau confidenti alti decat rudele de graul intai;
b. Anxietate sociala excesiva care nu diminua cu familiaritatea si tinde sa fie asociata ca frica paranoida mai curand decat cu auto-evaluarea negativa;
c. Tensionat in prezenta altora si prefera sa-si petreaca timpul singur desi participa in activitati sociale atunci cand i se cere. Nu initiaza contacte sociale;
d. Participa pasiv in multe activitati sociale dar este dezinteresat sau o face in mod mecanic. Tinde sa se autoizoleze.

2. Avolitie

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Afectarea initiativei, persistentei sau controlului in activitati centrate pe scop;
b. Lipsa impulsului, energiei, productivitatii;
c. Sentimente de dezinteresare, face lucrurile cu efort sau ia foarte mult timp sa le faca.

3. Scaderea expresiei emotiei

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Raspuns emotional tocit, diminuat, ingustat caracterizat prin descrestere in expresivitatea faciala, modularea sentimentelor (vorbire monotona) si comunicarea gestuala (aparenta "fara viata")
b. Lipsa de spontaneitate si a fluxului normal conversational. Reducerea in fluzul normal al comuncarii. Putina initiativa atunci cand converseaza. Raspunsurile individului tind sa fie scurte si sarace si necesita intrebari suplimentare ale intervievatorului.
c. Raport sarac. Lipsa de empatie interpersonala, de deschidere in conversatie si sentiment de apropiere, interes sau implicare cu intervievatorul. Aceasta este evidentiata de distantarea interpersonala si reducerea comunicarii verebala si non-verbale.

4. Scaderea trairii emotiilor si selfului

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Scaderea autenticitatii, adecvarii si recunoasterii sentimente si expresilor emotionale;
b. Sentimentul de distanta cand vorbeste cu altii, lipsa sentimentului de apropiere cu altii;
c. Disparitia emotiilor, dificultati de a exprima fericirea sau tristetea;
d. Sentimentul de a nu avea emotii: anhedonie, apatie, lipsa de interes, plictiseala;
e. Sentimente profund schimbate, ireale, stranii;
f. Sentimente de depersonalizare, de distantare fata de sine;
g. Pierderea perceptiei selfului.

5. Scaderea bogatiei ideationale

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Dificultati in gandirea abstracta. Afectarea folosirii modului abstract-simbolic al gandirii evidentiat prin dificultati in clasificarea, generalizarea si trecerea dincolo de gandirea concreta si egocentrica in rezolvarea problemelor; adesea utilizeaza un mod concret de gandire;
b. Cuvinte si propozitii simple in ceea ce priveste structura, reducerea folosirii timpurilor compuse ale verbelor;
c. Gandire stereotipa. Reducerea fluiditatii, spontaneitatii si flexibilitatii gandirii evidentiata prin rigiditatea, repetitia si saracia continutului gandirii. Anumita rigiditatea in atitudini sau credinte. Poate refuza sa ia in consideratie alternative posibile sau are dificultati in trecerea de la o idee la alta.

6. Deteriorarea functionarii de rol

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Dificultati in efectuarea functionarii de rol (de ex. elev sau student, salariat, casnic, etc.) pe care o facea inainte fara probleme;
b. Dificultati in relatiile productive sau instrumentale cu colegii la munca sau la scoala.

C. SIMPTOMELE DE DEZORGANIZARE:

1. Comportament si aspect straniu

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Comportamentul este ciudat, excentric sau particular (de ex. colecteaza lucruri inutilizabile, vorbeste singur in public, strunge mancare, aparent preocupat de stimuli interni);
b. Afect nepotrivit;
c. Manierisme si posturi. Miscari nenaturale sau posturi caracterizate de o aparenta stanjenita, artificiala, dezorganizata sau bizara.

2. Gandire bizara

Gandire caracterizata de idei stranii, fantastice sau bizare care sunt distorsionate, ilogice sau absurde.

3. Tulburarile de atentie si concentrare

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Incapacitate de a se concentra manifestata prin distractibilitate fata de stimul interni sau externi;
b. Dificultatea in focalizarea, sustinerea sau schimbarea focusului pe stimuli noi
c. Tendinta de a fi usor distractibil
d. Greutatea in mentinerea conversatiei in memorie.

4. Afectarea igienei personale/prezentei sociale

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Afectarea tinutei si igienei personale; neglijecta personala:
b. Ignorarea aparentei sociale. Este absent, apare neimplicat si dezangajat, “lunatic”. Intrerupe brusc conversatia fara un motiv evident.

D. SIMPTOMELE GENERALE:

1. Tulburarile somnului

Una sau mai multe din urmatoarele:

a. Dificultati de a adormi
b. Trezire mai devreme decat a intentionat

c. Oboseala si somnolenta peste zi
d. Inversarea ciclului veche-somn

2. Dispozitia disforica

Una sau mai multe din urmatoarele:
a. Diminuarea interesului fata de activitatile placute
b. Probleme cu somnul
c. Apetiti crescut sau scazut
d. Sentimentul de pierdere a energiei
e. Dificultati de concentrare
f. Ganduri suicidare
g. Sentimente de vinovatie si/sau lipsa de valoare

Si/sau una sau mai mult din urmatoarele:
a. Anxietate, panica, multiple frici si fobii
b. Iritabilitate, ostilitate, manie
c. Neliniste motorie, agitatie, tensiune
d. Dispozitie instabila

3. Tulburarile motorii

Una sau mai multe din urmatoarele:
a. Neindemanare, stangacie raportata sau observata, lipsa de coordonare, dificultati in efectuarea activitatilor care au fost facut in trecut
b. Aparitia de miscari noi precum nervozitate in miscari, stereotipuri, moduri caracteristice de a face ceva, posturi sau copierea miscarilor altora
c. Blocaje motorii
d. Lipsa automatismelor
e. Ritualuri motorii compulsive

4. Afectarea tolerantei la stressul normal

Una sau mai multe din urmatoarele:
a. Evitarea sau epuizarea in situatii stressante pe care le-a depasit usor in trecut
b. Simptome marcate de anxietate in raspuns la stressorii zilnici
c. Afectare sporita de experientele de viata pe care le-a depasit usor in trecut.

FOAIA DE SCOR SOPS

Scala simptomelor pozitive

0 Absent	1 Probabil prezent	2 Usor	3 Moderat	4 Moderat sever	5 Sever dar nu psihotic	6 Sever si psihotic

1. Continut neobisnuit ale gandirii/ganduri delirante	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2. Suspiciozitate/idei persecutorii	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3. Grandiozitate	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
4. Anormalitati perceptuale/halucinatii	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
5. Dezorganizare conceptuale	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

TOTAL=

Scala simptomelor negative, de dezorganizare si generale

0 Absent	1 Probabil prezent	2 Usor	3 Moderat	4 Moderat sever	5 Sever dar nu psihotic	6 Sever si psihotic

Simptome negative:

1. Izolare sau retragere sociala	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2. Avolitie	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3. Scaderea expresiei emotiei	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
4. Scaderea trairii emotiilor si selfului	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
5. Scaderea bogatiei ideationale	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
6. Deteriorarea functionarii de rol	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

TOTAL=

Simptome de dezorganizare:

1. Comportament si aspect straniu	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2. Gandire bizara	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3. Tulburarile de atentie si concentrare	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
4. Afectarea igienei personale/prezentei sociale	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

TOTAL=

Simptome generale:

1. Tulburarile somnului	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2. Dispozitia disforica	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3. Tulburarile motorii	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
4. Afectarea tolerantei la stressul normal	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

TOTAL=

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 6:

Scala de evaluare a aberatiilor perceptuale Chapman
Perceptual Aberations Scale (PerAb Scale)

	adevarat	*fals*
1. Uneori am senzatia ca parti din corpul meu nu sunt ale aceleiasi persone.		
2. Uneori ma simt ca si cum corpul meu nu ar exista.		
3. Uneori oamenii pe care-i cunosc bine au inceput sa arate ca niste straini.		
4. Uneori auzul mi-e asa de sensibil incat sunetele cele mai obisnuite devin deranjante.		
5. Adesea am cate o zi cand lumina din casa pare asa de puternica incat ma deranjeaza la ochi.		
6. Mainile si picioarele niciodata nu mi-au parut mai indepartate. **(-)**		
7. Uneori ma simt ca si cum ma indoesc ca corpul meu este cu adevarat al meu.		
8. Uneori am impresia ca nu pot deosebi corpul meu de obiectele din jurul meu.		
9. Am senzatia ca corpul meu si al altei personae sunt unul si acelasi.		
10. Uneori simt ca si cum ceva din afara mea face parte din corpul meu.		
11. Uneori am simtit ca corpul meu este anormal.		
12. Uneori, cand ma uit in oglinda, fata mi se pare diferita decat in mod obisnuit.		
13. Nu am avut vreodata senzatia ca mainile sau picioarele sunt mai lungi decat in mod obisnuit. **(-)**		
14. Uneori am simtit ca si cum parti din corpul meu nu imi mai apartin.		
15. Uneori cand ma uit la lucrurile din jur, precum scaune, masa, parca imi par stranii.		
16. Uneori simt ca si cum capul sau membrele mele ar fi intr-un fel straine de mine.		
17. Uneori o parte din corpul meu pare mai mica decat deobicei.		
18. Uneori mi se pare ca corpul meu este putezit/stricat inauntrul lui.		
19. Uneori mi se pare ca corpul meu ia forma corpului altei persone.		
20. Uneori culorile imi pare prea stralucitoare pentru mine.		
21. Am avut momente cand mi s-a parut ca o parte din corpul meu a disparut.		
22. Au fost momente cand am simtit ca o mana sau un picior este deconectat de restul corpului.		
23. Uneori mi s-a parut ca corpul meu este topit si amestecat cu lucrurile din jur.		
24. Niciodata nu am simtit ca mainile si picioarele mele sunt mai mari ca inainte. **(-)**		
25. Granitele corpului meu imi sunt clare intotdeauna. **(-)**		
26. Uneori am avut senzatia ca sunt unit de un obiect de langa mine.		
27. Am avut momente cand o parte din corpul meu mi se parea mai mare decat deobicei.		
28. Imi amintesc ca am avut senzatia ca si cum membrele mele au luat o forma ciudata.		
29. Am fost momente cand am avut senzatia ca corpul meu era deformat.		
30. Am avut momente cand am simtit ca lucrurile pe care le ating raman legate de corpul meu.		
31. Uneori am senzatia ca orice in jurul meu este inclinat.		
32. Uneori trebuie sa ma ating ca sa fiu sigur ca inca sunt aici.		
33. Sunt momente cand parti din corpul meu imi par moarte sau ireale.		
34. Uneori m-am intrebat daca corpul meu este intradevar al meu.		
35. Mai multe zile la rand am avut am fost cuprins de sunete si imagini pe care nu le-am putut indeparta.		

Note. **(-)** indicates items that are reverse scored and keyed false; all other items are keyed true.

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 7:

Scala ideatiei magice Chapman

Magical Ideations Scale (MagicID Scale)

Am gandit sau am simtit…	adevarat	fals
1. Cateodata am avut sentimentul ciudat ca cei de la TV sau radio stiu ca eu ii ascult		
2. Am simtit ca felul cum lucrurile sunt aranjate sunt de fapt mesaje pentru mine, de ex. cum lucrurile intr-o vitrina.		
3. Lucrurile din casa uneori par sa fie in alte locuri de cum le-am pus desi nimeni nu a fost in casa.		
4. Nu am nici un dubiu ca visele sunt produsul mintii mele. **(-)**		
5. Am auzit sunete in muzica pe care o am imprimata (CD, casete), sunete care nu erau inainte.		
6. Am avut momente cand am crezut ca locul cuiva a fost luat de cineva care seamana perfect.		
7. Nu am crezut niciodata ca unele din gandurile mele apartin altcuiva. **(-)**		
8. Ma intreb daca spiritele celor morti influenteaza pe cei vii.		
9. Uneori fac anumite miscari sau gesturi care sa indeparteze influentele negative.		
10. Am constatat ca eu pot face ca lucrurile sa se intample asa daca ma gandesc tare la ele.		
11. Uneori am avut impresia ca conferinta cuiva este facut de fapt pentru mine.		
12. Am avut impresica uneori ca oamenii imi pot citi gandurile.		
13. Daca reincarnarea este ceva adevarat atunci pot sa-mi explic anumite lucruri care se intampla cu mine.		
14. Uneori am impresia ca energia mea scade sau creste dupa cum unii oameni se uita la mine sau ma ating.		
15. Nu este posibil sa fac rau la altii doar gandindu-ma la ei in acest fel. **(-)**		
16. Uneori am simtit ca diavolul este langa mine desi nu l-am vazut.		
17. Oamenii uneori se simt asa de ciudat ca cineva ar putea sa se intrebe daca nu fac parte dintr-un experiment.		
18. Guvernul refuza sa ne spuna adevarul despre OZN-uri sau fiinte extraterestre.		
19. Rar mi s-a intamplat sa visez lucruri inainte ca ele sa se intample. **(-)**		
20. Uneori am avut impresia ca unii/unele din cei cu care m-am intersectat s-au indragostit de mine.		
21. Gesturile pe care le fac unii oameni ma influenteaza uneori.		
23. Uneori mi-e teama sa calc pe crapaturile de pe trotuar.		
24. Numberele precum 13 sau 7 nu au nici o putere speciala. **(-)**		
25. Am momente cand cred ca nu sunt o fiinta umana.		
26. Cred ca as putea sa citesc gandurile oamenilor daca as vrea.		
27. Horoscopul prea se potriveste pentru a fi doar o coincidenta.		
28. Unii oameni pot sa-mi atraga atentia doar gandindu-se la mine.		
29. Am fost ingrijorat ca oamenii de pe alte planete ar influenta ce se intampla pe pamant.		
30. Cand sunt prezentat la cineva strain nu am impresia ca l-am mai cunoscut vreodata. **(-)**		

Note. **(-)** indica itemii a caror scor trebuie inversat (“adevarat” inlocuit cu “fals” si “fals” inclouit cu “adevarat”).

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 8:

Scala anhedoniei sociale-R Chapman

Revised Social Anhedonia Scale (SocAnh Scale)

	adevarat	*fals*
1. A avea prieteni apropiati nu este asa de importat cum se spune.		
2. Am dat putina importanta sa-mi fac prieteni apropiati.		
3. Prefer sa ma uit la TV decat sa ies in oras cu altii.		
4. O plimbare cu masina este mai placuta daca este cineva cu mine. **(-)**		
5. Imi place sa telefonez la prieteni sau rude care locuiesc in alte parti. **(-)**		
6. Sa te joci cu copii este o corvada.		
7. M-am bucurat intotdeauna sa ma uita la fotografiile prietenilor. **(-)**		
8. Desi sunt lucruri care-mi plac sa la fac singur, este mai vessel sa le faci impreuna cu altii. **(-)**		
9. Uneori ma simt foarte atasat de altii si consum mult timp cu ei. **(-)**		
10. Unii oameni gandesc ca sunt timid cand de fapt eu vreau doar sa fiu lasat in pace.		
11. Cand lucrurile merg bine cu prietenii mei asta ma face sa ma simt bine.**(-)**		
12. Cand cineva apropiat mie este trist asta ma face si pe mine trist. **(-)**		
13. Reactiile mele emotionale par diferite de cele ale altora.		
14. Cand sunt singur ma simt agasat cand cineva imi telefoneaza sau imi bate la usa.		
15. Sa fiu cu prietenii ma face sa ma simt bine. **(-)**		
16. Cand lucrurile nu merg bine imi place sa vorbesc despre asta cu altii. **(-)**		
17. Prefer activitati sau hobbiuri care sa nu implice si pe altii.		
18. Este placut sac anti cu alti oameni. **(-)**		
19. Sa sti ca ai prieteni care le pasa de tine iti da un sentiment de siguranta. **(-)**		
20. Cand ma mut intr-un alt loc am nevoie stringenta sa-mi fac noi prieteni. **(-)**		
21. Oamenii se simt mai bine daca se tin deoparte de o legatura emotionala cu altii.		
22. Desi stiu ca am afectiunea altora, eu nu o simt cu adevarat.		
23. Adesea oamenii asteapta de la mine sa petrec mai mult timp vorbind cu ei decat as vrea eu.		
24. Imi place si ma simt flatat daca prietenii imi spun mai multe despre viata lor emotionala. **(-)**		
25. Ascult cu interes si atentie cand altii imi spun problemele si sentimentele lor. **(-)**		
26. Nu am avut prieteni cu adevarat cand am fost la scoala.		
27. In mod obisnuit ma bucur sa fiu singur ca sa ma gandesc si sa visez.		
28. Sunt prea independent ca sa ma implic cu alti oameni.		
29. Exista putine lucruri mai obositoare dacat a avea o lunga discutie personala cu cineva.		
30. Am fost trist cand s-a terminat scoala si i-am vazut pe prietenii mei placand care incotro. **(-)**		
31. Este greu sa rezist sa nu vorbesc cu un prieten chiar cand am altceva de facut. **(-)**		
32. Sa-ti faci noi prieteni este o perdere de energie.		
33. Exista lucruri mai importante pentru mine decat de a fi cu mine insumi. **(-)**		
34. Oamenii care incearca sa ma cunoasca mai bine renunta dupa o vreme.		

35. As putea fi fericit sa locuiesc singur intr-o cabana in padure sau pe munte.		
36. Daca ar fi sa aleg, as fi mai fericit cu altii decat singur. **(-)**		
37. Am constatat ca adesea oamenii cred ca activitatea sau opiniile lor ar fi interesante pentru mine.		
38. Nu ma simt foarte legat de prietenii mei.		
39. Relatiile mele cu altii nu au fost niciodata foarte intense.		
40. In mult privinte eu prefer compania animalelor decat compania oamenilor.		

Note. **(-)** indicates items that are reverse scored and keyed false; all other items are keyed true

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 9:

Inventarul Rust pentru cognitiile schizotipale

(*Rust Inventory for Schizotypy Cognitions)*

INSTRUCTIUNI: Fiecare din cele 26 afirmatii care urmeaza au patru raspunsuri posibile:

A = dezacord puternic
B = dezacord
C = de acord
D = puternic de acord

Citeste fiecare afirmatie cu atentie si decide care raspuns este potrivit pentru tine. Raspunsul tau trebuie sa descrie felul in care gandesti intradevar mai degraba decat felul in care ar trebui sa gandesti. Incearca sa raspunzi la toate afirmatiile. Cand nu esti sigur de raspunsul tau, alege pe cel care este cel mai apropiat de ce gandesti. Nu sta sa te gandesti prea mult la fiecare afirmatie

1. Uneori simt ca sunt urat, alterori ca sunt atractiv.	A	B	C	D
2. Nu m-am simtit niciodata jenat sa-mi arat gelozia exagerata.	A	B	C	D
3. Nici o persoana sau tara nu mi-e inamica.	A	B	C	D
4. Uneori vorbesc prea mult despre mine si apoi imediat regret asta.	A	B	C	D
5. Nicidata nu am vazut ceva care sa apara ca o stafie sau strigoi.	A	B	C	D
6. Uneori gandurile mele suna asa de tare ca si altii le pot auzi.	A	B	C	D
7. Sunt totdeauna increzator in ceea ce spun si cred.	A	B	C	D
8. Multi oamenii sunt asa de stupizi ca nu pot sa-si dea seama care lucruri sunt importante in viata.	A	B	C	D
9. Niciodata nu am avut vedenii in intuneric.	A	B	C	D
10. Niciodata nu mi-au trecut sudori reci cand am realizat ce am spus despre mine.	A	B	C	D
11. Exista oameni in care cred cu adevarat.	A	B	C	D
12. Uneori am incercat sa prind esenta unui obiect cu mintea mea.	A	B	C	D
13. Adesea am fost inteles gresit cand am incercat sa ajut oamenii.	A	B	C	D
14. Uneori a trebuit sa accept ca ceea ce am mirosit a fost doar in imaginatia mea.	A	B	C	D
15. Niciodata nu am crezut in noroc.	A	B	C	D
16. Organizatiile secrete nu au o putere reala asupra vietii noastre.	A	B	C	D
17. Uneori sunt nesigur daca am spus ceva cu voce tare sau doar am gandit.	A	B	C	D
18. Uneori ma gandesc ca lumea reala nu este ceea ce pare a fi.	A	B	C	D
19. Eu nu sunt ingrijorat daca o persoana care crede in magie a incercat sa ma-mi faca vraji/descantece.	A	B	C	D
20. Niciodata nu mi s-a intamplat sa mi se para ca lumea este un produs a imaginatiei mele.	A	B	C	D
21. Nu sunt o persoana superstitioasa.	A	B	C	D
22. Nu am inteles de ce am spus ceva despre lucrurile pe care le-am facut.	A	B	C	D
23. Uneori am sentimente stranii ca nu sunt cu adevarat aici.	A	B	C	D

24. Niciodata nu am suspectat ca oamenii in care cred ar complota impotriva mea pe la spate.	A	B	C	D
25. Uneori oamenii sau obiectele imi par sa radieze o lumina launtrica.	A	B	C	D
26. Uneori lucrurile imi merg asa de bine incat suspectez un ajutor din afara mea.	A	B	C	D

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 10:

Scala pentru evaluarea simptomelor positive

Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)

Introducere:

Aceasta scala este destinata sa evalueze simptomele positive, in principal cele care apar in schizofrenie. Ea serveste ca instrument complimentar al Scalei de evaluare a simptomelor negative (SANS). Aceste simptome pozitive includ halucinatiile, delirurile, comportamentul bizar si tulburarile pozitive formale de gandire.

Ca si in cazul SANS, investigatorul trebuie sa stabileasca perioada de timp la care se refera aceasta evaluare si se recomanda ca aceasta sa se refere la ultimile 30 zile.

Se recomanda ca investigatorii care folosesc acest instrument sa foloseasca un interviu clinic standard pentru a evalua simptomele subiectului. Se recomanda ca intervievatorul sa inceapa cu o discutie libera cu subiectul, de 10 minute, prin care sa se observe maniera subiectului de a vorbi si a raspunde si doar dupa aceia sa se porneasca un interviu clinic.

In completarea interviului clinic investigatorul trebuie sa culeaga si alte informatii atat din observatia directa a subiectului cat si de la familia lui, ingrijitori, surori sau alti informanti. In felul acesta, coroborand datele de la mai multe surse de pot evalua tulburarile formale de gandire si comportamentul bizar.

Ultimul item de la fiecare categorie simptomatologica evolueaza global severitatea simptomelor. Evaluarea lui trebuie sa ia in cont natura si severitatea tipurilor variate de simptome observate. In unele cazuri aceasta severitate poate sa se bazeze doar pe un singur simptom, de ex. severitatea extrema a delirului persecutoriu.

HALUCINATIILE:

Halucinatiile reprezinta anomalii in perceptie. Ele sunt false perceptii aparute in absenta unor stimuli identificabili. Ele pot fi experiemntate in oricare modalitate senzoriale, incuzand auz, tact, gust, miros sau vaz. Adevaratele halucinatii trebuie sa fie deosebite de iluzii, care reprezinta o perceptie gresita a unui stimul exterior, de experientele hipnagogice sau hipnopompice, care apar atunci cand subiectul este pe cale sa adoarma sau sa se trezeasca, sau de procesele normale de perceptie cand sunt traite exceptional de viu. Daca halucinatiile au subiectr religios atunci ele trebuie interpretate in contextul cultural si social al subiectului. Halucinatiile aparute consecutiv consumului de alcool si droguri sau in cadrul unor boli somatice serioase nu trebuie evaluate aici.
Subiectul trebuie sa fie invitat sa descrie halucinatiile lui in detaliu.

1. Halucinatii auditive: Subiectul a raportat voci, sunete sau zgomote. Halucinatiile cele mai frecvente sunt cele in care subiectul este chemat pe nume. Vocile pot fi de femei sau barbati, familiare sau nu, critice sau comentative. In mod obisnuit, subiectul cu schizofrenie are halucinatii cu continut neplacut si negativ. Halucinatiile sub forma de zgomote sau sunete ar trebuie sa fie considerate mai putin caracterstice sau mai putin severe.	De loc Probabil Usor: subiectul aude sunete sau cuvinte; se petrece doar ocazional Moderat: evidenta clara ca aude voci; ele se petrec cel putin saptamanal	**0** **1** **2** **3**

Ai auzit voci sau sunete cand nu era nimeni prin preajma? Ce spuneau ele?	Marcat: evidenta clara a halucinatiilor care se petrece aproape zilnic	**4**
	Sever: vocile se aud in fiecare zi	**5**
2. Voci comentative: Acestea sunt un tip particular de halucinatii auditive pe care Kurt Schneider le considera patognomonice pentru schizofrenie desi date recente il contrazic. Aceste halucinatii implica voci care comenteaza comportamentul sau gandurile subiectului. In mod obisnuit vocile comentative se insotesc si de alte tipuri de halucinatii auditive. Trebuies scorate independent de alte halucinatii auditive *S-a intamplat vreodata sa auzi voci care comenteaza ce gandesti sau faci? Ce spunea ele?*	De loc	**0**
	Probabil	**1**
	Usor: subiectul aude sunete sau cuvinte; se petrece doar ocazional	**2**
	Moderat: evidenta clara ca aude voci; ele se petrec cel putin saptamanal	**3**
	Marcat: evidenta clara a halucinatiilor care se petrece aproape zilnic	**4**
	Sever: vocile se aud in fiecare zi	**5**
3. Voci conversand: Ca si halucinatiile comentative, halucinatiie conversationale au fost considerate simptom de rangul intai de Kurt Schneider. Ele implica auzirea a doua sau mai multe voci vorbind una cu alta, in mod obisnuit discutand despre subiect. Ca si in cazul vocilor comentative, ele trebuie sa fie scorate independent de alte halucinatii auditive. *Ai auzit doua sau mai multe voci discutand intre ele? Ce spuneau?*	De loc	**0**
	Probabil	**1**
	Usor: subiectul aude sunete sau cuvinte; se petrece doar ocazional	**2**
	Moderat: evidenta clara ca aude voci; ele se petrec cel putin saptamanal	**3**
	Marcat: evidenta clara a halucinatiilor care se petrece aproape zilnic	**4**
	Sever: vocile se aud in fiecare zi	**5**
4. Halucinatiile somatice sau tactile: Aceste halucinatii implica perceperea de senzatii fizice ciudate in corp. Acestea includ senzatii de arsura, de intepaturi si perceptii ca corpului i s-a schimbat forma sau marimea *Ai avut vreodata senzatii de arsuri sau alte senzatii ciudate in corpul tau? Ti s-a parut vreodata ca si-a schimbat forma sau marimea?*	De loc	**0**
	Probabil	**1**
	Usor: subiectul percepe senzatii fizice ciudate; se petrec ocazional	**2**
	Moderat: evidenta clara de percepere a halucinatiilor tactile sau somatice; se petrece cel putin saptamanal	**3**
	Marcat: evidenta clara a halucinatiilor somatice sau tactile care se petrece aproape zilnic	**4**
	Sever: halucinatiile se petrec in fiecare zi	**5**
5. Halucinatii olfactive:	De loc	**0**

Subiectul percepe mirosuri neobisnuite care tipic sunt neplacute. Uneori subiectul poate crede ca el insusi miroase asa. Aceasta credinta trebuie evaluata ca atare daca subiectul simte mirosul lui insusi dar trebuie cotata printre deliruri daca crede ca numai el poate simti acest miros. *Ai simtit vreodata mirosuri neobisnuite sau mirosuri pe care altii nu le-au simtit?* *Care au fost acestea?*	Probabil Usor: subiectul percepe mirosuri neobisnuite; se petrec ocazional Moderat: evidenta clara de percepere a halucinatiilor olfactive; se petrece cel putin saptamanal Marcat: evidenta clara a halucinatiilor olfactive care se petrece aproape zilnic Sever: halucinatiile olfactive se petrec in fiecare zi	**1** **2** **3** **4** **5**
6. Halucinatii vizuale: Subiectul vede forme sau oamenii care nu sunt prezenti. Uneori acestea sunt forme sau culori dar tipic este forba de figuri de oameni sau obiecte asemanatoare oamenilor. Ele pot fi cu figuri cu caracter religios, precum Diavolul sau Hristos. Aceste din urma halucinatii trebuie sa fie judecate in contextul cultural al subiectului. Halucinatiile vizuale hipnagogice sau hipnopompice, ce sunt relativ comune, trebuie sa fie excluse ca si halucinatiile vizuale petrecute cand subiectul ia droguri halucinogene. *Ai avut viziuni sau ai vazut lucruri pe care altii nu le-au putut vedea?* *Ce ai vazut?* *Acestea s-au petrecut cand adormeai sau la trezire?*	De loc Probabil Usor: subiectul percepe halucinatii vizuale; se petrec ocazional Moderat: evidenta clara de percepere a halucinatiilor vizuale; se petrece cel putin saptamanal Marcat: evidenta clara a halucinatiilor vizuale care se petrece aproape zilnic Sever: halucinatiile vizuale se petrec in fiecare zi	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
7. Evaluarea globala a severitatii halucinatiilor: Aceasta evaluare globala ar trebui sa se bazeze pe durata si severitatea halucinatiilor si magnitudinea preocuparii subiectului cu aceste halucinatii, gradul convingerii veridicitatii halucinatiilor si efectul lor asupra actiunilor lui. La fel, ia in considerare modul in care halucinatiile pot fi considerate bizare sau neobisnuite. Halucinatiile care nu au fost mentionate mai sus, precum cele implicant simtul tactil, trebvuie incluse in aceasta evaluare.	De loc Probabil Usor: halucinatii definite sunt prezente dar apar sporadic; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: halucinatiile sunt vivide si apar ocazional, ele pot deranja subiectul in oarecare masura Marcat: halucinatiile sunt vivide aproape, se petrec frecvent si invadeaza viata subiectului Sever: halucinatiile apar aproape zilnic si au caracter neobisnuit sau bizar, ele sunt vivide si extrem de deranjante	**0** **1** **2** **3** **4** **5**

DELIRURILE

Delirurile reprezinta anormalitati in continutul gandirii. Ele sunt false credinte care nu pot fi explicate pe baza apartenentei culturale a subiectului. Desi delirurile sunt uneori definite ca "false credinte fixe" in forleme mai usoare delirurile pot persista numai pentru o saptamana sau o luna si subiectul poate sa-si puna intrebari sau sa se indoiasca de ele. Comportamentul subiectului poate sau nu poate sa fie influentatde deliruri. Evaluarea severitatii delirurilor unui individ si severitatea globala a gandurilor delirante trebuie sa se faca pe baza persistentei lor, a complexitatii, a convingerii subiectului, a felului in care delirurile influenteaza actiunile subiectului si de felul in care delirurile izvorasc din credintele pe care le impartaseste si populatia generala.

8. Delirurile persecutorii: Oamenii cu delir de persecutie cred ca se conspira impotriva lor sau ca sunt persecutati.Manifestarile obisnuite includ credinta ca sunt urmariti, ca scrisorile le sunt deschise, ca telefonul este ascultat, ca este spionat, ca politia sau alte oficialitati ii hartuiesc. Aceste deliruri sunt uneori relativ izolate si fragmentate, dar uneori subiectul are un set complex de deliruri care implica atat forme de peresecutie cat si credinte ca exista un complot impotriva lui. Evaluarea severitatii se face pe baza duratei si complexitatii delirului. *Te-a suparat oamenii in vreun fel?* *Ai simtit ca oamenii sunt impotriva ta?* *A incercat cineva sa-ti faca rau?* *Te spioneaza cineva?*	De loc Probabil Usor: credintele delirante sunt simple si pot fi de diferite tipuri; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: delir consistent, clar care este luat ca adevarat Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile si care pot aparea bizare	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
9. Delirurile de gelozie: Credintele ca partenerul are o relatie cu altcineva. Diverse informatii sunt luate ca "evidentele" care sustin aceasta credinta. Subiectul face mari eforturi de a proba existenta acestei relatii cautand fire de par, mirosuri sau alte indicatii care sa dovedeasca ca existenta infidelitatii. Uneori sunt elaborate planuri de a-i prinde asupra faptei. *Ai fost vreodata ingrijorat ca partenerul(a) poate fi infidel(a)?* *Ce probe ai avut?*	De loc Probabil Usor: credintele delirante sunt simple si pot fi de diferite tipuri; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: delir consistent, clar care este luat ca adevarat Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile si care pot aparea bizare	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
10. Deliruri de vinovatie si pacat Credinta ca a comis pacate teribile sau ca a facut ceva de neiertat. Unii subiecti sunt preocupati anormal cu greseli ce le-au facut cand au fost copii. Uneori subiectul se simte responsabil de a fi cauzat evenimente dezastroase precum incendii sau accidente fara ca in realitate sa aiba vrfeo	De loc Probabil Usor: credintele delirante sunt simple si pot fi de diferite tipuri; subiectul se poate intreba de	**0** **1** **2**

legatura. Uneori aceste deliruri pot avea o tenta religioasa avand credinta ca paxcatul este de neiertat si ca subiectul va fi de-a pururi pedepsit de Dumnezeu.Subiectul crede ca merita pedeapsa de catre societate. Subiectul poate sa-si piarda o multime de timp cu confesari despre pacatele sale. *Ai simtit vreodata ca ai facut lucruri teribile pentru care trebuie sa fi pedepsit?*	veridicitatea lor Moderat: delir consistent, clar care este luat ca adevarat Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile si care pot aparea bizare	 **3** **4** **5**
11. Deliruri de grandoare: Subiectul crede ca are puteri sau abilitati speciale. El poate crede ca este un personaj faimos sau chiar o persoana istorica. El poate crede ca a scris carti deosebite, a compus bucati muzicale importante, a facut inventii deosebite. Subiectul este suspicios sa nu i se fure invemntiile sau ideile si este iritat daca cineva nu-l crede. *Ai abilitati sau talente deosebite?* *Crezi ca esti pe cale sa implinesti lucruri deosebite?*	De loc Probabil Usor: credintele delirante sunt simple si pot fi de diferite tipuri; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: delir consistent, clar care este luat ca adevarat Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile si care pot aparea bizare	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
12. Deliruri religioase Subiectul este preocupat cu credinte false de natura religioasa. Uneori ele exista in contextul sistemului conventional religios precum credinta in Mesia, Antichrist sau posedarea de diavol. In alte cazuri, ele pot implica un nour sistem religios precum ideia de Nirvana sau reincarnare. Delirurile religioase pot fi combinate cu delirurile grandioase (cand subiectul se poate considera ca un lider religios), cu deliruri de vinovatie sau deliruri de a fi controlat. Trebuie avut in vedere si spatiul religios si cultural in care traieste subiectul. *Esti o persoana religiosa?* *Ai avut experiente religioase neobisnuite?* *Care a fost educatia ta religiosa cand ai fost copil?*	De loc Probabil Usor: credintele delirante sunt simple si pot fi de diferite tipuri; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: delir consistent, clar care este luat ca adevarat Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile si care pot aparea bizare	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
13. Deliruri somatice: Subiectul crede ca intr-un fel corup sau este bolnav,	De loc	**0**

anormal sau schimbat. De ex. poate crede ca stomacul sau creerul este stricat sau mainile sau penisul si-au schimbat forma sau fata ii este schimbata sau anormala. Uneori delirurile somatice sunt acompaniate de halucinatii tactile sau de alt fel si atunci ele trebuie evaluate separat. *Se intampla ceva rau cu corpul tau?* *Ai constatat vreo schimbare in felul cum arati?*	Probabil Usor: credintele delirante sunt simple si pot fi de diferite tipuri; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: delir consistent, clar care este luat ca adevarat Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile si care pot aparea bizare	**1** **2** **3** **4** **5**
14. Deliruri si idei de relatie: Subiectul crede ca remarci, afirmatii sau evenimente neinsemnate au legatura cu el. Uneori lucruri din ziare, de la radio sau TV sunt considerate mesaje pentru subiect. Uneori in cazul ideilor de relatie subiectul este suspicios dar poate recunoaste ca ideile lui pot fi eronate. Cand subiectul crede intr-adevar in aceste mesaje sau legaturi atunci poate fi considerat ca este delirant. *Ai intrat vreodata intr-o camera si ai gandit ca oamenii tocmai vorbeau sau radeau de tine?* *Ai vazut lucruri in ziare sau reviste, la Radio sau TV care contineau mesajespeciale pentru tine?* *Ai constatat ca oamenii comunica cu tine in mod neobisnuit?*	De loc Probabil Usor: credintele delirante sunt simple; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: delir consistent, clar care este luat ca adevarat Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
15. Deliruri de a fi controlat: Subiectul traieste credinta ca sentimentele sau actiunile sale sunt controlate de forte exterioare. Cerinta pentru existenta acestui tip de delir este doar credinta ferma in idea ca este controlat. Aceasta nu include numai ideai sau credinta aceasta dar subiectul poate sa si actioneze conform acestora. Subiectul poate sa descrie ca fiinta lui este ocupata de fiinte extraterestre sau sub controlul lor sau ca mesajele trimise prin unde radio ii cauzeaza experiente care numai el le poate recunoaste. *Ai simtit cum ai fi controlat de forte din afara ta?*	De loc Probabil Usor: credintele delirante sunt simple; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: delir consistent, clar care este luat ca adevarat si apare 2-3 ori pe saptamana Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile	**0** **1** **2** **3** **4** **5**

16. Delirul de citire a gandurilor: Subiectul crede ca oamenii ii pot citi minte si gandurile lui. Acesta este diferit de raspndirea gandurilor (vezi mai jos) care este o credinta fara sa existe receptia de catre altii. Subiectul traieste credinta ca altii ii cunosc gandurile. *Ai avut vreodata sentimentul ca oamenii pot sa-ti citeasca gandurile?*	De loc Probabil Usor: credintele delirante sunt simple; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: delir consistent, clar care este luat ca adevarat si apare de 2-3 ori pe saptamana Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
17. Raspandirea/transmisia gandurilor: Subiectul crede ca gadurile se raspandesc astfel ca altii pot sa le auda. Uneori subiectul simte gandurile sale precum o voce in capul sau si aceasta este atat o halucinatie cat si un delir. Uneori subiectul are credinta ca gandurile sunt raspndite desi el nu le poate auzi. Alteori el crede ca gandurile lui sunt captate de un microfon si difuzate la radio sau TV. *Ti-ai auzit vreodata gandurile tale ca si cum ar fi o voce din afara in capul tau?* *Ai simtit vreodata ca gandurile tale se transmit astfel incat le aud si altii?*	De loc Probabil Usor: credintele delirante sunt simple; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: delir clar care este luat ca adevarat si apare de 2-3 ori pe saptamana Marcat:delir firm si consistent de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format care preocupa subiectul mult timp si care ii determina actiunile	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
18. Insertia gandirii: Subiectul crede ca gandurile nu sunt ale lui si au fost inserate in mintea sa. De ex. un vecin a practica vraji sau cu ajutorul aparatelor so i-a plantat ganduri sexuale in mintea lui. Aceste deliruri nu trebuie confundate cu delirurile de persecutie sau vinovatie cand subiectul recunoaste gandurile ca fiind ale lui. *Ai simtit vreodata ca ai ganduri care au fost puse in mintea ta de forte exterioare?* *Ai avut vreodata ganduri care nu au parut ca fiind ale tale?*	De loc Probabil Usor: subiectul a avut experiente de insertia gandirii; subiectul se poate intreba de veridicitatea lor Moderat: experienta clara de insertia gandirii care este luata ca adevarata si apare de 2-3 ori pe saptamana Marcat: clara experienta de insertie a gandirii, frecventa si de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format, frecvent, care invadeaza viata subiectului si care ii afecteaza	**0** **1** **2** **3** **4** **5**

	comportamentul	
19. Furtul/retragerea gandirii: Subiectul crede ca gandurile i-au fost extrase, furate din mintea lui. El poate descrie cum incepe sa se gandeasca la ceva si brusc gandurile i-au fost luate de o forta exterioara. Acest simptom nu include recunoastere subiectiva a alogiei. *Ai simtit vreodata ca gandurile tale ti-au fost luate de o forta din afara ta?*	De loc Probabil Usor: delir prezent dar uneori subiectul se poate intreba de veridicitatea lui Moderat: subiectul este convins de furtul gandirii sale, dar aceasta apare rar si are putin ecou asupra comportamentului subiectului Marcat: experienta clara de furt al gandirii care apare frecvent si de care subiectul nu se indoieste si conform caruia subiectul actioneaza Sever: delir bine format, frecvent si care preocupa subiectul mult timp si care ii determina comportamentul	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
20. Evaluarea globala a severitatii delirurilor: Evaluarea globala trebuie sa se bazeze pe durate si persistenta delirurilor, gradul de preocupare a subiectului cu delirurile sale, gradul convingerii sale si efectele delirurilor asupra comportamentului sau. La fel, trebuie luat in considerare caracterul bizar si enobisnuit al derirului.	De loc Probabil Usor: deliruri prezent dar uneori subiectul se poate intreba de veridicitatea lui Moderat: subiectul este convins de credintele sale, dar delirurile apar rar si au putin ecou asupra comportamentului subiectului Marcat: deliruri clare de care subiectul nu se indoieste si conform carora subiectul actioneaza Sever: deliruri complexe, bine formate, generalizate de care subiectul nu se indoieste si care preocupa subiectul mult timp si care ii determina comportamentul	**0** **1** **2** **3** **4** **5**

COMPORTAMENTUL BIZAR

Comportamentul subiectului este neobisnuit, bizar sau fantastic. De exemplu, subiectul poate urina in zaharnita, sa-si vopseasca corpul in diferite culori, sa omoare in mod bestial un animal. Informatiile pentru itemii de mai jos pot fi luate de la subiect sau din alte surse sau din observatia directa. Comportamentul datorat alcoolului sau drogurilor trebuie exclus. La fel, normele sociale si culturale trebuie luate in consideratie.

21. Imbracaminte si aparenta/tinuta: Subiectul se imbraca in mod neobisnuit sau face alte lucruri stranii care ii modifica tinuta si aparenta. Imbracamintea poate fi nepotrivita fata de sezon, fata de cum o poarta, modul de intretinere, curatenie sau de cum arata. La fel machiajul, tunsoarea, incaltamintea, etc.	De loc Probabil Usor: ocazional ciudatenii in imbracaminte sau aparenta Moderat: aparenta este clar neobisnuita si atrage atentia Marcat: aparenta si imbracamintea sunt in mod marcat bizare Sever: aparenta si imbracamintea apar foarte bizare sau fantastice	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
22. Comportamentul social si sexual Subiectul poate face lucruri care sunt considerate nepotrivite de normale sociale. De ex. se poate masturba in public, urineaza sau defecheaza in locuri neadecvate, isi arata organele genitale in public. Poate merge pe strada si vorbeste singur, abordeaza oameni straini. Se opresete si incepe sa se roage sau se pune in pozitii yoga in locuri aglomerate. Face remarci inadecvate fata de oameni necunoscuti. *Ai facut vreodata lucruri pe care altii le considerau ciudate sau care au atras atentia celorlalti?*	De loc Probabil Usor: ocazional ciudatenii in comportament Moderat: frecvente ciudatenii comportamentale Marcat: Comportament foarte ciudat Sever: comportament extrem de ciudat care poate avea note cu totul nemaintalnite	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
23. Comportament agitat si agresiv Subiectul se poate comporta agresiv, in maniera agitata si adesea inpredictibil. El poate incepe sa se certe in mod ciudat cu peietenii sau familia, poate acosta strainii de pe strada si sa devina agresiv sau amenintator. Poate scrie scrisori de amenintare la agentii guvernamentale sau alte oficialitati. Ocazional, subiectul poate sa se faca acte violente impotriva animalelor sau oamenilor, pana la crima. *Ai facut vreodata ceva ca sa raneasca animale sau oameni?* *Te-ai simtit manios cu altii?*	De loc Probabil Usor: ocazional comportament agitat si agresiv Moderat: de ex. scrie scrisori de amenintare Marcat: ameninta oameni, vorbire agresive in public Sever: de ex. mutileaza animale, ataca oameni	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
24. Comportament stereotip/repetitiv:	De loc	**0**

Subiectul poate face actiuni repetitive sau ritualuri care se repete incontinuu. Frecvent, el atribuie o semnificatie simbolica acestor actiuni si crede ca astfel va influenta pe altii sau se va feri el insusi de a fi influentat. De ex. poate manca acelasi fel de mancare in fiecare seara in functie de culoare sau alte caracteristici, poate pune lucrurile in anumita ordine, imbraca haine in anume fel, etc. El poate scrie mesaje lui insusi sau altora mereu si mereu, intr-o maniera ciudata sau intr-o limba oculta. *Exista lucruri pe care simti ca trebuie sa le faci?*	Probabil Usor: ocazional comportament ritual sau stereotip Moderat: de ex. mananca si se imbraca in acelasi fel dar fara semnificatie simbolica Marcat: de ex. mananca si se imbraca in acelasi fel dar cu semnificatie simbolica Sever: de ex. pastreaza un jurnal intr-un limbaj incomprehensiv	**1** **2** **3** **4** **5**
25. Evaluarea globala a severitatii comportamentului bizar: Intervievatorul trebuie sa ia in considerare tipul comportamentului, gradul de deviere de la normele sociale, gradul de constientizare a subiectului asupra comportamentului deviant (insight) si gradul de bizarerie a comportamentului.	De loc Probabil Usor: ocazional momente de comportament ciudat dar subiectul in mod obisnuit are insight Moderat: comportamentul este clar deviant de la normale sociale si pare oarecum ciudat; subiectul poate avea insight Marcat: comportamentul este puternic deviant de la normele sociale si in mod clar bizar, dar subiectul inca mai poate avea insight Sever: comportamentul este extrem de bizar sau fantastic, dar poate include doar un singur act, de ex. tentativa de omor; subiectul nu are insight.	**0** **1** **2** **3** **4** **5**

TULBURAREA FORMALA POZITIVE DE GANDIRE

Tulburarea formala pozitiva de gandire reprezinta o tulburare a fluentei vorbirii care tined sa perturbe comunicarea. Subiectul tinde sa sara de la un subiect la altul, sa fie distras de diferite evenimente din preajma, sa alature cuvinte pe baza inrudirii semantice sau fonologice chiar daca ele nu au sens impreuna si tinde sa ignore intrebarea anterioara si sare la alta. Vorbirea poate fi rapida. Uneori poate exista o relaxare asociatiilor de idei. Spre deosebire de alogie (tulburare formala negativa de gandire), aici subiectul furnizeaza o bogatie de detalii, fluzul vorbirii tinde sa fie mai mult energic decat apatic.

Pentru a evalua tulburarea de gandire, trebuie sa i se permita subiectului sa vorbeasca despre subiectul ales de el in jur de 5-10 minute, mai ales subiecte fara lagatura cu tulburarea lui. Intervievatorul trebuie sa observe gradul cu care secventele de idei sunt legate unele de altele. In plus, intervievatorul trebuie sa insisite asupra ideilor ce par vagi sau incomprehensibile. Intervievatorul trebuie sa vada si cum subiectul raspunde la intrebarile puse, de la cele mai simple (unde te-ai nascut?) pana la unele mai complexe.

Evaluarea se face numai dupa un interviu in jur de 45 minute. Daca interviul este mai scurt, evaluarea trebuie sa fie ajustata in consecinta.

26. Relaxarea asociatiilor de idei (deraierea ideilor): Un mode de vorbire in care ideile aluneca de la una la alta, de la o idee clara la una cu care nu este inrudita. Lucrurile pot fi spuse prin juxtapunere cu lipsa de relatie semantica intre ele sau cu trecerea de la un cadru de referinta la altul la altul. Uneori poate fi vorba de o conexiune vaga intre idei si alteori aceasta nu este evidenta. Acest mod de vorbire este adesea carcterizat ca " disjunct". Poate ca cel mai comuna caracteristica a acestei vorbiri este alunecarea constanta a discursului astfel ca subiectul merge mai departe subiectul initial cu fiecare alunecare, fara sa para constient cat de mult s-a indepartat de intrebarea care i s-a pus. Aceasta anormalitate este adesea caracterizata de lipsa de coerenta intre propozitii si cu utilizarea vaga despre cine e vorba.	De loc Probabil Usor: ocazional momente de deraiere a vorbirii dar cu usoar schimbare a subiectului Moderat: mai mult momente de deraiere, subiectul este uneori dificil de urmarit Marcat: frecvente momente de deraiere, subiectul este adesea greu de urmarit Sever: deraieri frecvente si/sau extreme astfel incat vorbirea subiectului a devenit incomprehensibile	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
27. Tangentialitatea: Subiectul raspunde la o intrebare in mod oblic, tangential sau chiar in mod irelevant. Raspunsul poate fi departe de subiectul intrebarii sau poate parea total nepotrivit. In trecut tangentialitatea a fost echivalenta cu pierderea asocietiilor de idei dar ea a fost redefinita si se refera doar la modul de a raspunde la intrebari si nu la verbirea spontana.	De loc Probabil Usor: una sau doua raspunsuri in mod tangential Moderat: raspunsuri ocazional tangentiale (de 3-4 ori) Marcat: frecventa raspusuri oblice (mai mult de 4 ori) Sever: tangentialitatea este severa astfel incat interviul este dificil de dus pana la capat	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
28. Incoerenta (salata de cuvinte, schizofazia): Este vorba de un model de vorbire in care trasatura esentiala este incomprehensibilitatea. Incoerenta este des asociata cu deraierea (relaxarea asociatiilor de idei). Totusi incoerenta trebuie deosebita de deraiere pentru ca incoerenta se petrece la nivelul propozitiilor si frazelor care contin cuvinte, respectiv propozitii legate incoerent. Deraierea ideilor implica doar legaturi neclare, ilogice sau neobisnuite intre fraze sau propozitii. Incoerenta este destul de rara si atunci cand se petrece este severa sau extrema, iar formele usoare sunt neobisnuite. Poate aparea ca in cazul afaziei Wernicke.	De loc Probabil Usor: ocazional momente de incoerenta Moderat: frecvente momente de incoerenta Marcat: cel putin jumatate din vorbirea subiectului este incoerenta Sever: aproape tot discursul subiectului este incoerent si incomprehensibil	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
29. Lipsa de logica: Un model de vorbire in care concluziile sunt obtinute fara locica interna. Aceasta poate lua forma unei lipse de logica intre doua propozitii sau sub forma greselilor in deducerea rezultatelor sau judecatilor. Se poate intalni si lipsa de	De loc Probabil Usor: ocazional momente de lipsa de logica	**0** **1** **2**

logica in tragerea concluziilor pe baza de premize false fara sa fie vorba de gandire deliranta.	Moderat: frfecvente momente de lipsa de logica (de 3-4 ori) Marcat: mult din vorbirea subiectului este fara logica (mai mult de 4 ori) Sever: majoritatea discursului subiectului este fara logica	**3** **4** **5**
30. Circumstantialitatea: Este un model de vorbire care este foarte indirect si intarziat in atingerea subiectului, scopului sau lucrului esential de comunicat. In procesul de a explica ceva subiectul face digresiuni, remarci colaterale, paranteze sau se lanseaza in toto felul de detalii. Raspunsurile circumstantiale pot dura minute bune daca vorbitorul nu este intrerupt sau impins sa ajunga la subiect. Intervievatorul poate recunoste tangentialitatea prin nevoia de a intrerupe subiectul pentru a completa datele necesare din istoria subiectului.	De loc Probabil Usor: ocazional momente de circumstantialitate Moderat: frecvente momente de circumstantialitate Marcat: cel putin jumatate din vorbirea subiectului este circumstantiala Sever: aproape tot discursul subiectului este circumstantial	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
31. Presiunea vorbirii: Cresterea cantitatii vorbirii spontane comparativ cu normele sociale ale locului. Subiectul vorbeste rapid si este dificil de intrerupt. Unele fraze sunt lasata incomplet din cauza grabei de a atinge un alt subiect. O intrebare simpla care ar cere un raspuns scurt il face pe subiect sa se lanseze intr-un discurs non-stop. Chiar cand este intrerupt subiectul continua sa vorbeasca. Vorbirea tinde sa fie zgomotoasa si emfatica. Uneori subiectul vorbeste chiar vara sa fie stimulat sau sa vada daca este auzit. Daca se masoara cantitatea vorbirii atunci un volum mai mare de 150 cuvinte pe minut este considerat ca vorbire sub presiune. Aceasta tulburare poate fi acompaniata de deraiere a ideilor, tangentialitate sau incoerenta, dar acestea din urma sunt forme distincte de tulburare formala a gandirii.	De loc Probabil Usor: usoara presiune a vorbirii, usoara crestere in cantitatea, viteza sau taria vorbirii Moderat: in mod obisnuit vorbeste mai multe minute pentru a raspunde la o intrebare simpla, poate vorbi chiar daca nu este ascultat si vorbirea este tare si rapida Marcat: frecvent vorbeste mai mult de 3 minute sa raspunda la o intrebare simple, incepe sa vorbeasca fara sa fie solicitat, dificil de intrerupt Sever: subiectul vorbeste aproape continuu, nu poate fi intrerupt si ii intrerupe pe altii	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
32. Vorbire bazata pe sunetul cuvintelor: Este vorba de un model de vorbire guvernata mai mult de felul cum suna cuvintele decat de intelesul lor, astfel ca inteligibilitatea vorbirii este afectata si discusrul pare redundant datorita stereotipiei cuvintelor cu aceeiasi sonoritate. In plus, se intalnesc si jocuri de cuvinte bazate pe sonoritatea cuvintelor.	De loc Probabil Usor: apar rar in cursul interviului Moderat: apar de 2-4 ori in timpul interviului	**0** **1** **2** **3**

	Marcat: apar de 5-10 ori in timpul interviului	**4**
	Sever: apar mai frecvent de 10 ori in timpul interviului si adesea interviul este incomprehensiv	**5**
33. Evaluarea globala a tulburari formale pozitive de gandire: In evaluarea lor intervievatorul trebuie sa ia in consideratie tipul tulburarii, gradul cu care afecteaza comunicarea, frecventa de aparitie si severitatea tulburarii	De loc	**0**
	Probabil	**1**
	Usor: momente in care vorbirea prezinta astfel de tulburari	**2**
	Moderat: frecvente momente in care apar aceste tulburari, subiectul este greu de inteles	**3**
	Marcat: subiectul este adesea greu de inteles	**4**
	Sever: subiectul este incomprehensiv	**5**

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 11:

Scala pentru evaluarea simptomelor negative

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)

TOCIREA SI APLATIZAREA AFECTIVA

Tocirea si aplatixarea afectiva in sine este o caracteristica a saracirii expresiei emotionale, reactivitatii si sentimentelor. Aplatizarea afectiva poate fi evaluate prin observatia comportamentului si raspunsului subiectului din timpul interviului. Evaluarea anumitor itemi poate fi influentata de medicamente sau de boala Parkinson care conduce la o lipsa de expresie faciala.

1. Expresie faciala impietrita/neschimbata: Fata subiectului apare ca de lem, mecanica, inghetata. Ea nu isi schimba expresia sau se schimba putin fata de ce ar fi de asteptat in relatie cu continutul emotional al vorbirii. Pentru ca fenotiazinele pot partial imita acest aspect, intervievatorul trebuie sa vada daca subiectul ia medicamente, dar nu trebuie sa schimbe cotarea pe care o face.	De loc: subiectul este normal sau labil	**0**
	Probabil: foarte usor scazuta	**1**
	Usor: ocazional expresia subiectului nu este cea la care ne-am asteptat	**2**
	Moderat: expresia subiectului este plata, dar nu cu totul absenta	**3**
	Marcat: fata subiectului este nemiscata doar scurte tresariri emotionala	**4**
	Sever: fata subiectului este ca de lemn cu doar putine schimbari ale ei	**5**
2. Descresterea miscarilor spontane: Subiectul sta linistit in timpul interviului si prezinta putine sau deloc miscari spontane. El nu isi schimba pozitia, nu misca picioarele, mainile sau o face mai putin decat era de asteptat.	De loc: subiectul misca normal	**0**
	Probabil: miscari reduse cu semnul intrebarii	**1**
	Usor: momente in care miscarile spontane sunt reduse	**2**
	Moderat: subiectul se misca doar de 3-4 ori in timpul interviului	**3**
	Marcat: subiectul se misca doar de 1-2 ori in timpul interviului	**4**
	Sever: subiectul este total imobil	**5**
3. Saracirea expresiei gestuale: Subiectul nu-si foloseste corpul ca un ajutor pentru a-si exprima ideile, precum gesturile, aplecandu-se in fata cand	De loc: subiectul foloseste gesturi normale	**0**
	Probabil: poate usor scazut	**1**

il intereseaza un subiect, lasat pe spate cand este relaxat, etc. Aceasta se petrece impreuna cu descresterea miscarilor spontane	Usor: ceva scadere in expresia corpului	**2**
	Moderat: subiectul foloseste de cel putin 3-4 ori corpul pentru a se exprima	**3**
	Marcat: subiectul foloseste corpul doar de 1-2 ori	**4**
	Sever: subiectul niciodata nu-si foloseste corpul ca un ajutor pentru a se exprima	**5**
4. Contact vizual deficitar: Subiectul evita sa se uite la altii sau nu foloseste ochii in exprimarea sentimentelor sale. El apare a se uita fix in zare chiar cand vorbeste.	De loc: contact vizual normal	**0**
	Probabil: contaxct vizual redus cu semnul intrebarii	**1**
	Usor: momente in care contactul vizual sau expresia vizuala este redusa	**2**
	Moderat: contactul vizual sau expresia vizuala este redusa la jumatate	**3**
	Marcat: contactul vizual este foarte rar	**4**
	Sever: subiectul aproape nu se uita la intervievator	**5**
5. Lipsa de raspuns afectiv: Subiectul nu zambeste sau rade cand sunt situatii care in mod obisnuit provoaca astfel de reactii afective	De loc:	**0**
	Probabil: redus cu semnul intrebarii	**1**
	Usor: momente de usoara reducere a raspunsului afectiv	**2**
	Moderat: ocazional subiectul nu raspunde la sugestii afective	**3**
	Marcat: subiectul nu raspunde in ce mai mare parte la sugestiile afective	**4**
	Sever: subiectul este total neresponsiv	**5**
6. Lipsa inflexiunilor vocale: Atunci cand vorbeste subiectul nu arata inflexiunile normale vocale. Vorbirea este monotona, cuvintele importante nu sunt subliniate prin schimbarea inaltimii vocii sau volumului. Subiectul este incapabil sa-si schimbe volumul cand schimba subiectul sau cand vorbeste subiecte intime sau sa ridice vocea atunci cand este de dorit.	De loc: inflexiuni vocale normale	**0**
	Probabil: descrestere probabila	**1**
	Usor: descrestere usoara a inflexiunilor vocale	**2**
	Moderat: mai multe momente cu aplativare a inflexiunilor vocale	**3**
	Marcat: descrestere evidenta a inflexiunilor	**4**

	vocale Sever: vorbirea subiectului este total monotona	 **5**
7. Evaluarea globala a aplatizarii afective: Evaluarea globala trebuie sa se bazeze pe severitatea generala a tocirii sau aplatizarii afective. Accent special trebuie pus pe trasaturile de neresponsivitate, lipsa de adecvare si descresterea intensitatii emotionale.	De loc: afect normal Probabil: probabila aplatizare a afectului Usora aplatizare a afectului Moderat aplatizare a afectului Marcata aplatizare a afectului Severa aplatizare a afectului	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
8. Afect nepotrivit: Afectul exprimat este nepotrivit sau incongruent, nu numai plat sau tocit. Tipic, aceasta manifestare a tulburarii afectivitatii ia form zambetelor sau expresiilor faciale nepotrivite cu contextul. Uneori subiectul poate zambi sau rade cand contextul este serios sau grav care creiaza o situatie jenanta celor din jur. Nu cota tocirea sau aplatizarea afectiva ca afect nepotrivit.	De loc: subiectul misca normal Probabil: miscari reduse cu semnul intrebarii Usor: momente in care miscarile spontane sunt reduse Moderat: subiectul se misca doar de 3-4 ori in timpul interviului Marcat: subiectul se misca doar de 1-2 ori in timpul interviului Sever: subiectul este total imobil	**0** **1** **2** **3** **4** **5**

ALOGIA

Alogia (din greceste: fara logos) este un termen general care se refera la saracirea gandirii si cognitiei, lucru care se intampla la subiectii cu schizofrenia. Subiectii cu alogie au o gandire care pare golita, inceata sau bombastica. Desi gandirea nu se poate observa direct, ea se releva cand subiectul vorbeste. Cele doau manifestari majore ale alogiei sunt saracirea vorbirii/discursului si saracirea continutului vorbirii. Blocajul si cresterea latentei raspunsurilor pot la fel reflecta alogia.

9. Saracirea vorbirii/discursului: Reducerea cantitatii vorbirii spontane astfel incat raspunsurile la intrebari tind sa fie scurte, concrete, neelaborate. Vorbirea neprovocata este rara. Replicile sunt monosilabice si unele intrebari poti fi lasate fara raspuns. In astfel de cazuri intervievatorul este pus in situatia sa intrebe frecvent cu scopul de a incuraja subiectul sa raspunda. Examinatorul trebuie sa lase timp destul subiectului de a raspunde si a elabora raspunsurile lui.	De loc: nici o saracire a vorbirii Probabil: dubiu asupra saracirii a discursului Usor: ocazional raspunsurile nu includ informatii elaborate chiar daca rapunsul este adecvat Moderat: unele rapunsuri nu includ informatiile adecvat si unele raspunsuri sunt monosilabice sau foarte sucrte	**0** **1** **2** **3**

	Marcat: Raspunsurile sunt rare si propozitiile sunt scurte, cu putine cuvinte	**4**
	Sever: subiectul tace sau ocazional foarte rare cuvinte	**5**
10. Saracirea continutului vorbirii: Desi raspunsurile sunt destul de lungi astfel incat cantitatea vorbirii este adecvata, informatiile transmise sunt putine. Limbajul tinde sa fie vag, adesea abstract sau prea concret, repetitiv si stereotip. Intervievatorul poate recunoste aceasta caracteristica prin constatarea ca subiectul vorbeste destul dar nu dar informatiile cerute de intrabare. Sau, subiectul poate furniza informatiile cerute dar asta cere multe cuvinte care altfel ar fi putut fi puse in doar 1-2 propozitii. Uneori intervievatorul caracterizeaza aceasta vorbire a "filozofare goala de continut".	De loc: nici o saracire a continutului	**0**
	Probabila saracire a continutului vorbirii	**1**
	Usor: ocazional raspunsuri vagi si lungi care ar fi putut fi condensate	**2**
	Moderat: frecvente rapunsuri vagi care potfi condensate care se intind pe un sfert din interviu	**3**
	Marcat: cel putin jumatate din interviu subiectul prezinta raspunsuri vagi, lungi sau incomprehensive	**4**
	Sever: aproape tot discursul pacientului este vag, incomprehensic sau poate fi condensat in mod cert	**5**
11. Blocajul: Intreruperea fluzului vorbirii inainte ca gandul sau ideia sa se fi terminat. Dupa o perioada de liniste care poate dura da la cateva secunda la cateva minute, subiectul poate indica ca nu-si mai amintestece a spus sau ce a intentionat sa spuna. Blocajul trebuie sa fie cantarit daca este prezent cand persoana descrie ca isi pierde fluxul gandirii sau cand persoana pune ca a avut motive sa faca o pauza in vorbire.	De loc: nici un blocaj	**0**
	Probabil: probabil blocaj	**1**
	Usor: un singur moment de blocaj de-a lungul a 45 minute	**2**
	Moderat: doua blocaje in 45 minute	**3**
	Marcat: 3-4 blocaje in 45 minute	**4**
	Sever: se intampla de mai mult de 4 ori in 45 minute	**5**
12. Cresterea latentie raspunsurilor: Subiectul are o latenta mai lunga decat normal pentru a raspunde la intrebari. El poate arata "distant" si uneori examinatorul se poate intreba daca el a auzit intrebarea. Intrebat el indica ca a auzit intrebarea dar are dificultati in a-si formula raspunsul atat mental cat si verbal.	De loc:	**0**
	Probabil: chestionabil	**1**
	Usor: ocazional scurte pauze	**2**
	Moderat: adese pauze de cateva secunda	**3**
	Marcat: in mod obisnuit pauze de 10-15 secunde inainte de a raspunde	**4**
	Sever: lungi pauze inainte de a raspunde	**5**
13. Evaluarea globala a alogiei:	De loc:	**0**

Accentul in evaluarea globala trebuie sa se pune pe saracirea vorbirii si a continutului vorbirii.	Probabil: chestionabil	**1**
	Usor: usoara dar definita saracire in gandire	**2**
	Moderat: evidenta semnificativa de saracire a gandirii	**3**
	Marcat: gandirea subiectului pare saracita aproape tot timpul	**4**
	Sever: gandirea subiectului este saracita tot timpul	**5**

APATIE - AVOLITIE

Avolitia este caracteriszata ca o lipsa de energie, de atractie, impuls si interes. Subiectul este incapabil sa se mobilizeze le insusi pentru a initia sau a persista in efectuarea diferitelor sarcini. Desi astfel de lucruri se pot vedea si in depresie, in schizofrenie ele nu sunt acompaniate de tristete sau afect depresiv. Simptomele de avolitie adesea conduc la o afectare severa sociala si economica.

14. Igiena si tinuta: Subiectul prezinta un interes scazut fata de tinuta si igiena sa comparativ cu normele "normale". Hainele sunt in dezordine, iesite din moda sau murdare. Subiectul se spala rar si nu-si ingrijeste parul, unghiile sau dintii, prezentand un par unsuros, minile murdare, miros corporal urat, dainti murdari si halena rau miirositoare. In general, el apare decazut si neingrijit. *Cat de des faci baie sau dus?* *Cat de des Iti schimbi hainele?* *Cat de des iti speli hainele?*	De loc: nici o evidenta de neingrijire	**0**
	Probabil: dubiu asupra neingrijirii	**1**
	Usor: usoara neingrijire si lipsa de atentie la felul cum arata	**2**
	Moderat: apare oarecum neingrijit (de ex. Parul gras, haine murdare)	**3**
	Marcat: igiena si tinuta sunt minime	**4**
	Sever: hainele, corpul si ambianta subiectului este murdara si rau mirositoare	**5**
15. Lipsa de persistenta in munca sau scoala: Subiectul are dificultati in cautarea sau mentinerea unui serviciu sau scoala. Dace este elev/student are probleme cu lectiile pentru acasa sau cu frecventarea scolii sau cu alte cerinte la scoala sau universitate. La serviciu, subiectul este incapabil sa indeplineasca sarcinile si cerintele si apre ireponsabil sau neadecvat. Se duce la serviciu cand vrea si este dezorganizat. Daca este somer, sta acasa si nu cauta nici o oportunitate pentru a lucra, nu este preocupat de treburile domestice si pare desinteresat si nepasator la toate. *Ai avut probleme la serviciu sau la scoala?* *Ai inceput ceva si apoi nu ai mai treminatce lucrul inceput?*	De loc: nici o problema	**0**
	Probabila problema	**1**
	Usor: usoara lipsa de persistenta precum ceva zile de absente la socal sau servicu	**2**
	Moderat: subiectul are un randament scazut la lucru sau scoala	**3**
	Marcat: subeictul are mari dificultati in mentinerea nivelului normal de activitate la scoala sau serviciu	**4**
	Sever: subiectul nu reuseste de loc sa mentina serviciul sau scoala	**5**

16. Lipsa de energie fizica/anergia: Subiectul tinde sa fie inert fizic. El sta pe scaun ore intregi si nu initiaza nici o activitate in mod spontan, el poate participa doar pentru scurte momente si se intrerupe brusc si devine inert. Poate pierde mult timp in activitati relativ stupide sau fara rost sau se uita la TV sau joaca carti pe computer. Familia poate raporta ca el pierde mult timp nefacand nimic. Subiectul pierde cel mai mult timp stand in camera lui. *S-a intamplat vreodata sa stai sau sa zaci cea mai mare parte a timpului unei zile?*	De loc: nici o evidenta de anergie Probabil: dubiu asupra anergiei Usor: usoara anergie Moderat: subiectul sta imobil in pat sau pe scaun cel putin un sfert din timpul care ar trebui sa fie activ Marcat: subiectul sta imobil in pat sau pe scaun jumatate din timpul in care ar fi trebuie sa fie activ Sever: subiectul sta imobil in pat sau pe scaun aproape toata ziua	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
17. Evaluarea globala a avolitie/apatie: Evaluarea globala reflecta severitatea in generala simptomelor de avolitie avand in vedere varsta, statutul social si originea subiectului. Daca exista 1-2 simptome evidente, evaluarea globala trebuie sa se bazeze pe acestea.	De loc: nici o problema Probabila problema Usor dar prezenta in mod cert Moderata avolitie Marcata avolitie Severa avolitie	**0** **1** **2** **3** **4** **5**

ANHEDONIE - IZOLARE SOCIALA

Acest complex simptomatic cuprinde dificultatile schizofrenului de a trai placerea sau de a avea interese. El poate spune ca a pierdut interesul pentru activitatile placute, este incapabil sa traiasca placerea cand participa la activitati care in mod normal ii produceau placere si este lipsit de implicare in felurile relatii sociale.

18. Activitatile si interesele recreationale: Subiectul are putine sau nici un interes, activitati sau hobiuri. Desi acest simptom poate debuta insidios sau lent, in mod obisnuit exista un declin evident al activitatii si intereselor de la inceput. Subiectul se va angaja la inceput in activitati pasive sau lipsite de solicitare precum privitul la TV sau va prezenta doar sporadic interese. Subiectul cu forme mai severe va apare total lipsit de interes si fara participare in activitati placute. Evalueaza in functie de calitatea si cantitatea intereselor recreationala ale subiectului. *Ai pierdut interesul in lucruri care in mod obisnuit iti faceu placere?* *Te-ai uitat la TV sau ai ascultat radio?*	De loc: nici o evidenta de pierdere a placerii sau intereselor Probabil: dubioasa perdere a placerii Usor: inabilitate de a se bucura in activitati recreationale Moderat: adesea subiectul nu participa la activitati recreationale Marcat: subiectul are putine interese si are putina placere in activitati recreationale Sever: subiectul nu are interese sau placere in activitati recreationale	**0** **1** **2** **3** **4** **5**

19. Activitatea si interesul sexual: Subiectul poate prezenta o descrestere a interesului sau activitatii sexuale conform cu varsta si statutul marial. Indiferent daca sunt casatoriti sau singuri subiectii raporteaza un impuls sexual scazut sau o lipsa de placere sexuala. *Ai constatat vre-o schimbare a dirintei tale sexuale?*	De loc: nici o problema Probabila problema Usor: usoara lipsa de interes sau placere Moderat: ocazional subiectul prezinta o descrestere a interesului/placerii sexuale Marcat: subeictul prezinta interes scazut si/sau placere in activitati sexuale Sever: subiectul nu reprezinta nici un interes sau placere in activitati sexuale	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
20. Abilitatea de a simti intimitatea si apropierea: Subiectul poate arata o inabilitate de a forma relatii apropiate sau intime conform varstei, sexului si statutului familial. Subiectul poate prezenta putine sentimente de afectiune sau chiar absenta lor. Ei pot trai izolati de altii si nu fac nici un efort de a initia alte contacte cu membrii de familie sau cu altii. *Ai avut vreo problema cu familia ta sau cu partenerul tau? Ce simti atunci cant faci o vizita femiliei/ parintilor tai?*	De loc: nici o evidenta Probabil: problema cu semnul intrebarii Usor: usoara inabilitate de a simtii intimitatea sau apropierea Moderat: subiectul apare oarecum sa se bucure dar nu pare interesat sa viziteze pe cei apropiati Marcat: subiectul apare neutru fata de vizitele in familie sau prieteni Sever: subiectul prefera sa nu aiba contacte sau este ostil fata de familie sau altii cu care era in relatie	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
21. Relatiile cu prietenii si egalii: Subiectul poate sa-si reduca relatiile cu prietenii sau egalii indiferent de sex. El poate avea putine sau de loc relatii de prietenie, face putin efort sau de loc pentru a dezvolta astfel de relatii si alege sa stea majoritatea timpului singur. *Iti pierzi mult timp cu prietenii?* *Iti place mai mult sa stai singur decat cu prietenii?*	De loc: nici o problema Probabila problema Usor: usoara inabilitate de a forma relatii de prietnie Moderat: subiectul interactioneaza dar isi vede prietenii sau cunostintele numai de 2-3 ori pe luna Marcat: subeictul are dificultati in a forma sau pastra relatii de prietenie. Isi vede prietenii sau cunostintele numai de 1-2 ori pe luna Sever: subiectul nu are prieteni sau interese in prietenie	**0** **1** **2** **3** **4** **5**
22. Evaluarea globala a anhedoniei/izolarii sociale: Evaluarea globala reflecta severitatea generala a acestor	De loc: nici o problema	**0**

simptome luand in considerare normele locala si varsta, sexual si statutul familial al subiectului	Probabila problema	**1**
	Usor: usoara anhedonie/izolare sociala	**2**
	Moderat: moderata anhedonie/izolare sociala	**3**
	Marcata anhedonie/izolare sociala	**4**
	Severa anhedonie/izolare sociala	**5**

ATENTIA:

23. Neatentia sociala: Subiectul pare neinteresat de implicarea in situatii sau activitati sociale. El pare absent in timpul conversatiilor, nu abordeaza nici un sibiect, apare neimplicat si dezinteresat. El poate termina brusc o conversatie sau o activitate fara vreun motiv aparent. El apare absent si in "transa". El pare a avea o proaste putere de concentrare cand participa la jocuri, citeste sau priveste la TV.	De loc: nici o evidenta	**0**
	Probabil: dubios	**1**
	Usor: usoare semne de neatentie sociala	**2**
	Moderat: ocazional apare absent social	**3**
	Marcat: adesea subiectul este absent la ce se intampla in jur, are tulburari de concentrare	**4**
	Sever: incapabil de a urmarii o conversatie, de a-si aminti ce a citit sau de a fi atent la TV	**5**
24. Neatentia din timpul testelor mentale: Subiectul are rezultate slabe la teste simple in ciuda educatiei si abilitatii intelectuale. Astfel, ii este greu sa numere inapoi din 7 sin 7 sau din 3 in 3 in functie de numarul de clase urmate.	De loc: nici o problema	**0**
	Probabila problema	**1**
	Usor: o eroare	**2**
	Moderat: doua erori	**3**
	Marcat: trei erori	**4**
	Sever: mai mult de trei erori	**5**
25. Evaluarea globala a atentiei: Aceasta evaluare globala se bazeaza pe puterea de concentrare si de participare sociala si include si aparenta si performanta la diferite sarcini.	De loc: nici o problema	**0**
	Probabila problema	**1**
	Usor: usoara lipsa de atentie sociala	**2**
	Moderata problema	**3**
	Marcata lipsa de atentie	**4**
	Sever: subiectul este puternic lipsit de atentie sociala	**5**

Anexa Nr. 12:

Scala sindromului positiv si negativ - PANSS

(*Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS)*

1. Subscala simptome pozitive (P)

P1. Delir Credinte nerealiste,aberante si lipsite de fundament. Evaluare bazate pe continutul gandirii evidentiata in timpul interviului si a rasunetului asupra relatiilor sociale si comportamentului	
1. Absent – Definitia nu se aplica	
2. Minim – Patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – Prezenta a 1-2 idei delirante care sunt vagi, necristalizate si nu antreneaza cu totul constiinta subiectului. Delirurile nu interfera ca gandirea, relatiile sociale si comportamentul	
4. Moderat – Prezenta fie a multor idei delirante prost conturate, caleidoscopice, instabile, fie a unor idei bine conturate dar care doar ocazional interfera cu gandirea, relatiile sociale sau comportamentul	
5. Moderat-sever – Prezenta a numeroase deliruri bine formate care sunt tenace (rezista la contra-argumente) si ocazional interfera cu gandirea, relatiile sociale si comportamentul	
6. Sever - prezenta a unui set stabil de deliruri care sunt cristalizate, posibil sistematizate si rezistenta la contraargumente si care interfera in mod clar cu gandirea, relatiile sociale si comportamentul	
7. Extrem - prezenta a unui set stabil de deliruri care fie sunt foarte sistematizate sau foarte numeroase, fie care domina domenii importante ale vietii pacientului. Acestea conduc ;a comportamente inadecvate sau iresponsabile care pun in pericol siguranta pacientului sau a altora.	

P2. Dezorganizare conceptuala Dezorganizarea procesului gandirii caracteriszat prin perturbarea secventei gandiri directionata spre un scop, de ex. circumstantialitatea, tangentialitatea, relaxarea asociatiilor de idei, gandire ilogica sau blocajul gandirii. Evaluarea se bazeza pe observarea felului cum subiectul vorbeste si gandeste in timpul interviului	
1. Absent – definitia nu se aplica	
2. Minim – Patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – gandirea este circumstantiala, tangentiala sau paralogica. Exista unele dificultati in directionarea gandirii spre un scop sau oarecare relaxare a asociatiilor de idei cand pacientul este supus unei presiuni	
4. Moderat – Pacientul este capabil sa tina focusul cand comunicarea este scurta si structurata dar gandirea lui devine relaxata si irelevanta cand comunicarea devine mai complexa sau cand este sub presiune	
5. Moderat-sever – Pacientul are dificultati in organizarea gandurilor evidentiate prin gandire irelevanta, pierderea legaturii cu subiectul comunicarii sau disocierea ideilor chiar cand nu este sub presiune	
6. Sever – gandirea este serios perturbata si inconsistenta rezultand modificari grosiere a procesului de gandire care se petrec aproape constant	
7. Extrem – gendirea este perturbata in asa masura incat pacientul este incoerent. Asociatiile de idei sunt perturbate puternic ceea ce duce la o total incapacitate de comunicare, de ex. salata de cuvinte sau mutism	

P3. Comportament halucinator

Comportamentul sau spusele pacientului releva perceptii care nu sunt generate de stimuli externi. Acestea se pot petrece la diferite canale senzoriale. Evaluarea se bazeaza pe raportarile pacientului si pe manifestarile lui comportamentale in timpul interviului ca si pe baza informatiilor de la personalul medical sau de ingrijire sau de la familie.	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - Patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – Una sau doua halucinatii bine conturate care apar rar sau un numar de perceptii anormale dar vagi care nu conduc la distorsiuni ale gandirii sau comportamentului	
4. Moderat – Halucinatiile apar frecvent dar nu sunt continui si gandirea si comportamentul pacientului sunt afectate foarte putin	
5. Moderat-sever – Halucinatiile sunt frecvente, pot implica mai multe modalitati senzoriale si tind sa distorsioneze gandirea si comportamentul pacientului. Pacientul poate prezenta un delir de interpretare a acestor halucinatii si raspunde la ele emotional si uneori si verbal	
6. Sever – Halucinatiile sunt aproape continui cauzand o disruptie a gandirii si comportamentului pacientului. Pacientul le considera reala si functionarea este perturbata de raspunsul emotional si verbal al pacientului la halucinatiile pe care le are	
7. Extrem - pacientul este aproape total preocupat de halucinatii care virtual domina gandirea si comportamentul. Halucinatiile sunt insotite de un delir rigid de interepretare si provoaca raspunsuri verbale si comportamentale corespunzatoare, inclusiv raspunsul la halucinatiile care ii comanda diferite acte.	

P4. Excitatie Hiperactivitate reflectate in accelerarea comportamentului motor, cresterea responsivitatii la stimuli, hipervigilenta si instabilitatea excesiva a dispozitiei. Evaluarea se bazeaza pe manifestarile comportamentale din timpul interviului precum si pe informatiile de la alt personal medical si de ingrijire sau de la familie	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - Patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – Tinde sa fie usor agitat, hipervigilent sau hiperimplicat in interviu dar cu momente de excitabilitate. Vorbirea poate apare usor sub presiune.	
4. Moderat – Agitatie si incitatie evidenta in timpul interviului afectand vorbirea si mobilitatea generale sau episoade de eruptie de hiperexcitabilitate	
5. Moderat-sever – Semnificativa hiperactivitate sau frecvente episoade de explozivitate a activitatii motorii afectand capacitatea subiectului de a sta linistit pentru mai mult de cateva minute	
6. Sever – Marcata excitabilitate care domina interviul si care afecteaza functiile precum mancatul sau dormitul	
7. Extrem – Excitabilitate marcata care interfera in mod serios cu mancatul sau dormitul si care face imposibila interactiunea cu altii. Accelerarea vorbirii si a activitatii motorii poate duce la incoerenta si epuizare	

P5. Grandiozitate Exagerata opinie despre sine si neralista convingere asupra superioritatii proprii, incluzand idei delirante despre abilitati extraordinare, bogatie, cunostinte, faima, putere si valoare morala. Evaluarea se bazeaza pe continutul gandirii exprimat in timpul interviului si felul cum influenteaza comportamentul	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - Patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – Evidenta de ceva expansivitate sau mandrie dar fara idei delirante de grandiozitate	
4. Moderat – Se simte diferit si superior altora; ceva idei delirante vag conturate despre statutul sau inalt sau abilitatile speciale dar nu influenteaza atitudinea subiectului	
5. Moderat-sever – Idei delirante privind abilitatile, statutul sau puterea proprie sunt clar exprimate si influenteaza atitudinea subiectului dar nu si comportamentul	
6. Sever – Idei delirante clar conturate de superioritate implicant mai mult decat un domeniu (bogatie, cunoastere, faima, etc.) care influenteaza in mod notabil interactiunea si uneori si comportamentul	
7. Extrem – Gandirea, interactiunile si comportamentul sunt dominate de multiple deliruri despre abilitate, bogatia, cunostintele, puterea, faima si/sau statura morala care pot lua un aspect bizar.	
P6. Suspiciozitate/idei de persecutie	

Idei nerealiste sau exagerate de persecutie refectate prin cresterea atentiei fata de siguranta individuala, a atitudinii de neincredere, suspiciune sau idei delirante ca altii iti doresc raul. Evaluarea se bazeaza pe continutul gandirii exprimat in timpul interviului si influenta acesteia asupra comportamentului.	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – prezenta alertei privind propria siguranta sau atitudine de neincredere, dar gandurile, interactiunile si comportamentul sunt doar minimal afectate	
4. Moderat – neincrederea este clar exprimata si afecteaza interviul si/sau comportamentul dar nu exista evidenta ca ar fi vorba de delir de persecutie. Uneori poate exista idei delirante de persecutie foarte slab formulate dar acestea nu par sa influenteze atitudinea pacientului sau relatiile interpersonale	
5. Moderat-sever – pacientul prezinta o marcata neincredere ducand la disruptia relatiilor interpersonale sau exista idei delirante clare de persecutie dar care au un impact limitat asupra relatiilor interpersonale si comportamentului	
6. Sever – idei delirante de persecutie care pot fi sistematizate si interfera semnificativ relatiile interpersonale	
7. Extrem – o retea de idei delirante de persecutie sistemtatizate care domina gandirea pacientului, relatiile sociale si comportamentul	

P7. Ostilitate Expresia verbala si nonverbala a maniei si resentimentului, inclusiv sarcasmul, comportamentul pasiv-agresiv, abuzul verbal si atacul de violenta. Evaluarea se bazeaza pe comportamentul interpersonal observat in timpul interviului si informatiile de la alt personal medical, de ingrijire sau familie	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – frenarea sau comunicare indirecta a sarcasmului, lipsei de respect, ostilitatii si ocazional iritabilitate	
4. Moderat – prezenta unei atitudini ostile evidente, frecventa iritabilitate si expresie directa a maniei sau resntimentului	
5. Moderat-sever – pacientul este foarte iritabil si ocazional prezinta comportament abuziv verbal sau amenintator	
6. Sever – lipsa de cooperare si comportament verbal abuziv si amenintari care influenteaza interviul si care au impact semnificativ asupra relatiilor sociale. Pacientul poate fi violent si destructiv dar nu este violent fizic fata de altii	
7. Extrem – manie marcata ducand la lipsa totala de cooperare si care impiedica relatiile cu altii sau care conduce la violenta fizica fata de altii	

2. Subscala de simptome negative (N)

N1. Tocire afectiva Diminuarea raspunsului emotional caracterizat prin reducerea expresiei faciale, a modularii sentimentelor si a comunicarii gestuale. Evaluarea se bazeaza pe observarea expresiei fizice a afectivitatii si emotivitatii din timpul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – Schimbari in expresia faciala si comunicarea gestuala subiectul parand fortat, artificial sau lipsit de modulatie	
4. Moderat – reducerea plajei de expresii faciale si putine gesturi expresive ceea ce conduce la o expresie stearsa, lipsita de viata	
5. Moderat-sever – afectul este plat, doar ocazional schimbari ale expresiei faciale si o saracire a expresiei gestuale	
6. Sever – marcata aplatizare si deficienta emotionala evidenta majoritatea timpului. Poate exista o lipsa extrema de modulare afectiva precum excitare, manie sau ras necontrolat	
7. Extrem – expresia faciala si comunicarea gestuale absenta. Pacientul are o expresie ca de lemn.	

N2. Retragere emotionala Lipsa de interes, implicare si angajare afectiva in evenimentele de viata. Evaluarea se face pe baza informatiilor asupra functionarii furnizate de peresonalul medical si de ingrijire si a observatiei din timpul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – uzual lipsa de initiativa care uneori poate duce la un deficit de interes fata de evenimentele inconjuratoare	
4. Moderat – subiectul este in general distantat emotional de mediu si provocarile lui dar cu ceva incurajari poate sa se angajeze	
5. Moderat-sever – Pacientul este clar detasat emotional de persoanele si evenimentele din mediu si rezista la incurajarile de a se angaja in ele. Pacientul apare distant, docil si fara scop dar poate fi implicat in comunicare cel putin pentru perioade scurte si pentru nevoi personale	
6. Sever – marcata deficienta in interese si angajare emotionala ducand la limitarea conversatiei cu altii si la ignorarea functionarii personale pentru care necesita supraveghiere	
7. Extrem - Pacientul este total retras, necomunicativ si fara interes pentru nevoile personale ca rezultat al lipsei totale de interes si angajare emotionala	

N3. Roport diminuat Lipsa empatiei, a deschiderii in conversatie, a sentimentului de apropiere si interes cu intervievatorul. Aceasta este evidentatia prin distantarea fata de interlocutor si reducerea comunicarii verbala si nonverbale. Evaluarea se face pe baza comportamentului din cursul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – conversatia este artificiala, lipsita de emotionalitate si tinde sa ramana impresonala si plata	
4. Moderat – pacientul este rece, evident distant, raspunde mecanic la intrebari, actioneaza plictisit sau fara interes	
5. Moderat-sever – dezinteresat evident, cu contract vizual si expresie faciala redusa, neproductiv in timpul interviului	
6. Sever – pacientul este foarte indiferent, distant, raspunsurile formale, lipsa de interes si evitarea contactului vizual si a facial	
7. Extrem – pacientul este total neimplicat, apare complect indiferen si evita interactiunile verbale si nonverbale cu intervirvatorul	

N4. Pasivitate/apatie Diminuarea interesului si initiativei pentru interactiuni sociale datorita pasivitatii, apatiei, anergiei sau lipsai de vointa. Aceasta duce la reducerea implicarii interpersonale si ignorarea activitatilor zilnice. Evaluare pe baza informatiilor de la personalul de ingrijire si familie	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – prezinta ocazional interes pentru activitati sociale dar are o slaba initiativa pentru ele. Se angajeaza cand altii il abordeaza.	
4. Moderat – pasivitate pentru cele mai multe activitati sociale, le face mecanic , arata dezinteres si se retrage repede din ele	
5. Moderat-sever – participa pasiv doar la putine activitati sociale si arata lipsa de interes sau initiativa. Consuma putin timp cu altii	
6. Sever – tinde sa fie apatic si izolat, participa foarte rar in activitati sociale si ocazional ignora nevoile personale. Foarte rare contacte sociale spontane	
7. Extrem - profund apatic, izolat social si fara interes fata de nevoile individuale	

N5. Tulburari ale gandirii abstracte Afectarea folosirii modului abstract-simbolic al gandirii, evidentiata prin dificultatea clasificarii, generalizarii si trecerii dincolo de gindirea concreta in rezolvarea problemelor. Evaluarea se bazeaza pe intrebari despre similaritati sau interpretarea proverbelor, utilizarea modului abstract versusu concret din cursului interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	

2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – tinde sa dea o intepretarea literala sau personala la proverbele mai dificile si poate avea unele probleme cu concepte care sunt abstracte	
4. Moderat – adesea utilizeaza un mod concret de gandire; are dificultati la cele mai multe proverbe sau categorii; inde sa die distras de aspectele functionale sau trasaturile iesite in evidenta	
5. Moderat-sever – abordeaza in mod concret, evidentiaza dificultati cu cele mai multe proverbe si categorii	
6. Sever – incapabil sa ajunga la intelesul abstract ale proverbelor sau la expresia figurativa si poate formula doar clasificari bazate pe similaritati simple. Gandirea este simplista sau inchisa in aspectele functionale, trasaturi la vedere sau interpretari idiosincretice	
7. Extrem – poate folosi numai modul concret de gandire; nu intelege proverbele, metafore comune sau similaritati sau categorii simple. Aceasta evaluare se poate aplica la cei care nu interactioneaza cu examinarotul datorita unei afectari cognitive marcate	

N6. Pierderea spontaneitatii in conversatie Reducerea fluzului normal al comunicarii asociata cu apatie, avolitie, defensivitate sau deficit cognitiv. Aceasta se manifesta prin diminuarea fluiditatii si productivitatii procesului de interactiune verbala. Evaluarea se bazeaza pe procesul cognitive-verbal observat in timpul interviului.	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – putina initiativa in conversatie. Raspunsurile pacientului tind sa fie scurte si plate necesitand punerea de intrebari suplimentare	
4. Moderat – lipsa fluxului normal al conversatiei care apare plata sau ezitanta; sunt adesea necesare intrebari pentru a obtine raspunsul adecvat sau sa se continue conversatia	
5. Moderat-sever – pacientul prezinta reducere marcata a spontaneitatii si deschiderii la conversatie, raspunsurile la intrebarile intervievatorului sunt scurte	
6. Sever – raspunsurile pacientului sunt limitate la putine cuvinte sau propozitii scurte cu scopul de a evita sau reduce conversatia; Conversatia este serios afectata si interviul este neproductiv	
7. Extrem - emisia verbala este redusa considerabil facand conversatia imposibila	

N7. Gandire stereotipa Descresterea fluiditatii, spontaneitatii si flexibilitatii gandirii, evidentiata prin continut rigid, repetitiv si sterial al gandirii. Evaluarea se evalueaza pe procesul cognitiv-verbal din timpul intereviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – ceva rigiditate evidentiata in atitudine si credinte; pacientul poate refuza sa ia in consideratie alternative sau are dificultati din a schimba subiectul	
4. Moderat – conversatia se invarte in jurul aceleiasi teme ducand la dificultati de a trece la alta tema	
5. Moderat-sever – gandirea este rigida si repetitiva in asa fel incat conversatia este limitata la doar doua sau trei teme, in ciuda eforului intervievatorului de a schimba temele discutiei	
6. Sever – repetarea necontrolata a solicitarilor, propozitiilor, ideilor sau intrebarilor care afecteaza serios converesatia	
7. Extrem – gandirea, comportamentul si conversatia sunt dominate de repetarea constanta a ideilor fixe sau frazelor limitate conducand la o rigiditate mare si restrangerea comunicarii pacientului	

3. Subscala de simptome generale (G)

G1. Preocupari somatice Plangeri somatice sau credinte despre boli sau disfunctionalitati ale corpului. Aceasta poate merege de la o vaga senzatie de a fi un pic bolnav pana la un delir bine format de o boala fizica catastrofica. Evalueaza pe baza spuselor pacientului in timpul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – preocupare fata de sanatate sau probleme corporale evidentiata prin intrebari sau nevoia de a avea asigurari ca totul este bine	

4. Moderat - Preocupare distincta fata de sanatate deficitara sau proasta functionare a corpului dar nu exista convingeri delirante iar preocuparea lui poate fi atentuata prin linistirea pacientului	
5. Moderat-sever – Pacientul exprima numaroase si frecvente plangeri legate de sanatate si functiile corpului sau uneori releva una sau doua idei delirante implicand aceste teme dar nu este preocupat de ele	
6. Sever – pacientul este preocupat de una sau doua idei delirante bine formulate despre boala fizica sau proasta functionare organica dar afectul nu este dominat de aceste teme si pacientul poate sa-si schimbe Gandurile daca intervievatorul se straduieste	
7. Extrem – numeroase si frecvente deliruri somatice sau putine deliruri somatice de natura catastrofica care domina in totalitate afectul si gandirea pacientului	

G2. Anxietate Experinta subiective de nervozitate, grija, frica sau neliniste mergand de la preocupare exagerata fata de prezent si viitor pana la panica. Evalueaza in functie de raportarile verbale ale pacientului in timpul interviului si pe manifestarile fizice ale lui.	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – exprima ceva ingrijorare, preocupare exagerata sau neliniste subiectiva dar nu sunt consecinte somatice si fizice	
4. Moderat – pacientul raporteaza simptome de nervozitate care se reflecta in manifestari fizice usoare precum tremor ale mainilor sau transpiratie	
5. Moderat-sever – pacientul raporteaza serioase probleme cu anxietatea care poate avea consecinte evidente fizice si comportamentale precum tensiune marcata, proasta concentrare, palpitatii sau tulburari de somn	
6. Sever – stare subiectiva de frica constanta asociate cu fobii, neliniste marcata si numeroare manifestari somatice	
7. Extrem – viata pacientului este serios perturbata de anxietate care este prezenta aproape tot timpul si poate atinge nivelul unei panici sau chiar sa se manifeste sun forma atacurilor de panica	

G3. Vinovatie Sentiment de regret sau auto-blamare pentru vini reale sau imaginare. Evaluare se face pe baza raportarii verbale a sentimentelor de vinovatie din timpul interviului si a influentei lor asupra atitudinilor si gandurilor	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – vag sentiment de vinovatie si auto-blamare pentru incidente minore dar pacientul nu este preocupar excesiv	
4. Moderat – expreaia distincta a responsabilitatii fata de incidente reale din viata pacientului dar preocuparea si atitudinea si comportamentul nu sunt afectate major	
5. Moderat-sever – exprima un sentiment puternic de vina asociata cu autocritica si credinta ca merita sa fie pedepsit. Vinovatia poate avea o baza ireala, poate fi o sursa de preocupare/depresie si nu poate fi linistita de intervievator	
6. Sever – idei puternice de vinovatie cu valoare deliranta ce conduce la lipsa de speranta si ajutor. Pacientul crede ca merita pedepse pentru greselile lui si considera viata lui ca o pedeapsa meritata	
7. Extrem – viata pacientului este dominata de deliruri de vinovatie si de pedeapsa, poate fi asociata cu idei de sinucidere si considera ca problemele altora sunt facute de el	

G4. Tensiune Manifestarea fizica a fricii, anxietatii si agitatiei precum rigiditate, tremor, transpiratie profuza si neliniste. Evalueaza batat pe raportarea verbala a anxietatii si pe severitatea manifestarilor fizice ale tensiunii observata in timpul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor - postura si miscarile indica usoara teama precum rigiditate, ocazional neliniste, schimbarea pozitiei sau tremor rapid si fin	
4. Moderat – o evidenta clara a nervozitatii care se manifesta variat prin neliniste motorie, tremor ale	

mainilor, transpiratie excesiva sau manierisme	
5. Moderat-sever – tensiunea este evidenta prin numeroase manifestari precum tremor nervos, transpitarie profuza neliniste motorie dar interviul nu este afectat	
6. Sever – tensiune pronuntata pana la punctul in care interactiunea interpersonala este afectata. De exemplu, pacientul se misca continuu, este incapabil sa stea linistit sau prezinta respiratie rapida	
7. Extrem – tensiune marcata manifestata prin semne de panica sau miscari accelerate precum paseste rapid si permanent, se misca incontinuu si nu poate sta locului ceea ce face conversatia imposibila	

G5. Manierisme si posturi Miscari sau pozitii nenaturale caracterizate printr-o aparenta stanjenita, afectata, dezorganizata sau bizara. Evalueaza pe baza observatiei manifestarilor ficice din timpul interviului ca si pe raportarile familiei	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – usoara stanjeneala in miscari sau rigiditate usoara a posturii	
4. Moderat – miscarile sunt evident stanjenite sau afectate, postura este nenaturala pentru scurte perioade de timp	
5. Moderat-sever – ocazional ritualuri bizare sau postura contorsionata sau pozitii anormale pentru perioade mai lungi	
6. Sever – frecvente repetitii sau ritualuri bizare, manierisme sau miscari stereotipe sau posturi contorsionate pentru lungi perioade de timp	
7. Extrem – functionarea este serios afectata de miscari ritualiste, manierisme sau miscari stereotipe sau de posturi nenaturale care sunt mentinute majoritatea timpului	

G6. Depresie Sentimente de tristete, descurajare, lipsa de speranta si pesimism. Evaluati pe baza raportari verbale a dispozitiei depresive din cursul interviului si pe baza atitudinii si comportamentului din timpul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – exprima ceva tristete sau descurajare numai cand este intrebat dar nu exista evidenta de depresie in atitudine si comportament	
4. Moderat – sentimente distincte de tristete sau lipsa de speranta care pot fi spontan exprimate dar depresia nu are un impact major asupra comportamentului sau functionarii sociale	
5. Moderat-sever – sentimente distincte de depresie precum tristete, pesomism, lipsa de interes social, lentoare psihomotorie si ceva interferenta cu apatitul si somnul. Pacientul cu greu poate fi inveselit	
6. Sever - depresie marcata cu sentimente de mizerie, plans, lipsa de speranta si de valoare. Interferenta majora cu pofta de mancare/somnul ca si in functionarea motorie si sociala, posibil semne de auto-neglijare	
7. Extrem – sepresia interfera serios asupra functionarii. Manifestarile includ plans frecvent, semne somatice pronuntate, afectarea concentrarii, lenatoare psihomotorie, auto-neglijare, posibil deliruri nihiliste si/sau ganduri sau actiuni suicidare	

G7. Lentoare motorie Reducerea activitatii motorie reflectata in incetinirea sau reducerea miscarilor si vorbirii, diminuarea raspunsului la stimuli si reducerea tonusului corpului. Evaluati pe baza manifestarilor din timpul interviului ca si pe baza raportarii familiei si ingrijitorilor.	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – usoara dar evidenta diminuare a miscarilor si vorbirii. Pacientul poate fi sarac in conversatie si gesturi	
4. Moderat – pacientul este clar intet in miscari si vorbirea poate fi caracterizata pe lentoare, latenta in raspunsuri, pauze lungi si ritm lent	
5. Moderat-sever – marcata reducere a activitatii motorii care fce comunicarea neproductiva si afecteaza functionarea sociala si ocupationala. Obisnuit pacientul poate fi gasit stand jos sau culcat	
6. Sever – miscarile sunt extrem de lente ducand la un minim de activitate sau vorbire. Pierde tot timpul	

stand culcat sau nefacand nimic.	
7. Extrem – pacientul aproape complet imobil si virtual neresponsiv la stimuli externi	

G8. Lipsa de cooperare Refuz activ de a urma dorinta altora inclusiv a intervievatorului, personalului sau a familiei care poate fi asociata cu lipsa de incredere, defensa, incapatanare, negativism, rejectie a autoritatii, ostilitate sau beligeranta. Evalueaza pe baza comportamentului observat in timpul interviului si pe raportarile familiei si ingrijitorilor	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – urmeaza ordinele cu o atitudine de resentiment, nerabdare sau sarcasm. Poate obiecta fata de probele din timpul interviului	
4. Moderat – refuz ocazionalde a urma cererile sociale normale precum sa-si faca patul, sa participe la pragramul zilnic, etc. Pacientul poate aparea ostil si negativist dar totusi se poate lucra cu el	
5. Moderat-sever – pacientfrecvent necompliant cu cererile mediului si poate fi caracterizat ca avand serioase probleme comportamentale. Lipsa de cooperare este reflectata de iritabilitate si lipsa de cooperare cu intervievatorul	
6. Sever – pacientul este foarte necooperativ, negativistic si posibil beligerant. Refuza sa urmeze socilitatri sociale obisnuite si poate refuza interviul	
7. Extrem – rezistenta activa cu impact serios in toate ariile de functionare. Pacientul poate refuza orice activitate sociala, igiena personala, contactul cu familia sau personalul si participarea chiar scurta la interviu.	

G9. Continut neobisnuit al gandirii Gandire caracterizata prin idei stranii, fantastice, bizare, mergand de la cele care sunt atipice pana la cele distorsionate, ilogice, absurde. Evaluati pe baza continutului exprimat in cursul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – continutul gandirii este oarecum neobisnuit sau idiosincratic, ori idei familiare sunt puse intr-un context straniu	
4. Moderat – ideile sunt frecvent distorsionate si ocazional par aproape bizare	
5. Moderat-sever – pacientul exprima multe ganduri stranii si fantastice sau unele care sunt absurde	
6. Sever – pacientul exprima multe idei ilogice sau absurde sau care sunt bizare	
7. Extrem – gandirea este absurda, bizara si grotesca	

G10. Dezorientare Lipsa orientarii in relatie cu mediul incluzand persoanele, locul si timpul, care poate conduce la confuzie sau retragerea din mediu. Evaluati pe baza raspunsurilor la intrebarile interviului referitor la orientare.	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – 0rientarea generala este adecvata dar exista ceva dificultati specifice (de ex. locatia, strada, numele personalului, functiile lor, data) lucru care s-ar putea datora lipsei de familiaritate cu mediul in care este in prezent	
4. Moderat – doar succes partial in a recunoaste persoane, locuri sau timpul. De ex. pacientul cunoaste ca este in spital dar nu si numele lui, a orasului, nu cunoaste numele personaluluidara cunoaste anul si anotimpul	
5. Moderat-sever – considerabila deficienta in recunoasterea persoanelor, locurilor si timpului. Pacientul are numai notiuni vagi despre unde este ci cine este in jur. Poate identifica corect anul dar nu si luna sau ziua	
6. Sever – incapacitate marcata in recunoasterea persoanelor, locurilor si timpului; de ex nu stie unde este, confunda datele ca si numele unor persoane	
7. Extrem – pacientul este complet dezorientat cu privire la persoane, loc si timp chiar fata de persoanele sau locurile familiare lui	

G11. Atentie deficitare Incapacitatea de a focaliza atentia manifestata prin lipsa de concentrare, distractibilitate fata de stimul interni sau externi si dificultate aborda, sustine sau a schimba atentia pe noi stimuli. Evalueaza pe manifestarile din timpul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – concentratie limitata evidenta ocazional prin distractibilitate sau pierderea atentiei spre sfarsitul interviului	
4. Moderat – conversatia este afectata de tendinta de a fi usor distractibil, dificultati in sustinerea concentrarii pe un subiect dat sau prin probleme de mutarea atentiei pe un nou subiect	
5. Moderat-sever – conversatia este serios afectata de proasta concentrare, distractibilitate si dificultati de mutare a atentiei in mod adecvat	
6. Sever – atentia pacientului poate fi atrasa numai pentru scurta momente sau cu mare efort datorita distractibilitatii marcate de stimuli interni sau externi	
7. Extrem – atentia este asa de afectata incat chiar si a conversatie scurta nu este posibila	

G12. Lipsa constintei bolii si insight-ului Afectarea intelegerii si constiintei propriei situatii de viata si a propriei conditii psihiatrice. Aceasta este evidentiata prin incapacitatea de a recunoaste simptomele sau tulburarea psihiatrica prezenta sau trecuta, negarea nevoii de spitalizare sau tratament, decizii caracterizate prin anticiparea grasita a consecintelor si planificare nerealista pe termen scurt sau lung. Evaluarea se face pe baza continutului gandirii din timpul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – recunoaste ca are o tulburare psihiatrica dar subestimeaza severitatea, necesitatea tratamentului sau a masurilor de a evita recaderea. Viitorul este prost evaluat	
4. Moderat – pacientul prezinta o vaga recunoastere a bolii; poate fi fluctuatii in recunoasterea ca este bolnav sau putina recunoastere a simptomelor precum deliruri, gandire dezorganizata, suspiciune, retragere sociala. Pacientul poate recunoste nevoia de tratament pentru reducerea simptomelor precum anxietatea, tensiunea sau problemele cu somnul	
5. Moderat-sever – recunoaste boala trecuta dar nu si pe cea prezenta; daca este contrazis pacientul poaye accepta prezenta unor simptome usoare sau nelegate de boala care tind sa fie explicate prin interpretari gresite sau delirante; nevoia de tratament este nerecunoscuta	
6. Sever – pacientul neaga tulburarea psihiatrica, neaga simptomele trecute sau prezente si nevoia de spitalizare	
7. Extrem - negare emfatica a bolii, spitalizarea este interpretata delirant si pacientul poate refuza cooperarea cu medicii si personalul de ingrijire, medicatia si alte aspecte ale tratamentului	

G13. Tulburari ale vointei Tulburarea initierii, sustinerii si controlului propriilor ganduri, comportamente, miscari sau vorbiri. Evaluare bazata pe continutul si comportamentul manifestat in cursul interviului.	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – exista evidenta de ceva indecizie in conversatie si gandire care poate afecta usor procesele cognitive si vorbirea	
4. Moderat – pacientul este adesea ambivalent si prezinta dificultati in mentinerea deciziilor. Conversatia poate fi afectata prin alterarea gandirii si functionarea cognitiva si verbala este clar afectata	
5. Moderat-sever – tulburarea vointei interfera cu gandirea si comportamentul. Pacientul prezinta indecizie marcata care impiedica initiarea si continuarea activitatilor sociale si motorii si care este evidentiata si in oprirea vorbirii	
6. Sever – tulburarea vointei interfera cu executarea functiilor motorii simple sau automate precum imbracarea sau ingrijirea si afecteaza marcat vorbirea	
7. Extrem – insuficienta completa a vointei manifestata prin inhibitia marcata a miscarii si vorbirii conducand la imobilitate si/sau mutism	

G14. Control deficitar al impulsului

Tulburarea reglarii si controlului actiunii dorite ce duce la o descarcare abrupta, nemodulata sau arbitrara sau directionata gresit a tensiunii si emotiilor fara preocupare asupra consecintelor. Evaluare bazata pe comportamentul din cursului interviului si pe raportarile familieisi ingrijitorilor	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – pacientul tinde sa fie repede maniat si frustrat cand este confrunctat cu stress sau cu lipsa gratificarii dar rar actioneaza impulsiv	
4. Moderat – pacientul devine manios sau verbal abuziv la provocari minime. Ocazional poate fi amenintator, destructiv sau sa aibe 1-2 episoade de implicare in confruntari fizica sau batai	
5. Moderat-sever – pacientul prezinta repetate episoade impulsive implicand abuzuri verbale, distrugerea proprietatii sau amenintari fizice. Poate exista 1-2 episoade de asalturi fizice pentru care pacientul a necesitate izolare, contentie sau sedare imediata	
6. Sever – pacient frecvent impulsiv agresiv, amenintator, destructiv fara sa ia in consideratie consecintele; comportament agresiv si poate fi sexual ofesiv si posibil comportamentul raspunde la comenzile halucinatorii	
7. Extrem – pacient prezentant atacuri grave, criminale, asalturi sexuale, brutalitati repetate sau comportament auto-destructiv; solicita supraveghere constanta sau contentie din cauza inabilitatii de control a impulsurilor periculoase	

G15. Preocupare Absorbirea de ganduri si sentimente interne impreuna cu o expresie autista in detrimentul orientarii spre realitatea exterioara si un comportament adaptativ. Evaluarea se bazeaza pe comportamentul interpersonal observat in timpul interviului	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – excesiva implicare in problemele si nevoile personale astfel incat conversatia se invarte in jurul temelor egocentrice si arata putin interes fata de altii	
4. Moderat – ocazional pacientul apare absorbit de sine ca si un visator sau implicat in experiente interne care interfera insa putin cu comunicarea	
5. Moderat-sever – pacientul apare adesea angajat in experiente autiste care interfera cu functiile sociale si de comunicare precum priveste in gol, vorbeste cu el insusi, murmura sau prezinta miscari stereotipe	
6. Sever – preocupare autista marcata cu probleme serioase de concentrare, comunicare, orientare in mediu. Pacientul este vazut zambind, razand, soptind, vorbind sau strigand singur	
7. Extrem – experiente autiste marcate care afecteaza major comportamentul; pacientul raspunde verbal si comportamental halucinatiilor si arata putin interes fata de alti oameni sau mediul inconjurator	

G16. Evitare sociala activa Diminuarea implicarii sociale asociata cu teama, frica, ostilitate sau neincredere nejustificata. Evalueaza pe baza rapoartelor ingrijitorilor sau familiei referitor la functionarea sociala	
1. Absent - definitia nu se aplica	
2. Minim - patologie sub semnul intrebarii; poate fi la limita normalului	
3. Usor – pacientul pare stanjenit de prezenta altora si prefera sa stea singur desi participa la activitati sociale cand este cerut	
4. Moderat – pacientul participa cu resentiment la activitati sociale dar trebuie impins de la spate, le termina prematur pe baza anxietatii, suspiciunii sau ostilitatii	
5. Moderat-sever – pacient infricosat sau manios evitand sa participe la interactiuni sociale in ciuda eforturilor altora de a-l angaja. Tinde sa stea mai mult singur	
6. Sever – participa in foarte putine activitati sociale din cauza fricii, ostilitatii sau neincrederii; pacientul arata o tendinta puternica de a intrerupe interactiunile si de a se izola de altii	
7. Extrem – pacientul nu poate fi angajat in activitati sociale din cauza fricii pronuntate, ostilitatii sau delirurilor persecutorii; evita orice interactiuni si ramane izolat fata de altii	

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 13:

Interviul Clinic Structurat pentru Scala Sindromului Pozitiv si Negativ

(Structured Clinical interview for the Positive and Negative Syndrome Scale)

Date despre "Lipsa spontaneitatii si fluzul conversatiei" (N6), "Raport deficitar"(N3) si "Dezorganizare conceptuala" (P2)

Buna ziua, Eu sunt.... si in urmatoarele 30-40 minute vom vorbi despre Dumneavoastra si motivele pentru care sunteti aici. Poate aveti bunavointa de a incepe prin a-mi spune cate ceva despre Dumneavoastra, precum cine sunteti, ce scoala aveti, profesie, loc de munca si asa mai departe....

(Permite subiectului cel putin 5 minute sa vorbeasca liber astfel incat sa se stabileasca raportul cu intervievatorul ca mai apoi sa se inceapa cu intrebarile de mai jos)

Date despre "Anxietate"(G2)

1. V-ati simtit ingrijorat sau nervos in ultima saptamana?
   Daca DA treci la intrebarea 3, daca NU continua

2. Ati putea spune ca in mod obisnuit sunteti calm si relaxat?
   Daca DA treci la intrebarea 8, daca NU continua

3. Ce va face sa va simtiti nervos (ingrijorat, lipsit de calm, tensionat)?

4. Cat de nervos (ingrijorat, etc.) v-a simtiti?

5. Tremurati uneori sau va bate inina repede?

6. Aveti stari de panica?

7. Cum dormiti, aveti pofta de mancare sau a fost afectate particparea Dvs la unele activitati?

Date despre "Deliruri"(P1) si "Continut neobisnuit al gandirii" (G9)

8. Lucrurile merg bine pentru Dvs?

9. Va deranjeaza ceva?

10. Puteti sa-mi spune-ti ceva despre gandurile Dvs si despre ce va intereseaza?

11. Urmati o anumita filozofie sau credinta? (anumite reguli, invatatura sau religie)?

12. Unii oameni mi-au spus ca cred in Diavol, Dvs ce credeti despre asta?
    Daca NU, treci la intrebarea 14, daca DA, continuati

13. Puteti sa-mi spuneti mai mult despre asta?

14. Puteti sa cititi mintea/gandurile altora?
    Daca NU, treceti la intrebarea 16, daca DA, continuati

15. Cum se poate intampla asta?

16. Altii pot citi gandurile Dvs?
Daca NU, treci la intrebarea 19, daca DA, continua

17. Cum fac asta?

18. Exista vreun motiv ca cineva sa vrea sa va citeasca gandurile?

19. Cine controleaza gandurile Dvs?

Data despre "Suspiciozitate" (P6) si "Control deficitar al impulsurilor"(G14)

20. Cum vi-ati petrecut timpul in aceste zile?

21. Preferati sa stati singur?

22. Va place sa va asociati cu altii in diferite activitati?
Daca DA, treci la intrebarea 25, daca NU continua

23. De ce nu?...Va e frica de oameni sau nu va plac oamenii?
Daca NU treci la intrebarea 26, daca DA, continua

24. Cum explicati aceasta?

25. Spuneti despre aceasta?

26. Aveti multi prieteni?
Daca DA, treci la intrebarea 30, daca NU, continua

27. Doar putini?
Daca DA, treci la intrebarea 20, daca NU, continua

28. Cati?.... De ce?
Treci la intrebarea 32

29. De ce asa putini prieteni?

30. Dar prieteni apropiati?
Daca DA, treci la intrebarea 32, daca NU, continua

31. De ce nu?

32. Nu aveti incredere in majoritatea oamenilor?
Daca DA, treci la intrebarea 34, daca NU, continua

33. De ce?

34. Exista in special anumite persoane in care nu aveti incredere?
Daca NU la intrebarea 34 si DA la intrebarea 32 treci la intrebarea 41
Daca NU la intrebarea 34 si NU la intrebarea 32treci la intrebarea 36
Daca DA la intrebarea 34, continua

35. Puteti sa-mi spuneti cine sunt acestia?

36. De ce nu aveti incredere in acestia (*specificati care*)?
Daca "NU STIU" sau "NU VREAU SA VA SPUN" continua, altfel treci la intrebarea 41

37. Aveti motive sa nu-i credeti?

38. Este ceva ce v-a facut Dvs?

39. Sau poate ceva ce ar putea sa va faca?
Daca NU, treci la intrebarea 41, daca DA continua

40. Puteti sa-mi explicati?

41. Va impacati bine cu altii?
Daca DA treci la intrebarea 43, daca Nu, continua

42. Care este problema?

43. Aveti un temperament aprig/fierinte?

44. Va luati la bataie usor?
Daca NU, treci la intrebarea 48, daca DA, continua

45. Cum se starnesc aceste batai?

46. Spuneti-mi ceva despre acestea?

47. Cat de des se petrec?

48. Uneori va pierdeti controlul?
Daca Nu, treci la intrebarea 50, daca DA, continua

49. Ce se intampla cand va pierdeti controlul?

50. Va plac majoritatea oamenilor?
Daca DA, treci la intrebarea 52, daca NU, continua

51. De ce nu?

52. Exista probabil unii oameni care nu va plac?
Daca NU, treci la intrebarea 54, daca DA, continua

53. Din ce motiv?

54. Va vorbesc unii oameni pe la spate?
Daca NU, trecu la intrebarea 57, daca DA, continua

55. Ce vorbesc acestia despre Dvs?

56. De ce?

57. Cineva sau unii v-au spionat sau au complotat vreodata impotriva Dvs?

58. V-ati simtit in pericol?
Daca NU, treci la intrebarea 64, daca DA, continua

59. Ati putea spune ca viata Dvs este in pericol?

60. Exista cineva care ar vrea sa va faca rau sau chiar sa va omoare?

61. Ati anuntat politia pentru ca sa va protejeze?

62. Uneori v-ati aparat singur impotriva celor ce va vor raul?

63. Ce anume ati facut?

Date despre "Comportamentul halucinator" (P3) si deliruri asociate

64. Ati avut pentru un timp experiente neobisnuite sau stranii?

65. Uneori oamenii imi spun ca aud zgomote sau voci in capul lor fara ca altii sa le auda? Vi s-a intamplat si Dvs?
Daca DA, treci la intrebarea 68, daca NU, continua

66. Uneori ati print mesaje personale prin radio sau TV?
Daca DA, treci la intrebarea 68, Daca NU, continua

67. De la Dumnezeu sau de la Diavol?
Daca DA, treci la intrebarea 83, daca NU continua

68. Ce ati auzit?

69. Ati auzit clar ca vocea mea?

70. Cat de des auziti aceste voci, zgomote sau mesaje?

71. Acasta se petrece tot timpul sau numai in anumite perioade de timp?
Daca AUDE NUMAI ZGOMOTE, treci la intrebarea 80, DACA AUDE VOCI, continua

72. Puteti sa recunoasteti a cui sunt vocile?

73. Ce spun vocile?

74. Spun vocile de bine sau de rau?

75. Sunt placute sau neplacute?

76. Vocile va intrerup din activitate sau din gandit?

77. Va dau vocile instructiuni sau ordine?
Daca NU, treci la intrebarea 80, daca DA, continua

78. De exemplu?

79. De obicei urmati ordinile sau instructiunile spune de aceste voci?

80. De unde vin aceste voci, cine le spune sau face?

81. De ce vi se intampla Dvs?

82. Aceste experiente sunt normale?

83. Uneori lucrurile obisnuite va apar stranii sau ciudate?

84. Uneori aveti “viziuni” sau vedeti lucruri pe care altii nu le vad?
Daca NU, treci la intrebarea 88, daca DA, continua

85. De exemplu?

86. Aceste viziuni par reale sau sunt ca si reale?

87. Cat de des vi se intampla?

88. Uneori lucrurile miros miros neobisnuit pe care altii nu le simt?

89. Va rog sa explicati?

90. Aveti senzatii neobisnuite sau ciudata in corp?
Daca NU, treci la intrebarea 92, daca DA, continua

91. Spuneti-mi despre aceasta.

Date despre “Preocupari somatice” (G1)

92. Cum va simtiti cu sanatatea?
Daca spune altceva decat “BINE” treci la intrebarea 94, daca “BINE”, continua

93. Va considerati ca suntati in buna stare fizica?
Daca DA, treci la intrebarea 95, daca NU, continua

94. Ce va supara?

95. Aveti vreo boala sau tulburare fizica?

96. Este vreo parete a cropuluiDvs care va supara?
Daca DA, treci la intrebarea 98, daca NU, continua

97. Cum va simtiti cu capul? Cu inima? Cu stomacul? Cu restul corpului?

98. Cum va explicati aceasta?

99. Si-a schimbat capul sau corpul Dvs marimea sau forma?
Daca NU, treci la intrebarea 102, daca DA, continua

100. Va rog sa explicati?

101. Ce a cauzat aceste schimbari?

Date despre “Depresie”(G6)

102. Cum a fost starea Dvs de spirit in ultima saptamana: buna sau rea?
Daca “REA” treci la intrebarea 104, daca “BUNA”, continua

103. Au fost momente saptamana trecuta cand v-ati simtit trist sau nefericit?
Daca NU treci la intrebarea 114, daca DA, continua

104. Exista ceva special care va face trist?

105. Cat de des va simtiti trist?

106. Cat de trist sunteti?

107. Va vine sa plangeti in ultimul timp?

108. Aceasta v-a afectat somunul?

109. Va afectat si pofta de mancare?

110. Va intereseaza mai putin activitatile curente decand sunteti trist?

111. Aveti ganduri sa va faceti vre-un rau?
Daca NU, treci la intrebarea 114, daca DA, continua

112. Aeti ganduri sa va luati viata?
Daca NU, treci la intrebarea 114, daca DA, continua

113. Ati incercat sa va sinucideti?

Data despre "Dsentimente de vinovatie"(G3) si "Grandiozitate"(P5)

114. Dacat va comparati cu o persoana obisnuita cum va evaluati: un pic mai bine, mai rau sau la fel?
Daca "MAI BINE"treci la intrebare 117
Daca "LA FEL" treci la intrebarea 118
Daca "MAI RAU" continua

115. In cel fel mai rau?

116. Cum va considerati?
Treci la intrebarea 120

117. Mai bine in ce mod?
Treci la intrebarea 120

118. Simtit ca sunteti in anume fel special?
Daca NU, treci la intrebarea 120, daca DA, continua

119. In ce fel?

120. Considerati ca aveti un dar special?

121. Aveti talente sau abilitati pe care cei mai multi oameni nu le au?
Daca NU, treci la intrebarea 126, daca DA, continua

122. Va rog sa explicati

123. Aveti o putere speciala?
Daca NU, treci la intrebarea 126, daca DA, continua

124. Care ar fi aceasta?

125. De unde a venit aceasta putere?

126. Aveti operceptii extrasenzoriale, puteti citi mintile altor oameni?

127. Sunteti bogat?
Daca NU, treci la intrebarea 129, daca DA, continua

128. Va rog sa explicati?

129. Va considerati foarte destept?
Daca NU, treci la intrebarea 131, daca DA, continua

130. De ce ati spune asta?

131. Va puteti descrie ca faimos?

132. Unii oameni va recunosc de la TV, radio sau din ziare?
Daca NU, treci la intrebarea 134, daca DA, continua

133. Ce puteti sa-mi spuneti despre aceasta?

134. Sunteti o persoana religioasa?
Daca NU, treci la intrebarea 140, daca DA, continua

135. Esti in relatii stranse cu Dumnezeu?
Daca NU, treci la intrebarea 140, daca DA, continua

136. Dumnezeu va numit pentru o misiune sau pentru un rol special?

137. Sunteti unul din mesagerii lui Dumnezeu sau un inger?
Daca NU, treci la intrebarea 139, daca DA, continua

138. Ce puteri speciale aveti ca mesager a lui Dumnezeu sau ca inger?

139. Va considerati ca fiind chiar Dumnezeu?

140. Aceti o misiune speciala in viata?
Daca NU, treci la intrebarea 143, daca DA, continua

141. Care este misiunea Dvs?

142. Cine v-a dat aceasta misiune?

143. Ati facut vreodata ceva rau pentru care sa va simtiti vinovat?
Daca NU, treci la intrebarea 149, daca DA, continua

144. Cat de mult va simtiti vinovat de aceasta

145. Simtiti ca trebuie sa fiti pedepsit pentru aceasta?
Daca NU, treci la intrebarea 149, daca DA, continua

146. Ce pedeapsa meritati?

147. Va ganditi uneori sa va pedepsiti singur?
Daca NU, treci la intrebarea 149, daca DA, continua

148. Ati actionat vreodata conform acestor ganduri de a va pedepsi singur?

Date despre "Dezorientare" (G10)

149. Puteti sa-mi spuneti ce data este astazi?
Daca DA, treci la intrebarea 151, daca NU, continua

150. Puteti sa-mi spunbeti ce zi a saptamanii este astazi?

151. Care este numele locului unde sunteti acum?
Daca NU ESTE SPITALIZAT treci la intrebarea 154, daca ESTE SPITALIZAT, continua

152. In ce sectie de spital sunteti?

153. Ce adresa este aici?
Daca ESTE CAPABIL SA SPUNA treci la intrebarea 155, daca NU, continua

154. Puteti sa-mi spune-te adresa Dvs de acasa?
Daca NU ESTE SPITALIZAT treci la intrebarea 156, daca ESTE SPITALIZAT, continua

155. Daca cineva vresa sa va caute la telefon, ce numar trebuie sa apaleze?

156. Daca cineva vresa sa va cauta acasa, la ce numar de casa stati?

157. Care este numele doctorului care va trateaza?
Daca NU ESTE SPITALIZAT treci la intrebarea 159, daca ESTE SPITALIZAT, continua
158. Puteti sa-mi spuneti nume din personal si ce fac acestia?

159. Cunoaste ti cine este presendintele tarii?

160. Cunoasteti cine este primul ministru?

161. Cunoasteti cine este primar la orasului Dvs?

Date despre "Dificultati in gandirea abstracta" (N5)

Acum vreau sa spun cate o pereche de cuvinte si Dvs sa gasiti similaritatile dintre ele. De exemplu, cuvintele "mar" si "banana", ce au ele in comun? Daca raspunsul este "AMBELE SUNT FRUCTE" atunci continua Va rog sa-mi spuneti similaritatile dintre perechile urmatoare (selectati trei dintre perechile urmatoare, in ordinea dificultatii):

1. minge si portocala
2. mar si banana
3. creion si stilou
4. o moneda de 50 bani si una de 20 centi

5. masa si scaun
6. tigru si elefant
7. palarie si camasa
8. autobus si tren

9. brat si picior
10. trandafir si lalea
11. unchi si verisor
12. soare si luna

13. pictura si poezie

14. deal si vale
15. aer si apa
16. pace si prosperitate

Dvs probabil ati auzit expresia “Nu judaca o carte dupa coperta” Care este intelesul din spatele acestui proverb. Selectati alte doua proverbe din lista de mai jos si cereti pacientului intelesul lor:

1. Doua capate fac mai mult decat unul
2. Cu prea multe moase ramane buricul netaiat
3. Nu judeca o carte dupa coperta
4. Ce tie nu-ti place altuia nu-i face

5. Cu a floare nu faci promavara
6. Unde-s doi puterea creste
7. Capul plecat sabia nu taie
8. Apa trece, pietrele raman

9. Cine se joaca cu focul pana la urma se arde
10. Cine sapa groapa altuia, cade in ea
11. Ulciorul un merge de prea multe ori la apa
12. Unde-s multi puterea creste

13. Vorba multa saracia omului
14. Cine se scoala dimineata departe ajunge
15. Ziua buna se cunoaste de dimineata
16. Capul plecat sabia nu taie

Date despre “Lipsa judecatii si a insight-ului” (G12)

162. De cat timp stati in spital/cat de mult ati stat in spital?

163. Dvs ati venit la spital?

164. Ati avut nevoie sa fiti spitalizat?
Daca DA, treci la intrebarea 167, daca NU, continua

165. Ati avut o problema care a necesitat tratament?
Daca NU, treci la intrebarea 169, daca DA, continua

166. Credeti ca ati avut o problema psihica/mentala?
Daca NU, treci la intrebarea 169, daca DA, continua

167. De ce credeti ca ati avut o problema psihica/mentala?
Daca NU, treci la intrebarea 169, daca DA, continua

168. Speneti-mi despre aceasta si in ce a constat?

169. In opinia Dvs aveti nevoie de medicamente pentru aceasta?
Daca DA treci la intrebarea 171
Daca NU si “FARA MEDICAMENTE” treci la intrebarea 172
Daca NU si “CU MEDICAMENTE” continua

170. De ce aveti nevoie sa luati medicamente?
Treci la intrebarea 172

171. De ce? Va ajuta medicamentele sa va faceti bine?

172. In acest moment aveti ceva probleme psihice?
Daca DA, treci la intrebarea 174, daca NU, continua

173. Pentru ce motiv sunteti internat la spital?
Treci la intrebarea 175

174. Va rog sa explicati

175. Cat de serioase sunt aceste probleme pe care le aveti?
Daca NU ESTE SPITALIZAT treci la intrebarea 178
Daca ESTE SPITALIZAT, continua

176. Va simtit destul de bine ca sa vi se faca externarea?

177. Credeti ca trebuie sa luati medicamente si acasa?

178. Care este planul Dvs?

179. Ce puteti spune despre viitorul acestor probleme?

- oo 0 oo -

Anexa Nr.14

Scala de identificare a simptomelor si comportamentului

(*Behavior and Symptoms Identification Scale – BASIS-32)*

INSTRUCTIUNI: Mai jos este o lista de probleme si domenii ale vietii cotidiene in care unii oameni intalnesc dificultati. Foloseste scala furnizata mai jos pentru a alege cel mai bun raspuns la fiecare problema pentru a descrie cat mai bine gradul de dificultate pe care l-ai avut in ultima saptamana.

0 = niciodata,
1 = rareori,
2 = uneori,
3 = adesea,
4 = totdeauna

Te rog sa raspunzi la fiecare intrebare. Nu sari niciuna. Daca exista freun domeniu care ti se pare ca nu se potriveste indica "nici o dificultate".

Pentru fiecare problema alege numai un raspuns.

Cat de mare au fost dificultatile/probleme pe care le-ai intalnit in:

1. Viata de zi cu zi. (De exemplu: sa ajungi la timp unde ai dorit, sa-ti administrezi banii, sa iei deciziile necesare de fiecare zi).

2. Responsabilitatile domestice. (De exemplu: cumparaturi, gatiti, spalat, curatenie, alte activitati casnice).
Noteaza: Daca tu esti internat in spital, te rog evalueaza aceste lucruri conform ultimei dati cand ai fost acasa.

3. Munca. (De exemplu: indeplinirea sarcinilor, nivelul de performanta, gasirea/mentinerea unui serviciu).
Noteaza: Daca esti internat, evalueaza dupa cum ai functionat in programele din spital la care ai participat in ultima saptamana.

4. Scoala. (De exemplu: performanta scolara, facerea temelor, frecventa).
Noteaza: Daca esti internat, evalueaza dupa cum ai functionat in programele din spital la care ai participat in ultima saptamana.

5. Timpul liber si activitati recreationale.

6. Adaptarea la evenimente stresante. (De exemplu: separare, divort, mutat, serviciu/scoala noua, deces).

7. Relatiile cu membrii familiei.

8. Intelegerea cu alti oameni din afara familiei.

9. Sentimentele de izolare sau singuratate.

10. A fi capabil de a te simti aproape de altii.

11. A fi realist cu tine insuti si cu altii.

12. Recunoasterea si exprimarea adecvata a emotiilor.

13. Independenta si autonomie proprie.

14. Scopuri si directie in viata proprie.

15. Lipsa de incredere in fortele proprii.

16. Apatie, lipsa de interes fata de diverse lucruri.

17. Depresie, lipsa de speranta.

18. Ganduri si gesturi suicidare.

19. Simptome fizice. (De exemplu: dureri de cap, dureri in alte zone ale corpului, tulburari de somn, dureri de stomac, ameteala).

20. Frica, anxietate sau panica.

21. Confuzie, probleme de concentrare, probleme de memorie.

22. Disturbing or unreal thoughts or beliefs.

23. Auzi voci si/sau vezi lucruri pe care altii nu le aud sau vad.

24. Schimbari rapide maniacale, comportament bizar.

25. Schimbari ale dispozitiei, dispozitie instabila.

26. Comportament incontrolabil, compulsiv. (De exemplu: tulburari alimentare, spalat pe maini, auto-ranire).

27. Activitate sau preocupari sexuale.

28. Consum de alcool.

29. Consum de droguri.

30. Controlul emotiilor, explzii de manie, violenta.

31. Impulsivitate, comportament ilegal sau iresponsabil.

32. Sentiment de satisfactie cu propria viata.

Scorul BASIS-32
Depresie/Anxietate: (itemii 6,9,17,18,l9,&20)
Viata zilnica/Functionarea de rol: (itemii 1, 5, 13, 16, 21, 32 + 2, 3 & 4)
Relatiile cu sine/altii: (itemii 7, 8, l0, 1l, l2, 14, & 15)
Psihoza: (itemii 22, 23, 24, & 27)
Impulsivitate/Comportament addictiv: (itemii 25, 26, 28, 29, 30, & 31)

Scor general: (itemi de la 1 la 32) = /32 = 0

Scorul de bunastare generala:
- Anxietate: (itemii 2, 5, 8, 16)
- Depresie: (itemii 4, 12, 18)

- Bunastare: (itemii 1, 6, 11)
- Auto-Control: (itemii 3, 7, 13)
- Vitalitate: (itemii 9, 14, 17)
- Sanatate generala: (itemii 10, 15)
-

Scor general: (itemii de la 1 la 18) /18 = 0

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 15

Scala de evaluare a progreselor pacientului

(*Routine Assessment of Patient Progress – RAPP)*

INSTRUCTIUNI:

Mai jos este un inventar cu problemele pe care pacientul le poate prezenta. Evalueaza fiecare item cu privire la severitatea problemei in ultimele 7 zile.

1. Probleme cu dieta (icresterea sau descresterea apetitului, cresterea consumului de lichide, descresterea consumului de lichide, regim special, vomita, necesita asistenta, cresterea sau descresterea greutatii, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever

Descrie

2. Probleme cu somnul (utilizarea de somnifere/sedative, dificultati la trezire, somnolenta in timpul zilei, cosmaruri, sforaiala excesiva, insomnie initiala, insomnia de la mijlocul noptii, trezire devreme, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever

Descrie

3. Probleme de eliminare (constipatie, retentie urinara, prescriere de laxative/ supozitoare, clisma, dureri la eliminare, incontinenta urinara sau fecala, nevoie de asistenta in toaleta intima, oltele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever

Descrie

4. Probleme de siguranta individuala (auto-ranire, suicid, istorie de parasuicid, periculozitate fata de altii, impulsivitate, convulsii, reducerea constiintei, confuzie sau dezorientare, scaderea mobilitatii, fumat excesiv, abuz de substante, acte bazate pe idei delirante sau halucinatii, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever

Descrie

5. Probleme cu miscarea (neindemanare, tremuraturi, tremor, miscari contorsionare, rigiditate, dat din picioare, probleme cu micari oculare, tulburari de meres, dezechilibru,
grimse, probleme cu inghititul, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever

Descrie

Scala de psihopatologie

6. Anxietate: semne fizice (de ex.. tremor, transpiratii, palpitatii), dependent/legat/cauare de sfaturi, plangeri subiective (de ex. tensiune, frica, grija), obsesii, triggeri (descrie), altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Severe

Descrie

7. Dispozitie si afect (iritabil, veslie /euforiec, cresterea stimei de sine/grandiozitate, labil, perplex, grosolan, trist/depresiv, vinovatie, lipsa de valoare, lipsa de speranta, ideatie suicidara/gesturi suicidare, expresie stearsa, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever

Descrie

8. Nivelul activitatii (actiuni bizare, cresterea sau descresterea activitatilor cu scop, agitatie, lentoare psihomotorie, comportament ritualic sau repetitiv, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

9. Deliruri (paranoid/persecutor, bizar, erotic, somatic, grandioz, de a fi controlat, oltele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

10. Halucinatii (auditiv, visual, tactile, olfactory, gustatory, command; senies hallucinations but: talks to self, appears to
be listening to voices):

0 Absent 1 Suspected 2 Present 3 Acts upon delusions
Describe

11. Form vorbirii (cresterea/descresterea volumului, cresterea sau descresterea vitezei vorbirii, mut, neinteligibil, monoton; dificil de intrerupt interupt, slabirea asociatiilor de idei, incoerent, neologisme, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

12. Ostilitate (apare ostile, critic, suspicios, amenintator, tipa, transpira, manios; comentarii abuzive, arunca cu lucruri,, loveste/distruge lucruri, violent fizic cu altii, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

13. Nivel cognitiv/intelectual (dezorientat, probleme de memorie, probleme de concentrare/atentie, distractibil, saracirea gandirii; probleme evidente de citit/scris/aritmetica, afectarea judecatii, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

Scala abilitatilor vietii de zi cu zi

14. Igiena si aparenta (dezmatat, nespalat, are nevoie de indemnuri, nvoie de supraveghere, aparenta bizara, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

15. Probleme de cooperare (refuza sau tine sub limba medicatia, se opune directivelor personalului, nu respecta regulile/protocoalele sectiei; refuza sa participe la activitati/terapii in afara sectiei (de ex. Terapie ocupationala, recreationala, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

16. Probleme de socializare (timid, singuratic, retras, nu initiaza conversatii, nu raspunde, centrat pe el insusi; maniere defectuase, crud, suparat, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

17. Probleme cu administrarea bugetului si proprietatii (pierde lucruri, nu-si administreaza bine banii, fumeaza muld desi nu are bani, aduna lucruri; nu are grija de lucrurile personale, fura, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

18. Probleme ale expresiei sexuale (interes sexual excesiv, comentarii sexuale neadecvate, actiuni sexuale inadecvate, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever
Descrie

19. Probleme cu timpul liber (nici un interes, se implica numai daca este impins de la spate, evita evenimente organizate, evita activitati sociale; evita sa citeasca, sa se plimbe sau alte activitati solitare, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever

Descrie

20. Probleme ale stilului de rezolvare a problemelor (manipulativ, agresiv (isi solicita drepturile in defavoarea altora), face bascalies, pasiv/dezinteresat, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever

Descrie

21. Cereri asupra personalului de ingrijire (cereri frecvente, plangeri somatice frecvente, solicita frecvet atentie, bizar; nevoi fizice, cere frecvent medicatie, altele):

0 Absent 1 Usor 2 Moderat 3 Sever

Descrie

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 16

Inventarul de remitere a psihozei

(Psychosis Recovery Inventory – PRI)

***INSTRUCTIUNI**: Mai jos gasiti o serie de afirmatii referitor motivele si efectul tratamentului pe care l-ati suferit. Va rog sa citit fiecare afirmatie si sa evaluati cat de acord sau dezacord sunteti cu fiecre din ele*

Nr	Afirmatie	Acord total	Acord moderat	Acord putin	Dezacord slab	Dezacord moderat	Dezacord total
A1	Am primit tratament din cauza gandurilor si sentimentelor mele anormale						
A2	Starea mea a fost absolut normala						
A3	M-am gandit mult la ceea ce mi-a cauzat experientele mele neobisnuite						
A4	Incerc sa inteleg de ce alti oameni nu au trait aceleasi experiente neobisnuite						
A5	Nu ma voi simti linistit pana cand nu voi intelege cu adevarat boala mea						
A6	Caut informatii despre boala mea in carti sau pe internet						
A7	Boala mea a avut un impact major asupra vietii mele						
B1	Urmez intrutotul medicatia prescrisa						
B2	Iau medicamentele pentru ca familia/prietenii ma roaga s-o fac						
B3	Medicamentele imi afecteaza memoria si concentratia						
B4	Desi doctorul mi-a spus sa iau medicamente, eu nu le iau						
B5	Beneficiul major al medicamentelor a fost ca pot sa dorm						
B6	Daca opresc medicatia, experientele mele neobisnuite vor reveni						
B7	Medicatia m-a facut mai lent fizic si mental						
B8	Boala mi-a afectat memoria si concentratia						
B9	Cred ca trebuie sa continui sa iau medicamentele						
B10	Ma simt mai bine cand nu iau medicamentele						
B11	Cred ca insasi luarea medicamentelor reprezinta un handicap						
B12	Medicamentele ma fac sa ma simt obosit						
B13	Va fi un lucrur rau daca va trebuie sa iau medicamente mult timp						
C1	Nu am nici o putere sa previn reaparitia bolii						
C2	Daca ma voi imbolnavii din nou va fi foarte prost pentru mine						
C3	Medicamentele reduc sansele sa ma imbolnavesc din nou						
C4	Ar trebui sa imi revin la cum am fost inainte pentru ca sa ma consider refacut						
C5	Mi-am revenit complet din boala mea						

- oo 0 oo -

Anexa nr. 17

SCALA DE EVALUARE A SIMPTOMELOR PSIHOTICE

(*The Psychotic Symptom Rating Scale - PSYRATS*)

Instructiuni generale:
Urnatorul interviu structurat este destinat sa extraga detalii specifice privitor la diferite dimensiuni ale psihozei. Cand puneti intrebarile din interviu evaluati cum s-a simtit pacientul in ultima saptamana pentru majortatea timpului.

1. Scala de evaluare a halucinatiilor

1. Cat de des ai auzit voci (de ex. in fiecare zi, toata ziua, etc.)
Frecventa:
0 – Vocile nu sunt prezente sau prezente pentru mai putin de o data pe saptamana.
1 – Le aude cel putin odata pe saptamana.
2 – Le aude cel putin odata pe zi.
3 – Le aude cel putin odata pe ora.
4 – Aude voci continuu sau aproape continuu (de ex. se opresc doar pentru cateva secunde sau minute).

2. Cand auzi voci, cat timp dureaza? (de ex. secunde, minute, ore, o zi intreaga)
Durata:
0 - Nici o voce prezenta.
1 - Dureaza putine secunde.
2 - Dureaza cel putin cateva minute.
3 - Dureaza cel putin o ora.
4 - Dureaza cel putin cateva ore.

3. Cand auzi voci, de unde ti se pare ca vin?
- Din capul tau si/sau din afara lui?
- Daca vocile apar ca si cum ar veni din afara ta, de unde crezi ca vin?
Locatie:
0 - Nici o voce prezenta.
1 - Vocile par ca vin numai din cap.
2 - Vocile din afara capului dar aproape de urechi. Voci din cap pot fi la fel prezente.
3 - Vocile suna ca si cum sunt in cap sau aproape de ureche si inafara de cap si departe de ureche..
4 - Vocile suna ca si cum ele ar fi numai inafara capului.

4. Cat de tare auzi vocile?
- Sunt mai tari decat vocea ta, se aud la fel de tare, sunt mai slabe sau chiar soptesc?
Tarie:
0 - Nici o voce prezenta.
1 - Mai incete decat propria voce, soptesc.
2 - Tot atat de tari ca si propria voce.
3 - Mai tari decat voce mea.
4 - Extrem de tari, strigate.

5. Ce crezi ca este cauza ca auzi voci? Sunt aceste voci cauzate de factori care tin de tine sau cauzate de alti oameni sau de alti factori? Daca pacientul afirma o cauza externa:
Cat de mult crezi ca aceste voci sunt cauzate _____ (adauga cauza) pe o scala de la 0 - 100, 100 fiind faptul ca esti total convins, fara nici un dubiu, si 0 reprezinta faptul ca nu esti convins deloc de aceasta cauza.

Credinta in originea cocilor:
0 - Nici o voce prezenta.
1 - Crede ca vocile sunt generate numai intern si legate de el insumi.
2 - Coteaza < 50% convingere ca vocile au cauze externe.
3 - Coteaza > 50% convingere (dar mai putin de 100%) ca vocile au origine externa.
4 - Crede ca vocile sunt datorate numai cauzelor externe (100% convingere)

6. Vocile pe care le auzi spun lucruri neplacute sau negative?
- Poti sa dai un exemplu de ceea ce spun vocile?
- Cat de mult timp vocile spun astfel de lucruri negative sau neplacute?
Cantitatea continutului negativ al vocilor:
0 - Nici un continut neplacut.
1 - Ocazional continut neplacut (< 10%).
2 - Putin continut neplacut sau negativ (< 50%).
3 - Mult continut neplacut sau negativ (>50%).
4 - Total continut neplacut sau negativ.

7. Intreaba pacientul pentru a afla mai multe detalii daca este necesar.
Gradul continutului negativ:
0 - Nici un continut neplacut sau negativ
1 - Continut negativ in oarecare masura, dar fara comentarii fata de persoana sau familie, de ex. cuvinte injurioase.
2 - Continut verbal abuziv, comentarii asupra comportamentului persoanei.
3 - Continut verbal abuziv legate de persoana in sine, fizionomie, aspect fizic, moralitate.
4 - Amenintari asupra persoanei, asupra familiei, instructiuni extreme sau comenzi pentru acte fizice fata de propria persoana, familie sau asupra altora.

8. Te necaject mult vocile pe care le auzi?
- cat de mult timp?
Cantitatea de necaz (distress):
0 - Vocile nu sunt suparatoare de loc.
1 - Ocazional vocile produc necaz (< 10% din timp).
2 - Produc destul necaz (< 50% din timp).
3 - In majoritate vocile produc necaz (> 50% din timp).
4 - Vocile produc tot timpul necaz, suferinta, distress.

9. Cand vocile produc necaz, cat de mult te necajesc?
- Ele produc putin, moderat sau mult necaz?
- Totdeauna au fost asa de suparatoare?
Intensitatea necazului:
0 - Vocile nu produc nici un necaz.
1 - Vocile sunt putin suparatoare.
2 - Vocile sunt moderat suparatoare.
3 - Vocile sunt foarte suparatoare..
4 - Vocile sunt extrem de suparatoare, foarte greu le suporta.

10. Cat de tare perturba vocile viata ta?
- Vocile interfera negativ cu activitatile zilnice?
- Vocile interfera cu relatiile cu familia/prietenii/altii?
- Vocile interfera cu capacitatea ta de a te ingriji?
Perturbarile pe care le cauzeaza vocile:
0 - Nici o perturbare a activitatilot si relatiilor.
1 - Vocile cauzeaza perturbari minime ale vietii de zi cu zi si nu necesita ajutor pentru mentinerea activitatii independente.
2 - Vocile cauzeaza perturbari moderate in viata zilnica si activitati in familie si societate si poate necesita ajutor pentru activitatile zilnice.

3 - Vocile cauzeaza perturbari severe ale vietii, spitalizarea este uzual necesara. Pacientul poate fi capabil de autoingrijire cat este in spital, poate necesita ajutor in viata independenta cand este acasa. Poate avea probleme de relatie cu familia si altii.
4 - Vocile cauzeaza perturbarea completa a vietii si necesita spitalizare. Pacientul este incapabil de activitati, autoingrijire si relatii sociale.

11. Ai vreun control asupra vocilor?
- Poti sa chemi vocile?
- Poti sa le spui sa se opreasca sau sa plece?
Control\labilitatea vocilor:
0 - Subiectul crede ca poate controla vocile si poate totdeuna sa le aduca sau sa le alunge dupa vointa.
1 - Subiectul crede ca poate ca are oarecare control asupra vocilor in majoritatea ocaziilor.
2 - Subiectul crede ca poate ca are ceva control asupra vocilor aprozimatic jumatate din timp.
3 - Subiectul crede ca poate ca are ceva dar numai ocazional: majoritatea timpului subiectul aude voci care sunt incontrolabile.
4 - Subiectul nu are control asupra vocilor si nu poate sa le influenteze deloc.

SCALA DE EVALUARE A HALUCINATIILOR (FISA DE SCOR)

Data evaluarii	**Data 1-a_____**	**Data 2-a_____**	**Date 3-a_____**	**Data 4-a_____**
Frecventa				
Durata				
Locatia				
Taria/volumul				
Credinte despre originea vocilor				
Cantitatea de continut negativ				
Neplacerea continutului negativ				
Marinea distressului				
Intensitatea distressului				
Perturbarea vietii				
Controlabilitatea vocilor				
Scorul total				

2. Scala evaluarii delirurilor

1. FRECVENTA PREOCUPARI CU DELIRURILE
Cat de mult timp te gandesti la credintele tale?
- tot timpul/zilnic/saptamanal, etc.
0 Nici un delir la care pacientul sa se gandeasca mai putin de odata pe saptamana.(daca este prezent, specifica frecventa)
1 Subiectul se gandeste cel putin odata pe saptamana.
2 Subiectul se gandeste odata pe zi.
3 Subiectul se gandeste odata pe ora.
4 Subiectul se gandeste la deliruri in mod continuu sau aproape continuu. Subiectul poate sa se gandeasca la altceva doar pentru putine secunde sau minute.

2. DURATA PREOCUPARI CU DELIRURILE
Cand credintele apar in minte, cat de mult timp persista?
- Putine secunde/minute/ore, etc.
0 Nici un delir.
1 Gandirile delirante dureaza putine secunde.
2 Gandirile delirante dureaza cateva minute.
3 Gandirile delirante dureaza cel putin o ora.
4 Gandirile delirante dureaza cel putin cateva ore odata..

3. CONVINGEREA (in timpul interviului)
In acest moment cat de convins esti de adevarul credintelor tale? Pot sa estimezi pe o scala de la 0 la 100, unde 100 insemnand ca esti total convins de adevarul lor si 0 ca nu esti convins deloc.
0 Nu este convins deloc.
1 Foarte putina convingere despre realitatea credintelor, < 10%
2 Ceva dubiu despre veridicitatea credintelor, intre 10-49%
3 Convinegerea in credinte este foarte mare, intre 50-99%
4 Convingerea este totala; 100%

4. CANTITATEA DE DISTRESS
Credintele tale iti creiaza necazuri?
Cat de mult timp iti creiaza necazuri ?
0 Nici un distress
1 Creiaza distress in putine ocazii.
2 Creiaza distress in aproximativ 50% din ocazii.
3 Creiaza distress in majoritatea ocaziilor, intre 50-99% din timp
4 Creiaza totdeuna necazuri cand credintele apar.

5. INTENSITATEA DISTRESULUI
Cand credintele iti creiaza neplaceri, cat de tare esti necajit?
0 Nici un distress
1 Putin distress
2 Moderat distress
3 Puternic distress
4 Extrem distress, nu poate fi mai rau.

6. PERTURBAREA VIETII CAUZATA DE CREDINTE
Cat de mult pereturbari iti aduc credintele tale?
- te perturba de la munca sau din activitatile de zi cu zi?
- interefera cu relatiile de familie sau cu prietenii?
- interfera cu capacitatea de a te ingriji (de ex. spalat, gatit, ingrijitul hainelor).
0 Nici o perturbare de viata, capabil sa-si mentina viata independenta si nu afecteaza viata de zi cu zi; capabil sa-mi mentina relatiile de familie si cele sociale.
1 Credintele cauzeaza perturbari minime in viata, de ex. interfera cu concentrarea, totusi este capabil sa mentina activitatea si relatiile sociale si cu familia si este capabil sa traiasca independent fara suport.
2 Credintele cauzeaza o perturbare moderata a vietii cauzand ceva perturbari ale activitatii zilnice si ale activitatilor sociale. Pacientul nu este in spital dar poate necesita ajutor in activitatile de zi cu zi, domestice.
3 Credintele cauzeaza pereturbari severe ale vietii astfel ca spitalizarea este in mod obisnuit necesara. Pacientul este capabil sa mentina ceva activitati zilnice, auto-ingrijire si relatii cat timp este in spital.
4 Perturbari totala ale activitatii care necesita internarea. Pacientul este incapabil sa mentina activitatile zilnice si relatiile cu ceilalti. Auto-ingrijirea este sever perturbata.

PROBLEME GENERALE
Vechimea in timp a credintelor delirante (ani)? _____
Specifica credintele delirante ale pacientului:
_____

Data evaluarii	Data 1-a _____	Data 2-a_____	Data 3-a _____	Data 4-a _____
Frecventa preocuparii				
Durata preocuparii				
Convingerea				
Marimea distressului				
Intensitatea distressului				
Perturbarea				
Scorul total				

- oo 0 oo -

Anexa nr. 18

EVALUAREA CLINICIANULUI A DIMENSIUNILOR SEVERITATII SIMPTOMELOR DE PSIHOZA

(*Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity - C-RDPSS)*

Instructiuni: Bazat pe toate informatiile despre pacient si folosind judecata clinica, te rog sa evaluezi (bifa) prezenta si severitatea urmatoarelor simptome pe care pacientul le-a trait in ultimele 7 zile.

Domeniul/item	0	1	2	3	4	Scor
I. Halucinatii	Nu este prezent	Suspect (severitatea sau durata nu este suficienta pentru a fi luata in considerare psihoza)	Prezent, dar usor (putina presiune de a actiona conform vocilor, nu este foarte necajit de voci)	Prezent si moderat (ceva presiune sa raspunda la voci, sau ceva necaz dat de prezenta vocilor)	Prezent si sever (presiune severa de a raspunde la voci sau este foarte necajit de voci)	
II. Deliruri	Nu este prezent	Suspect (severitatea sau durata nu este suficienta sa fie luata in considerare psihoza)	Prezent, dar usor (putina presiune de a actiona conform credintelor delirante, nu este foarte necajit de aceste credinte)	Prezent si moderat (ceva presiune de a actiona conform credintelor sau ceva necaz dat de aceste credinte)	Prezent si sever (presiune severa de a actiona comnform credintelor sau foarte mult necasit de aceste credinte	
III. Vorbire dezorganizata	Nu este prezent	Suspect (severitatea sau durata nu este suficienta sa fie luata in considerare dezorganizarea)	Prezenta dar usoara (ceva dificultati de a urmari ceea ce vorbeste)	Prezenta si moderata (vorbirea adesea dificil de urmarit)	Prezenta si severa (vorbirea aproape totdeauna imposibil de urmarit)	
IV. Comportament psihomotor anormal	Nu este prezent	Suspect (severitatea sau durata nu este suficienta sa fie a fi luata in considerare dezorganizarea)	Prezent dar usor (ocazional comportament motor anormal sau bizar sau catatonic)	Prezent si moderat (frecvent comportament motor anormal sau bizar sau catatonic)	Prezent si sever (aproape totdeuna comportament motor anormal sau bizar sau catatonic)	
V. Simptome negative (ingustarea expresiei emotionala sau avolitie)	Nu este prezent	Suspecta descrestere in expresivitatea faciala, prosodie, gesturi sau comportament initiat	Prezenta dar usoara scadere a expresivitatii faciale, prosodiei, gesturilor sau comportament iritat	Prezenta si moderata scadere a expresivitatii faciale, prosodiei, gesturilor sau comportament iritat	Prezenta si severa scadere a expresivitatii faciale, prosodiei, gesturilor sau comportament iritat	
VI. Afectare cognitiva	Nu este prezent	Suspect (functia cognitiva nu este clar dincolo de ceea ce este de asteptat conform varstei sau	Prezenta dar usoara (ceva reducere a functiei cognitive; mai jos decat este asteptat conform varstei sau statutului	Prezenta si moderata (reducere clara a functiei cognitive; mai jos decat este asteptat conform	Prezenta si severa (reducere severa a functiei cognitive; mai jos decat este asteptat conform varstei sau	

		statutului socioeconimic, cu 0,5 ds de la medie	socioeconimic, 0,5-1 ds de la medie	varstei sau statutului socioeconimic, cu 1-2 ds de la medie	statutului socioeconimic, > 1-2 ds de la medie	
VII. Depresie	Nu este prezent	Suspect (ocazional se simte trist, depresiv sau fara speranta; ingrijorare ca a gresit fata de cineva sau ceva dar nu preocupat de aceasta)	Prezenta dar usoara (frecvent se simte foarte trist, moderat depresiv sau fara speranta; ingrijorare ca a gresit fata de cineva sau ceva si ceva preocupare fata de aceasta)	Prezenta si moderata (frecvente perioade de depresie sau lipsa de speranta; preocupare cu vinovatia, de a fi facut ceva gresit)	Prezenta si severa (depresie adanca sau lipsa de speranta zilnica; delir de vinovatie, reprosuri irationale, exagerate fata de circumstante)	
VIII. Manie	Nu este prezent	Suspect (ocazional dispozitie crescuta, expansiva sau iritabilitate sau ceva neliniste)	Prezenta dar usoara (frecvente perioade de usoara dispozitie crescuta, expansiva sau iritabilitate sau neliniste psihomotorie)	Prezenta si moderata (frecvente perioade de dispozitie crescuta, expansiva sau iritabilitate sau neliniste psihomotorie)	Prezenta si severa (zilnic si severe perioade de dispozitie crescuta, expansiva sau iritabilitate sau neliniste psihomotorie)	

- oo 0 oo -

11. Masurarea alcoolismului

11.1. SCREENINGUL PROBLEMELOR DATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

Abuzul de alcool si consecintele lui este una din cele mai serioase probleme de sanatate publica. In mod obisnuit se considera ca daunele consumului abuziv de alcool se intalnesc doar la acei care sunt dependenti de el, numiti si alcoolici. Aceasta ideie este in parte gresita si genereaza o intarziere fatala in abordarea problemelor consumatorului abuziv de alcool. Cei dependenti de alcool reprezinta doar in jur de 5% din populatie si sunt doar cei ce apeleaza la servicii si tratamente specializate (Higgins-Biddle si Babor, 1996). Abordarea problemelor date de consumul abuziv de alcool necesita identificarea lor intr-un stadiu incipient, iar aceasta se realizeaza prin utilizarea instrumentelor de screening. Screeningul este procesul prin care sunt detectati subiectii care au sau au riscul de a avea o problema medicala specifica si separati de cei care nu au sau nu sunt la risc (Babor si Kadden, 1985). El presupune o utilizare rapida a unei proceduri necostisitoare atat ca timp cat si ca modalitate de administrare. Scopul screeningului sau triajului este de a decela si trata aceasta problema intr-un stadiu precoce inainte de debutul unei boli sau tulburari diagnosticabile, cand tratamentul ei este mult mai costisitor. Deci detectia se deosebeste de diagnostic care este in mod obisnuit un proces mai detaliat si intensiv cu scopul de a potrivi simptomele si semnele prezente la o categorie diagnostica si a face un plan de tratament.

Cele mai raspandite metode de screening al consumului de alcool sunt chestionarele de auto-evaluare. Mult timp s-a considerat ca evaluarea raportarilor subiectului ceconsuma alcool prin chestionare sau scale nu sunt confidente datorita tendintei acestuia de a nega comportamentul de consum. Cu toate acestea, multe studii au aratat contrariul, si astazi se considera ca marturia lor poate fi luata in considerare. Babor si colab. (1990) au aratat insa ca acuratetea raspunsurilor subiectilor depinde o serie de factori printre care: normele culturale, prezenta sau absenta altor personae in timpul interviului, caracteristicile interviului, atitudinea intervievatorului sau motivatia subiectului, etc. Mai jos sunt prezentate cateva din instrumentele cele mai folosite in screeningul alcoolismului

11.1.1. TESTUL DE IDENTIFICARE A PROPBLEMELOR CONSUMULUI DE ALCOOL *(The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT)*

Acest instrument a fost dezvoltat de Organizatia Mondiala a Sanatatii in cadrul unui proiect destinat identificarii persoanelor cu consum daunator de alcool (**"***The Collaborative Project on EarlyDetection of Persons with Harmful Alcohol Consumption"*) care a avut ca
principal scop formularea unei metode simple de detectare a persoanelor cu consum hazardos de alcool inainte ca sa apara dependenta la alcool sau alte complicatii fizice si psihosociale majore.
(Aasland si colab, 1985; Saunders, 1986; Babor si colab. 1986). Unul din rezultatele acestui studiul a fost construirea a doua instrumente de screening: "*The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT*" si "*The Clinical Screening Procedure*" (Saunders & Aasland 1987; Babor si colab. 1989; Saunders si colab. 1993).

Instrumentul AUDIT s-a construit prin alegerea a 150 itemi care acopereau criterii de diagnostic pentru termenul generic de alcoolism si administrarea lor la 1888 persoane din 6 tari. Pe baza unei analize statistice, au fost alese treptat doar acele intrebari care au furnizat raspunsuri pozitive frecvente, iar ulterior au fost indepartati itemii care nu corelau cu criteriul de baza. In final au ramas 10 intrebari care constitutie corpul instrumentului de screening (vezi Anexa nr. 1).

Scala AUDIT este un instrument de auto-evaluare si subiectul scoreaza fiecare intrebare pe o scala Likert cu 4 puncte in functie de frecventa diferitelor lui comportamente de consum si efecte secundare. Intrebarile 1-3 masoara consumul de alcool, intrebarile 4-6 comportamentul de consum, 7-8 reactiile adverse si 9-10 problemele date de alcool. Scorul total al testului poate sa se intinda de la 0 la 40.

Testul AUDIT utilizeaza o unitate internationala de masura a cantitatii de alcool consumate, numita generic "*drink*" si care se poate echivala cu un paharel de spirtoase (50 ml tuica, whisky, scotch, rom, bauturi cu un continut de 40% alcool), o sticla de bere de 330 ml, sau un pahar de masa de vin (200 ml). In Anexa Nr. 1 se prezinta un tabel cu conversia cantitatilor de alcool consumate in unitati internetionale "drink".

Conform grupului de lucru care a construit scala AUDIT, senzitivitatea, adica procentul de persoane corect identificate ca avand probleme cu alcoolul, a fost cuprinsa intre 87 si 96%, iar specificitatea, respectiv procentul de persoane corect identificate ca neavandp probleme cu alcoolul, a fost cuprinsa intre 81 si 98% in toate cele 6 centre ale studiului. Pentru scorul prag de 8 a fost gasit maximum de senzitivitate si specificitate, ceea ce inseamna ca dincolo de
acest scor (*cut-off point*) se poate vorbi de un individ avand un consum de alcool daunator.

Rezultate privind proprietatile psihometrice ale testului AUDIT au obtinut mai multi autori. Astfel, Fleming si colab. (1991) au studiat proprietatile psihometrice ale AUDIT intr-o populatie de 989 studenti si au gasit o senzitivitate de 84% si o specificitate de 71% atunci cand se utilizeaza un scor prag de 11. Barry & Fleming (1993) studiaza validitatea predictiva a AUDIT intr-o populatie rurala de 287 subiecti care se prezentau pentru diverse probleme de sanatate la medicul de medicina generala si confirma utilitatea instrumentului de a decela la un prag de 7-8 subiectii cu probleme curente date de alcool. Comparand AUDIT cu "*Michigan Alcoholism Screening Test - MAST"*, Bohn si colab. (1995) demonstreaza ca AUDIT este mai senzitiv si specific decat MAST in discriminarea alcoolicilor de cei nealcoolici intr-o populatie de pacienti cu diferite afectiuni medicale.

Autorul acestei carti a facut o versiune romaneasca a testului AUDIT prin metoda "translation- back-translation si metoda "*ROC-curve*" pentru a vedea senzitivitatea si specificitatea acesteia la diferite scoruri (Vrasti, 1999). Astfel, indicele de confidenta "kappa" (Fleiss) calculat pentru o administrare test-retest la 52 subiecti a fost de 0,91, deci un indice de
confidenta foarte bun. Scorul prag de la care se poate identifica un "caz de consum daunator de alcool" este de 10. Pentru acest scor senzitivitatea testului este de 90,1% iar specificitatea de 90,9%., scoruri comparabile cu datele din literature internationala de specialitate.

Instrumentul AUDIT este construit astfel incat sa poata fi folosit usor de medici de diferite specialitati, surori medicale, asistenti sociali, psihologi, sociologi, etc. si in

diferite locutii. El poate fi usor incorporat in mai multe genuri de examinari de sanatate precum anamneza unei consultatii medicale, triaj general de sanatate in vederea completarii unor formulare sau fise de sanatate, conversatii cu scop profilactic, consiliere privind stilul de viata sau managementul problemelor familiale si chiar ca test de auto-evaluare. Testul AUDIT este foarte rar privit de subiecti ca ofensator sau ingrijorator. Atunci cand subiectii refuza sa vorbeasca de consumul lor de alcool sau sa admita ca acest consum le dauneaza, sau la cei care sunt sub influenta alcoolului in timpul consultatiei se pot obtine informatii despre consumul de alcool prin folosirea intrebarilor testului la rudele, sotia/sotul sau colegii subiectului in cauza.

11.1.2. TESTUL MICHNIGAN DE SCREENING AL ALCOOLISMULUI *(The Michigan Alcoholism Screening Test - MAST)*

Testul MAST este unul din cele mai folosite teste pentru a masura abuzul de alcool si a fost dezvoltat de Selzer (1971). Este un test creion-hartie si poate fi aplicat de o persoana cu o experienta clinica redusa sau sa fie completat de insusi subiectul examinat.

testul este de tip chestionar si contine 24 intrebari. Timpul necesitat de completare este de aproximativ 10 minute.

Testul evalueaza prezenta simptomelor de dependenta, a problemelor generate de consum, a consecintelor medicale si a tratamentului anterior pentru aceste probleme. Cele 24 intrebari se adreseaza obiceiul de consum si problemelor sociale, vocationale si familiale legate de consumul excesiv de alcool. Intrebarile nu fac vreo diferenta intre problemele mai

vechi sau cele mai noi, curente.

Raspunsurile la intrebarile testului sunt de tip „da” sau „nu” si scorul fiecarei intrebari produce un singur scor general. Scorarea se face de catre evaluator, fiecarei intrebari

corespunzandu-i un scor de 1, 2 sau 5 pentru un raspuns de consumator abuziv sau de "alcoolic". Un scor total de 7 sau mai mult identifica un consumator abuziv, un scor de 5-6 indica un abuziv la limita, iar un scor de 4 sau mai putin spune ca nu exista nici o problema cu consumul de alcool (vezi Anexa Nr. 2).

Senzitivitatea testului MAST merge de la 86% la 98% si specificitatea de la 81% la 95% pentru pragurile de scor mai sus mentionate. Gibbs (1983) testeaza validitatea si confidenta instrumentului MAST si arata ca doar versiunea originala, lunga, a testul indeplineste standardele pentru a depista problemele date de consumul abuziv. Storgaard si colab. (1994) analizeaza 20 de studii de validitate ale testului MAST si gasesc specificitatea testului variaza destul de mult de la studiu la studiu ceea ce arata ca testul identifica mai multi "pozitivi" decat ar fi in realitate.

Din testul MAST a derivat un test scurt “Brief MAST” (BMAST) dezvoltat de Pokorny si colab.(1972), un test prescurtat cu 13 intrebari “Short MAST” (SMAST) dezvoltat de Selzer si colab. (1975) si un test mai lung, cu 35 intrebari, SAAST (*Self-Administered Alcohol Screening Test*) dezvoltat de Swenson si Morse (1975).

Magruder-Habib si colab. (1991) fac o critica a felului de formulare a intrenarilor testului MAST care lasa impresia subiectului testat ca trebuie sa indice ce s-a petrecut in intreaga lui viata, cand de fapt este vorba de ce se intampla in mod curent, lucru ce limiteaza capacitatea testului de a identifica timpuriu problemele bautorului excesiv.

Testul MAST este util in depistarea rapida si timpurie a problemelor consumului abuziv de alcool, atat la nivelul ingrijirilor primare, in selectia personalului, cat si in alte ipostaze clinice cand se impune acest fel de detectie.

11.1.3. CHESTIONARUL CAGE (*CAGE Questionnaire*)

Chestionarul CAGE este un instrument scurt, bland, care nu provoaca respondentul si care a fost dezvoltat de Mayfield si colab. (1974) si este foarte utilizat in practica medicala curenta pentru screeningul alcoolismului (Bush si colab. 1987).
Numele chestionarului CAGE vine de la cele patru intrebari ale testului care contin cuvintele "***C**ut down*" (redus), "***A**nnoyed*" (suparat), "***G**uilty"* (vinovat) si *"**E**ye opener"* (deschizatorul de ochi) si care sunt cele patru arii explorate de test. (vezi fig. Nr.10)

Ca si in testul MAST, cele patru intrebari nu precizeaza daca este vorba de o problema care a aparut candva in viata subiectului sau este una curenta, actuala.

CAGE este un test creion-hartie si subiectul trebuie sa aleaga singur un raspuns intre "da" si "nu", deci este un test de auto-evaluare.

Doua sa mai multe raspunsuri afirmative indica ca subiectul are riscul de a avea probleme date de consumul de alcool si necesita suport.

Chestionarul CAGE		
(**C**) Ati simtit vreodata ca ar trebui sa reduceri bautul?	DA	NU
(**A**) Oamenbii au fost suparati pe Dvs din cauza bautului?	DA	NU
(**G**) V-ati simtit vreodata vinovat din cauza bautului?	DA	NU
(**E**) Ati luat vreodata o bautura de dimineata ca sa va calmati nervii sau sa va treaca mahmureala?	DA	NU

Fig. Nr. 10: Intrebarile chestionarului CAGE

Senzitivitatea testului, capacitatea de a identifica cazurile adevarate, este mare, mergand de la 60% la 95% si specificitatea de la 40 la 95% (Beresford si colab. 1990).

Testul este indicat mai ales in reteaua de ingrijiri primare, in cabinetul de medicina generala, pentru ca este foarte usor de aplicat, completarea lui ia in jur de 1-2 minute. Este aplicat si de medicii internisti si mai ales de surori medicale in camera de asteptare a pacientilor sau in sectiile clinice.

Limitarile acestui test sunt date de faptul ca nu precizeaza cadrul de timp la care se

refera intrebarea, nu evalueaza nivelul consumului (frecventa si cantitate de alcool consumate) si ca si episoadele de baut exageratsi nu reuseste sa distinga intre cosumul daunator sau hazardos si dependenta de alcool.

Acum, ca avem descrise trei instrumente de screening, CAGE, MAST si AUDIT, doresc sa reproduc dupa Buchsbaum (1994 un tabel sintetic cu performanta de detectie a consumului daunator/hazardos de alcool si a sindromului de dependenta la alcool a acestor teste comparativ cu un marker genetic, nivelul enzimei gama-glutamil-trasferaza (vezi Tabelul Nr. 9). Din aceasta analiza se poate mai nine valoarea discriminativa a testelor de screening de care am discutat pana acum.

Testul	Pragul de scor	Consum daunator/hazardos		Sindrom de dependenta	
		Senzitivitate	Specificitate	Senzitivitate	Specificitate
CAGE	≥ 2/4	50	92	74	91
MAST	≥ 5/53	85	87	84	87
AUDIT	≥ 10/40	92	94	68	85
GGT	≥ 40 ui/l	50	65	50	85

Tabelul 9: Puterea discriminative a consumului daunator si a sindromului de dependenta a principalelor teste clinice de screening comparativ cu gama-glutamil-transferaza (dupa Buchsbaum, 1994).

11.1.4. TESTUL TWEAK

Acest test a fost dezvoltat de Russell si colab. (1991, 1994) specific pentru a identifica femeile gravide ce prezinta risc de a avea probleme date de alcool. Testul este tot un test creion-hartie si este compus din 5 intrebari. Spre deosebire de CAGE, testul contine trei noi intrebari despre toleranta (T-*tolerance*), tulburarile de memorie (**A-***amnesia*) si ingrijorare (**W-***worried*), restul ramanand la fel. (vezi Fig. Nr. 11)

Testul se poate administra de catre o persoana fara experienta clinica si fara un antrenament special sau singur de catre respondent. Nu ia mai mult de 2 minute. Raspunsul pozitiv la intrebarea despre toleranta si la intrebarea despre ingrijorare capata 2 puncte, iar la celelalte trei intrebari cate un punct. Deci scorul total poate fi de 7 puncte. Un scor total de 2 si peste indica ca femeia gravida este probabil sa aibe probleme cu alcoolul.

Testul TWEAK		
(**T**) Cat de mult puteti bea fara sa simtiti efectul alcoolului?	DA	NU
(**W**) In ultimul an, au fost prieteni sau rude ingrijorati sau s-au plans ca beti?	DA	NU
(**E**) Luati uneori o bautura de dimineata, cand va sculati din pat?	DA	NU
(**A**) V-a spus vreodata un prieten sau ruda despre ce-ati facut sau spus cand ati fost bauta si nu v-ati putut aminti?	DA	NU
(**C**) Ati simtit uneori nevoia de a reduce bautul?	DA	NU

Fig. Nr. 11: Intrebarile testului TWEAK

Trei dintre intrebarile TWEAK, precum amnesia, ingrijorarea si reducerea bautului, identifica 70% pacientele obstetricale care au probleme cu bautul (senzitivitate crescuta) si sunt asociate semnificative cu greutatea mica a fatului, cu scorurile Apgar mici si cu o circumferinta capului scazuta la noul nascut si cu deficiente cognitive la varsta de 6 ani (Russell si colab. 1991). Deci, se poate spune ca testul TWEAK este indicativ pentru riscul pe care il are fatul la femeile care beau si sunt gravide, numit si riscul periconceptual al alcoolului (Allen si Columbus, 1995).

Testul TWEAK poate depista si consumul hazardos de alcool (peste 4 drinkuri pe zi la femeie si peste 6 drinkuri pe zi la barbati) si dependenta la alcool, atat la femei cat si la barbati (Chan si colab. 1993) ca si in camera de garda a spitalului general (El-Guebaly si colab. 1998). El furnizeaza o metoda rapida si usoara de a decela pacientii care au nevoie de o evaluare mai detaliata sau de a intra intr-un program de tratament. Nu strica sa se prezinte rezultatului testului pentru ca poate reprezenta o motivatie pentru reducerea consumul prin forte proprii sau prin acceptarea unui tratament specific.

11.2. EVALUAREA SEVERITATII PROBLEMELOR DATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

11.2.1. INDEXUL SEVERITATII ADICTIEI *(Adiction Severity Index - ASI)*

Indexul severitatii adictiei este unul din cele mai larg raspndite instrumente de evaluare a consecintelor si problemelor date de consumul de alcool si droguri. Instrumentul a fost dezvoltat de McLellan si colab (1980) si astazi se foloseste versiunea 6-a a ASI (McLellan si colab. 2006) In anexa nr. 3 se prezenta versiunea 5-a (Mc Lellan si colab. 1992) dupa grafica originala, reprodusa din Vrasti (2001). ASI este un interviu clinic structurat ce contine 161 itemi care

evalueaza severitatea cu care o serie larga de probleme din viata subiectului, precum probleme psihologice, medicale, legale, sociale si familiale sunt afectate de probleme de adictie ale subiectului.

In constructia acestui instrument, McLellan ci colab. (2006) au pornit de la constatarea ca "*adictia nu poate fi inteleasa si pacientii adictivi nu pot fi caracterizati in mod simplist prin masurarea naturii, cantitatii si duratei consumuluji substantei pe care o folosesc...cei care au luat contact cu astfel de subiecti au fost impresionati de numarul si severitatea problemelor cu care sunt confruntati*". Scopul principal al interviului este de a evalua aceste problemele in vederea construirii unei scheme adecvate de tratament a subiectului.

Desi la prima vedere ar parea un instrument complicat, ASI este de fapt un instrument concis, care permite obtinerea unui profil al acestor probleme si urmariea lor in timp. El permite sa se aprecieze si existenta tulburarilor mentale sau somatice concomitente cu consumul de alcool si/sau droguri. ASI evidentiaza inconsistentele din raspunsurile subiectului si este dotat cu probe pentru domeniile neclare sau incomplete. Fiind un instrument orientat spre tratament, administrarea lui se poate face in mai multe puncte ale procesului de tratament si permite evaluarea longitudinala a rezultatului tratamentului.

Structura ASI este modulara, fiecare modul evalunad una din cele sapte arii sai domenii luate in considerare ca fiind cele in care apar cele mai frecvente si severe probleme ale unei persoane adictive: statutul medical, statutul profesional si suportul social, folosirea alcoolului/drogurilor, statutul legal, istoria familiala, relatiile sociale si statutul psihiatric. Fiecare din aceste arii pot fi evaluata independent.

Aplicarea interviului ia aproximativ 50 minute si se face de catre un personal antrenat. Pentru castigarea unei abilitati in aplicarea acestui interviu, Institutul National pentru Abuzul de Droguri al SUA a realizat un pachet care contine un manual al utilizatorului programului ASI, un ghid pentru cei care vor antrena personalul in aplicarea interviului, un manual care descrie fiecare item al instrumentului si modul de calculare a scorului fiecarui domeniu si 2 casete video demonstrative. Autorul acestei carti a fost formt si antrenat conform acestui program la nivelul National Institute of Drug Abuse al SUA.

Pentru fiecare domeniu, subiectul este intrebat despre problemele care le-a avut, atat in ultimele 30 zile, cat si de-a lungul intregii vieti. Astfel, se identifica problemele care necesita atentie imediata si problemele cronice. Clientul este rugat sa evalueze severitatea fiecarei

probleme pe care a avut-o in ultimele 30 zile si daca este, dupa parerea lui, necesar un tratament. Evaluarea se face pe o scala care incepe de la “0” ce semnifica ca nu exista nicio problema la “4” care inseamna o problema care-l deranjeaza extrem de mult. Intervievatorul poate folosi intrebari aditionale atunci cand doreste sa obtina mai multe informatii si astfel poate extrage datele necesare. Nu se recomanda inlocuirea sau eliminarea intrebarilor originale ale interviului (Fureman si colab. 1990). Paralel, subiectul face o evaluare eparata a severitatii fiecarei probleme folosind o scala cu 10 puncte, de la “0” care inseama ca nu exista nici o problema si nu este necesar nici un tratament, la “9” care semnifica existenta unei probleme extreme si necesitatea imperioasa a unui tratament..

Scorul clientului ajuta intervievatorul in evaluarea proprie a problemei. Un scor peste sase indica fara echivoc ca tratamentul este absolut indicat.

Intervievatorul da un grad de incredere informatiilor obtinute, daca acestea au fost distorsionate de subiect in mod voit sau pentru ca nu are capacitatea de a intelege intrebarile. Intervievatorul poate si trebuie sa stranga cat mai multe informatii despre problema aflata in evaluare, sa faca un evaluare diagnostica cat mai elaborata si sa dezvolte un plan de tratament pentru fiecare problema identificata.

Mai jos prezint pe scurt modulele folosite de ASI:

1. Statutul medical. Sunt prevazute sase intrebari referitoare la problemele medicale ale pacientului, numarul de internari anterioare si medicatia primita. Scopul evaluarii este de a identifica problemele medicale care necesita atentie. Clientul foloseste o scala pentru a indica cat de afectat este de aceste probleme in ultimele 30 zile si cat de important este, dupa parerea lui, sa aiba un tratament pentru acestea.

2. Statutul profesional si de suport. Clientul este intrebat despre anii de educatie si formare profesionala, sursa veniturilor lui, numarul de dependenti si istoria de munca. Este intrebat si daca are carnet de conducere si automobil propriu. El trebuie sa evalueze pe o scala nivelul de severitate a problemelor din acest domeniu si daca este important sa obtina ajutor pentru acestea. Aceste intrebari identifica resursele clinetului pentru abstinenta si problemele care pot duce la recadere.

3. Consumul de alcool/droguri. Clientul este intrebat despre consumul de alcool si/sau droguri sau medicamente. Tot aici este intrebat despre perioade de detoxifiere, abstinenta sau

tratamente urmate. Pe scala severitatii, subiectul coteaza gradul de ingrijorare asupra acestor probleme si daca tratamentul este indicat dupa parerea lui. Aceasta sectiune da un scor separat pentru alcool si unul pentru droguri.

4. Statutul legal. Subiectul este intrebat despre arestari, condamnari si contraventii pentru o serie de delicte de la furt la crima. Sunt si intrebari despre conducerea vehiculelor sub influenta substantelor. Si aici subiectul are o scala de evaluare.

5. Istoria familiala. Subiectul este intrebat daca parintii, rudele apropiate sau fratii si surorile lui folosesc alcool sau droguri si au probleme psihiatric si daca aceste probleme au necesitat un tratament.

6. Relatiile familiale/sociale. Clientul este intrebat despre statutul sau marital si daca este satisfacut de acest statut precum si despre aranjamentele casnice si natura relatiilor cu membrii de familie, prieteni, colegi. Aceasta sectiune include intrebari despre problemele fizice, emotionale si sexuale ale acestor relatii. El are o scala pe care va evalua nivelul de preocupare fata de aceste probleme si daca un tratament sau consiliere este cerut.

7. Statutul psihiatric. Clientul este intrebat despre tratamentul spitalicesc sau ambulator pentru probleme psihologice si emotionale, precum depresie, anxietate, halucinatii, probleme in concentrare sau intelegere, comportament violent, tentinte suicidare si medicamentele prescrise pentru acestea. El are si aici o scala pe care va evalua severitatea si necesitatea tratamentului din punctul lui de vedere. Un scor al intervievatorului de peste 6 sugereaza prezenta unui tulburari psihiatrice concomitente (co-morbiditate) si conduce la evaluari suplimentare si de specialitate.

Intervievatorul judeca severitatea problemelor din fiecare domeniu pe o scala cu 10 ancore, de la 0 la 9. Autorii recomanda o procedura in trei pasi: mai intai intervievatorul selecteza o plaja de 3 puncte de pe scala severitatii, de exemplu 3, 4, 5, apoi, in pasul urmator, intreba subiectul cat de important crede el ca este sa primeasca un tratament sau consiliere pentru acea problema folosind o scala: 0-deloc, 1-putin, 2-moderat, 3-considerabil, 4-extrem. In final, intervievatorul, in functie de alegerea facuta de subiect, definitiveaza scorul final de pe scala lui. De exemplu, daca intervievatorul a ales plaja notelor 3, 4 si 5, iar subiectul a ales scorul 0, scorul final va fi 3. Daca subiectul ar fi ales 1, scorul final ar fi tot 3, iar daca ar fi ales 2 scorul final va fi 4. Daca subiectul alege scorul de 3, scorul final al intervievatorului va fi 5. Manualul intervievatorului furnizeaza un tabel complet al acestor “negocieri”. Multi intervievatori sunt ingrijorati de acuratetea acestor scoruri sau de tendinta subiectilor de a ignora problemele lor si

de a le subevalua sau nega sau chiar de faptul ca diferiti intervievatori vor da diferite scoruri pentru acelasi subiect. Aceste probleme se rezolva printr-un antrenamet adecvat al personalului, prin pregatirea prealabila a subiectului, alegerea potrivita a contextului, momentului si locului interviului, etc. In manualul de resurse a ASI se gasesc discutate toate aceste probleme.

Rezultatele unui subiect evaluat cu ASI vor fi coroborate cu diagnosticul facut in prealabil si cu datele oferite de modelul de consum de alcool. In felul acesta se construieste un tabloul complet al situatiei particulare a subiectului si se poate formula un plan terapeutic care sa cuprinda formele de terapie, locurile unde se desfasoare, succesiunea lor, urmarirea progreselor, rezultatele asteptate, evaluarea follow-up, etc.

Interviul ASI este un instrument cu bune proprietati psihometrice avand o confidenta intercotatori pentru subscale de 0,84-0,93 si pentru scala in totalitate de 0,89 si o confidenta test-retest de 0,92. Validitatea este foarte buna aratand o buna compatibilitate cu alte instrumente care masoara domeniile specifice fiecarei scale, iar folosita in timp ASI a dovedit o buna stabilitate (Hendriks si colab. 1989; Hodgins si El-Guebaly, 1992; Stoffelmayr si colab. 1994). Versiunea a 6-a a fost tinta unui studiu multicentru cu privire la senzitivitatea la schimbare sub tratament (Caserea-Lopez si colab. 2011), studiu care a gasit ca ASI prezinta o foarte buna capacitatea de a sesiza schimbarile in statutul pscientilor aflati intr-un program de tratament si furnizeaza cu confidenta gradul de severitate a problemelor generate de consumul de alcool/droguri. Pentru versiunea ASI s-au facut noi studii de validitate si confidenta (Cacciola si colab. 2011) care au aratat o scalabilitate acceptabile pentru subgrupele de populatie testate si o buna confidenta si validitate concurentiala. Mai mult, Mc Lellan si colab (2003) au strans cateva mii de evaluari cu ASI facute dupa 1996 din care s-au selectat 8400 de evaluari la intrarea in diferite programe de tratament pentru adictie pe baza carora au incercat sa faca scoruri normative. Aceste scoruri sunt orientative pentru diferite grupe de populatie din SUA, insa nu au valoare cand se evalueaza o persoana din alt spatiu cultural. Penrsonal nu cred in valoarea scorurilor normative pentru un asemenea instrument complex si multi-dimensional. Dupa parerea mea, mult mai important este sa avem un profil al unei persoane cu adictie pentru a afla spectrul problemelor cu care se confrunta, severitatea lor, in care domeniu ele sunt dominante, pentru ca mai apoi sa putem construi un program de terapie interdisciplinara, dimensionat pe persoana evaluata.

11.2.2. INVENTARUL CONSECINTELOR BAUTORULUI *(The Drinker Inventory of Consequences - DrInC)*

Atat in viata de toate zilele, cat si pentru profesionisti, este important sa se distinga intre i) bautorul "social", cel care consuma bauturi alcoolice in cantitati moderate si cu o frecventa redusa, in ocazii socialmente acceptate, ii) bautorul "abuziv" sau "hazardos", care consuma cantitati exagerate si cu frecventa mare, care experimenteaza diferitele probleme datorate acestui consum si iii) bautorul care experimenteaza "dependenta" psihologica/fiziologica de alcool. Aceasta distinctie este esentiala pentru o personalizare a raspunsului fata de cei care cer ajutorul fata de consecintele nefaste ale consumului de alcool.

Proiectului gigant "MATCH", condus de Institutul National de Abuz de Alcool si Alcoolism din SUA, care a cuprins mai multe universitati americane, a cautat sa se gaseasca o strategie de potrivire intre alternative disponibile de tratament si caracteristicile individului consumator de alcool, stiut fiind ca succesul oricarui tratament depinde de "potrivirea" dintre caracteristicile individuale si cele ale formei de tratament propuse. (Project MATCH Research Group, 1993). Parte acestei strategii, proiectul MATCH a incurajat dezvoltarea unui instrument care sa ajute la decelarea cu acuratete a consecintelor consului de alcool in diferite arii ale vietii. Astfel Miller si colab. (1995) au construit un instrument numit Inventarul consecintelor bautorului ("*The Drinker Inventory Consequences - DrInC*").

Scopul explicit la instrumentului DrInC este de a inventaria si masura concesintele adverse ale alcoolului in cinci arii diferite: interpersonale, fizice, sociale, impulsivitate si intrapersonale. Inventarul contine 50 intrebari care reflecta consecintele adverse cele mai frecvent intalnite in clinica. El este un test creion-hartie de auto-evaluare.. Completarea testuluui nu dureaza mai mult de 10 minute.

Exista doua versiuni de baza cu aceeasi itemi: una pentru consecintele recente (versiunea R) si alta pentru consecintele petrecute in tot timpul vietii, versiunea *lifetime* (versiunea R). Versiunea pentru consecintele recente scoreaza raspunsurile pe o scala Likert cu 4 puncte (de la 0 la 3) iar cea “lifetime” prezinta numai raspunsuri binare, Da si Nu.

Inventarul are 5 subscale in functie de domeniul consecintelor. Subscala consecintelor fizice contine 8 itemi printre care mahmureala, tulburarile de somn, tulburarile alimentare, sexuale, etc. Subscala consecintelor intrapersonale, cu 8 itemi si investigeaza perceptia subiectiva a individului asupra starii lui psihologice, morale, spirituale si functionale. Subscala

responsabilitatii sociale are 7 itemi si cuprinde problemele legate de indeplinirea rolurilor sociale. Subscala consecintelor interpersonale cuprinde 10 itemi focalizati pe relatiile de dragoste, prietenie, familiale, de parinte, etc. ale subiectului. Subscala controlului impulsului are 12 itemi si investigheaza capacitatea de a controla consumul, actiunile impulsive, cautarea riscului, cautarea senzatiilor. Inventarul DrInC este prezentat in Anexa Nr. 4

Inventarul prezinta foarte bune calitati psihometrice asa cum au fost prezentate de parintii testuluii, o confidenta testretest de 0,93 (corelatie Pearson la scala totala) si peste 0,90 la toate subscalele in afara de cea a controlului impulsului. Coeficientii de consistenta interna sunt intre 0,70-0,80, aratand o fidelitate optima.

	Total	Fizic	Social	Intraper-sonal	Impuls	Interper-sonal
Consecinte recente						
Masculin	53,15	9,44	8,38	14,36	9,01	12,55
	(±23,33)	*(±4,91)*	*(±4,76)*	*(±6,05)*	*(±5,14)*	*(±6,96)*
Feminin	48,35	9,38	6,73	14,45	7,54	10,74
	(±22,84)	*(±4,95)*	*(±4,57)*	*(±6,03)*	*(±5,06)*	*(±6,66)*
Consecinte pe toata durata vietii						
Masculin	33,00	6,04	5,25	7,05	7,14	7,62
	(±7,83)	*(±1,73)*	*(±1,79)*	*(±1,47)*	*(±2,63)*	*(±2,22)*
Feminin	30,01	5,90	4,37	6,91	6,02	6,93
	(±8,81)	*(±1,77)*	*(±1,20)*	*(±1,52)*	*(±2,89)*	*(±2,40)*

Tabelul Nr. 10: Scorurile medii si deviatia standard la DrInC în functie de sex la populatia consumatorilor de alcool (dupa Miller si colab. 1995)

Autorii furnizeaza scoruri normative pentru ambele versiuni, recent (R) si lifetime (L), generate de un esantion clinic de 1.389 subiecti (mascuin/feminin: 1047/343), dintre care 771 sunt pacienti din ambulator si 608 sunt pacienti internati. Inventarul intreg si aceste scoruri sunt prezentate in Tabelul Nr. 10. Aceste scoruri trebuie luate cu prudenta pentru ca au fost calculate pe o populatie de consumatori de alcool care au primit diagnosticul de abuz de alcool si dependenta de alcool. Autorii nu furnizeaza norme pentru populatia generala, insa este destul de intelept sa credem ca scorurile joase (decilele 1-3) ar putea corespunde normelor pentru

populatia generala. Pe de alta parte, profilul scorurilor decilelor ofera posibilitatea de a compara scorul subiectului cu o norma de scor (vezi Tabelul Nr. 10).

Scorul total al DrInC reprezinta un indice de severitate globala a problemelor date de alcool. Pentru versiunea L, scorul total reprezinta numarul problemelor din cursul vietii si nu severitatea lor, raspunsurile fiind binare. Scorurile la subscale reprezinta densitatea problemelor in fiecare domeniu si raportarea lor la scorurile decilelor ofera indicatii asupra severitatii problemelor individului testat.

Pentru a evalua onestitatea raspunsurilor subiectului, s-a prezavut o scala de control cu cinci itemi. Doar acesti itemi sunt orientati in alta directie fata de restul de 45 itemi, in care 0 reprezinta absenta problemei. Un respondent care neaga orice, va bifa si la acesti 5 itemi raspunsul 0, pentru ca nu va citi cu grija intrebarile, evidentiind perseverarea lui in a nega consecintele.

Versiunea Recent: Scorul scalelor												
Decila	Fizic		Interpersonal		Intrapersonal		Impuls		Social		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
10	3	3	4	2	6	6	3	2	2	1	23	21
20	5	5	6	5	9	9	5	3	4	2	31	28
30	6	6	8	7	11	11	6	4	5	4	38	35
40	8	8	10	8	13	13	7	5	7	5	45	40
50	9	9	12	10	15	14	8	7	9	8	52	47
60	11	10	14	12	17	17	9	8	9	8	59	52
70	12	12	17	14	18	19	11	10	11	9	67	60
80	14	13	19	17	20	21	13	11	13	11	74	67
90	16	16	22	21	22	22	16	14	15	13	85	80
Versiunea Lifetime: Scorurile scalelor												
10	4	3	4	3	5	5	3	2	3	1	22	18
20	5	4	5	3	6	6	5	3	4	3	27	23
30	5	5	6	4	7	7	6	4	5	3	30	25
40	6	6	8	7	7	7	6	5	5	4	32	28
50	6	6	8	7	8	7	7	6	6	5	35	31
60	7	7	9	8	8	8	8	7	6	5	36	34
70	7	7	9	9	8	8	9	8	7	6	38	36
80	8	8	10	9	8	8	10	9	7	6	40	38
90	8	8	10	10	8	8	10	10	7	7	42	41

Tabelul Nr. 11: Scorul decilelor la subscale DrInC in functie de sex (dupa Miller si colab. 1995).

Pentru orientarea utilizatorilor acestui test, care nu are scoruri normative pentru populatia romaneasca, voi prezenta folile de scor pe decile prezentate de autorii testului care pot fi utilizate pentru a judecat resultatul unui test aplicat unui subiect din populatia autohtona. Aceste scoruri sunt prezenetate in Anexa nr. 4.

11.2.3. SCALA DEPENDENTEI DE ALCOOL (*Alcohol Dependence Scale - ADS*)

ADS este o scala de auto-raportare cu 25 intrebari luate in mare parte din Alcohl Use Inventory dezvoltata de Skinner si Horn (1984) cu scopul de a masura severitatea sindromului de dependenta la alcool conform criteriilor clinice unanim acceptate. Intrebarile se refera la perioada de timp "ultimele 12 luni" si acopera simptome precum afectarea controlului asupra consumului, compulsia de a bea, cresterea tolerantei la alcool, si comportamentul de cautare a alcoolului.

Scorarea fiecarei intrebari este variabila, itemii fiind evaluati fie binar, fie pe o scala Likert cu 3 sau 4 puncte. Scorul total al scalei se poate intinde de la 0 la 47. Un scor intre 9-13 este predictiv pentru prezenta unui sindromului de dependenta psihologica la alcool. Un scor intre 14 si 21 este predintiv pentru un sindrom de dependenta psihologica si fizica. Scorul intre 22-30 indica sindromu fizic de dependenta cu primele simptome de sevraj. Intre 31-47 sindromul de sevraj este prezent impreuna ca alte simptome psihice care necesita tratament psihiatric. Scala este prezentata in Anexa Nr. 5.

Scala a fost validata prin cerecetari cross-culturale dar utilitatea ei este inca subiect de dezbatere (Willenbring si Bielinski, 1994) si a fost gasita cu o excelenta valoare predictiva cu privire la diagnoticaul conform DSM. Ea prezinta si bune calitati psihometrice ce recomanda folosirea ei cu incredere (Kivlahan si colab. 1989).

Scala este utilizata in conditii clinice pentru depistarea simdromului de dependenta, cat si pentru aprecierea severitatii lui (Allen si colab. 1994).

11.2.4. SCALA INSTITUTULUI CLINIC DE EVALUARE A SEVRAJULUI ALCOOLIC (*Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol revised - CIWA-Ar)*

Cu 2-3 decenii in urma se spunea ca una din problemele majore ale cercetatorilor si clinicienilor era lipsa unui instrument confident de evaluare a sindromului de sevraj (Williams si Mc Bride, 1998). O scala ideala in acest scop ar trebui sa indeplineasca urmatoarele criterii: i) sa ajute la diagnosticul sindromului de sevraj, ii)sa indice cand terapia este recomandata, iii)sa alerteze personalul cand severitatea sindromului pune in pericol integritatea pacientului si iv) sa releve cand medicatia poate fi intrerupta si pacientul poate fi externat.

Scala CIWA - Ar a fost dezvoltata de Sullivan si colab. (1989) din nevoia de a avea un instrument confident, scurt si util clinic pentru a evalua severitatea sevrajului alcoolic. Acest instrument a avut ca sursa scala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-A) construite anterior de Shaw si colab. (1981). Acest ultim instrument, care continea 15 itemi, era de mai multi ani folosit in mod obisnuit de Addiction Research Foundation din Toronto pentru a monitoriza pacientii cu sindrom de sevraj.

In obtinerea unei scale revizuite, itemii scale originale au fost examinati in ceea ce priveste validitatea de continut. Astfel au fost eliminati cinci itemi si scala finala CIWA-Ar a ajuns sa aibe doar 10 itemi: greata si voma, tremor, transpiratii, anxietate, agitatie, halucinatii tactile, halucinatii auditive, halucinatii vizuale, cefalee si tulburari de orientare si constiinta. Noua versiune a fost testata pentru confidenta intercotatori si pentru validitate prin corelatia dintre itemii individuali si scorul total (vezi Anexa Nr. 6).

Scala este una de observatie si se completeaza dupa examinarea bolnavului de catre medic, psiholog clinician sau alt personal clinic antrenat in evaluarea pacientului alcoolic. .

Fiecare dintre cei 10 itemi ai scalei este scorat pe o scala de severitate de la 0 la 7, astfel ca scorul total se poate intinde de la 0 la 70. Se recomanda urmatoarele praguri de scor in interpretarea rezultatelor scalei CIWA-Ar: scorulmai mic de 8 indica un minim nivel de sevraj, scorul intre 8-15 este indicativ pentru un sindrom de sevraj moderat iar scorul de peste 15 indica un sevraj sever. Scorul prag de >15 arata un risc de sevraj la alcool cu o confidenta de 95%.

Testata pe un esantion clinic, scala CIWA-Ar a aratat o crestere in eficienta monitorizarii simptomelor de sevraj atat in practica curenta, cat si in studii experimentale. Astfel, aceasta scala s-a dovedit foarte importanta pentru recunoasterea rapida a deliriumului tremens in vederea prevenirii mortalitatii la acesti pacienti. Ea este folosita curent in sectii de detox, in sectiile de

psihiatrie generala sau in sectiile de medicina generala. Williams si colab (2001) comparat scala CIWA-Ar cu scala Total Severity Assessment a lui Gross (1973) conform cercetarilor pana la data studiului si constata ca CIWA-Ar poate fi considerata "standardul de aur" in evaluarea sevrajului.

Pe baza scorurilor scalei CIWA-Ar s-a construit protocolul de tratament al sevrajului alcoolic cu utilizarea de benzodiazepine (lorazepam, clordiazepoxid, oxazepam, diazepam) . Acest protocol este prezentat pe scurt in tabelul Nr. 12.

initial	Administreaza; - Tiamina 100 mg im si apoi 3-4 ori pe zi 100 mg per os - Folat 1mg in fiecare zi - hidratere cu corectare electroliti
CIWA-Ar < 8	Risc scazut - observatie stransa Nu necesita medicatie daca semnele vitale sunt stabile
CIWA-Ar Scor intre 8 si 15	- Ativan 1-2 mg IV sau 2-4 mg per os, daca semnele vitale sunt : frecventa cardiaca sub 100/min, tensiunea arteriala diastolica sub 100 mmHg si sistolica sub 180 mmHg. - Ativan 1mg IV se repeta la 4-6 ore daca semnele vitale sunt stabile - Ativan 1 mg IV la doua ore interval daca semnele vitala depasesc limitele de mai sus
CIWA - Ar Scor >15	- considera transferul la sectia de terapie intensiva - Ativan 2 mg IM la 30 minute interval daca persiunea diastolica mai mare de 110 mmHg frecventa cardiaca peste 100, pana cand scade scorul CIWA-Ar sub 15.
CIWA -Ar Scaor > 15	- caz refractar - semne de ketoacidoza - Imediat tratsfer la terapie intensiva - considera administrarea de fenobarbital 120-140 mg IV sau proporof - intubatie

Tabelul Nr. 12: Managementul sindromului de sevraj in functie de scorurile CIWA-Ar

11.3. INSTRUMENTE UTILIZATE IN EVALUAREA CONSUMATORULUI DE ALCOOL

11.3.1. CHESTIONARUL DISPONIBILITATII LA SCHIMBARE, VERSIUNEA PENTRU TRATAMENT *(Readiness to Change Questionnaire, treatment version - RTCQ)*

Decizia de a schimba modul de consum sau de a abandona bautul depinde de motivatia subiectului pentru schimbare sau pentru tratament, motivatie care fluctueaza in timp. Una din sarcinile evaluarii este de a decela faptul daca un individ presupus a fi tinta unui program de tratament este “gata” sau “dispus” la schimbare, respectiv daca are suficienta motivatie pentru a-si schimba modelul daunator de consum.

Prochaska si DiClemente (1992) au conceput un model teoretic al feluluik cum se schimba comportamentul de adictie, model care serveste ca si cadru conceptual in evaluarea motivatiei sau disponibilitatii la schimbare. Autorii au sugerat ca un individ trece prin mai multe stadii in procesul de luarea deciziei de schimbare. Stadiile reflecta cresterea nivelului de recunoastere a problemelor si a angajamentului la schimbare. Aceste stadii ar fi:

1. precontemplatia, cand individul inca nu percepe problemele care le are, consecintele negative ale consumului dar altii le observa; acest comportament este descris adesea ca o faza de negare;
2. contemplatia, cand individul intelege problemela sale date de baut dar nu are suficient angajament pentru a trece la actiune;
3. preparare, cand el poate recunoaste nevoia de schimbare dar este inca influentat de perceptia pozitiva a bautului si este incapabil de a lua un angajament ferm;
4. actiunea, cand subiectul recunoaste problemele si necesitatea unei schimbari si capacitatea lui de a atinge acest scop si
5. faza de mentinere, cand subiectul este capabil sa-si mentina angajamentul la schimbare in ciuda tentatiilor sau sugestiilor de consum.

Subiectii aflati in fazele timpurii ale acestui proces pot fi indrumati spre interventii care sa le creasca motivatia de schimbare, precum terapia de crestere motivationala a lui Miller si colab. 1992; Miller si Rollneick, 3013) sau de constientizare si intelegere a problemelor lor, iar cei in fazele ulterioare pot beneficia de tehnici cognitiv-comportamentale care sa-i invete refuzul bautului in situatii sociale (Kadden si colab. 1994).

Pe baza acestui concept, Rollnick si colab. (1992) dezvolta un chetionar specific pentru masurarea disponibilitatii la schimbare numit "*Readiness to Change Questionnaire*". Ulterior s-a construit o versiune cu 15 itemi utilizabila de-a lungul procesului de tratament tocmai pentru a vedea daca subiectul si-a pastrat motivatia pentru schimbare si, astfel, implicarea lui in tratament este corecta si adevarata (Heather si colab. 1999). La randul ei aceasta versiune a fost modificata si a ajuns la 12 itemi (Heather si Honekopp, 2008), versiune prezentata in Anexa Nr. 7.

Acesta este un chestionar creion-hartie, de auto-administrare, care contine 12 itemi si trei subscale, pentru determinarea fazei de precontemplatie, contemplatie si actiune. Fiecare item este scorat pe o scala Likert cu 5 puncte, de la acord puternic la dezacord puternic. Scala prezinta o

foarte buna confidenta si consistenta interna. Un scor mare reprezinta, in functie de subscala, ca subiectul este in fara de precontemplatie, ori in faza de contemplatie, ori in faza de actiune.

Chestionarul este utilizat in inaintea si in timpul tratamentului pentru a vedea in ce directie se modifica disponibilitatea la schimbare si astfel, daca subiect mai este apt sa ramana in tratament sau doar mimeaza determinarea lui pentru schimbarea comportamentului de consum de alcool.

11.3.2. CHESTIONARUL EXPECTANTELOR BAUTULUI (*Drinking Expectancy Questionnaire-DEQ)*

Acest instrument a fost dezvoltat de Young si Knight (1989) in dorinta de a imbunatatii instrumentele deja existente la vremea aceea prin evaluarea atat a expectantelor pozitive cat si a celor negative si prin furnizarea posibilitatii de a avea mai multe rapunsuri pentru fiecare item. Instrumentul DEQ consta inntr-un chestionar cu 43 intrebari, fiecare cotata pe o scala Likert cu 5 puncte, de la puternic dezacord la puternic acord. Prin analiza factoriala s-au conturat sase factori legati de asteptarile subiectului: siguranta de sine, schimbare afectiva, cresterea impulsului sexual, schimbare cognitiva, reducerea tensiunii si dependenta.

Acest chestionar se constituie ca partea a 1-a a instrumentului global care masoara profilul expectantelor subiectului ("*Drinking Expectancy Profile"*).

Scorul total si scorurile factorilor sunt predictivi pentru practicile curente si viitoare de baut (cantitate/frecventa, situatii de consum, etc), persistenta si participarea la tratament si pentru recadere. DEQ poate discrimina alcoolicii in functie de problemele lor si poate urmari progresele facute de-alungul terapiei. Instrumentul este prezentat in Anexa Nr. 8. Prin analiza factoriala s-au obtinut 6 factori care compun instrumentul DEQ: siguranta de sine, schimbare afectiva, cresterea impulsului sexual, schimbare cognitiva, reducerea tensiunii si dependenta Scorul se obtine prin adunarea scorului fiecarui item al subscalei.

11.3.3. CHESTIONARUL AUTO-EFICIENTEI REFUZULUI BAUTULUI (*Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire - DRSEQ)*

Acesta este un chestionar cu 31 itemi care masoara eficacitatea individului de a refuza consumul de bauturi alcoolice atunci cand i se ofera sau cand sunt usor disponibile. Acest mod

de comportament este foarte important de evaluat pentru ca el tradeaza raportarea individului fata de consecintele consumului, criteriu esential pentru diagnosticul abuzului de alcool, respectiv consumul de alcool in ciuda cunoasterii consecintelor acestuia.

Este un chestionar dezvoltat Young si colab. (1991) de la Universitatea din Queensland din Australia si acesta se constituie ca partea a 2-a a instrumentului global care masoara profilul expectantelor subiectului ("*Drinking Expectancy Profile"*).

Chestionarul este un instrument creion-hartie, de auto-administrare si prin analiza factoriala s-au conturat trei factori: bautul in situatie caracterizata prin presiune sociala, bautul in situatii caracterizate ca oportune si baut ca sa reduca emotionalitatea (vezi Anexa nr. 9).

DRSEQ poate fi administrat bautorilor fara probleme, celor cu probleme sau celor spitalizati, in vederea conturarii unui program de tratament sau pentru a urmarii progreselor in terapie.

Bibliografie:

Aasland OG, Amundsen A, Morland J (1985): Correlates of harmful alcohol consumption in six countries: development of an international screening and assessment procedure, Proceeding of the 113th Annual Meeting of the American Public Health Association, Washington DC.

Allen JP, Columbus M (1995): Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers, NIAAA, Bethesda.

Allen JP, Fertig JB, Towle LH et al (1994): psychometric analyses of the Alcohol Deprendence Scale among United State and Rusian clinical sample, Int.J.Addict. 29(1):71-87.

Babor TF, Kadden R (1985): Screening for alcohol problems: Conceptual issues and practical considerations, in: Chang N & Chao HM (Eds.): Early Identification of Alcohol Abuse, Washington DC: NIAAA Monograph 17, US Department of Health and Human Services.

Babor TF, Ritson EB, Hodgson RJ (1986): Alcohol-related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies, Brit.J.Addiction, 81: 23-46.

Babor TF, De La Fuente JR, Saunders JB, Grant M (1989): AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care, Geneva, WHO.

Babor TF, Brown J, Del Broca FK (1990): Validity of self-reports in applied research on addictive behaviours: Fact or fiction? Behav.Assess. 12:1-27.

Barry KL, Fleming MF (1993): The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: Predictive validity in a rural primary care sample, Alcohol & Alcoholism, 28: 33-42

Beresford TP, Blow FC, Hill E et a (1990)l: Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism, Lancet, 336: 482-485.

Bernardt MW, Mumford H, Murray RM (1984): Can accurate drinking histories be obtained from psychiatric patients by a nurse conducting screening interviews? Brit.J.Addiction, 79: 201-206.

Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR (1995): The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings, J.Stud.Alcohol, 56: 423-432

Buchsbaum D (1994): Effectiveness of treatment in general medicine patients with drinking problems, Alcohol Health & Research World, 18: 140-145.

Bush B, Shaw S, Cleary P et al (1987): Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire, Am.J.Med., 82: 231-234.

Cacciola JS, Alterman AI, Habing B, McLellan AT (2011): Recent status scores for version 6 of the Addction Severity Index (ASI-6), Addiction, 106(9): 1588-1602.

ChanAWK, Prisdtach EA, Welte JW, Russell M (1993): Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations, Alcoholism Clin.Exp.Res., 17: 1188-1192

Cleary PD, Miller M, Bush BT et al (1988): Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population, Am.J.Med. 85: 466-471.

El-Guebaly, N., Armstrong, S.J. & Hodgins, D.C. (1998): Substance abuse and the emergency room: Programmatic implications, Journal of Addictive Diseases, 17(2): 21-40.

Fleming MF, Barry KL, MacDonalds R (1991): The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a college sample, Intl.J.Addictions, 11:1173-1185

Fureman B, Parikh G, Bragg A, McLellan AT (1990): Addiction Severity Index, fifth edition. A guide to training and supervising ASI interview based on the past ten years, University of Pennsylvania

Gibbs, L. E. (1983): Validity and reliability of the Michigan Alcoholism Screening Test: A review. Drug and Alcohol Dependence, 12(3): 279-285

Heather N, Honekopp J (2008): A revised edition of the readiness to change questionnaire (treatment version), Addiction Research & Theory: 16 (5). pp. 421-433.

Heather N, Luce A, Peck D et al (1999): The development of a treatment version of the Readiness to Change Questionnaire. Addiction Research, 7(1): 63-68.

Hendriks VM, Kaplan CD, van Limbeek J, Geerlings P (1989): The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population, J Subst Abuse Treat, 6: 133–141.

Higgins-Biddle JC, Babor TF (1996): Reducing Risky Drinking. A report on early identification and management of alcohol problems through screening and brief intervention, The Alcohol Research Center, University of Connecticut Health Center for The Robert Wood Johnson Foundation

Hodgins DC, El-Guebaly N (1992): More data on the Addiction Severity Index: Reliability and validity with the mentally ill substance abuser, J.Nerv.Ment.Dis., 180:197-201.

Kadden R, Carrol K, Donovan D et al (1994): Cognitive-Behavioral Copin Skills Therapy Manual, Rockville: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.

Kivlahan DR, Sher KJ, Donovan DM (1989): The Alcohol Dependence Scale; A validation study among inpatient alcoholics, J.Stud.Alcohol. 50:170-175.

Magruder-Habib K, Durand MA, Frey KA (1991): Alcohol abuse and alcoholism in primary health care settings, J.Fam.Practice, 32: 406-413

Mayfield D, McLeod G, Hall P (1974): The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument, Am.J.Psychiatry, 131: 1121-1123

McLellan, A.T., Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Rikoon, S.H., and Carise, D. (2006): The Addiction Severity Index at 25: Origins, contributions and transitions. American Journal of Addiction,15, 113-124.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP (1980): An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index, J.Ment.Nerv.Dis. , 168: 26-33.

Mc Lellan AT, Kushner H, Metzger D, et al (1992): The fifth edition of the Addiction Severity Index, J.Subst.Abuse Treat.1992,9:199-213.

McLellan AT, Carise D, Kleber HD (2003): Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? J.Subst.Treat., 25:117-121.

Miller WR, Rollnick S (2013); Motivational Interviewing: Helping People Change, 3rd Ed. New York: The Guilford Press.

Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG (1992): Motivational Enhancement Therapy Manual, Rockville: NIAAA.,

Miller WR, Tonigan JS, Longabaugh R (1995): The Drinker Inventory of Consequences (DrInC). An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. Test Manual, NIAAA-Bethesda, US Department of Health and Human Services, Washington, DC: US Government Printing Office.

Pokorny AD, Miller BA, Kaplan HB (1972): The Brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test, Am.J.Psychiatry, 129: 342-345

Prochasca JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992): In search of how people change: Application to addictive behaviors, Am.Psychol., 47: 1102-1114.

Project MATCH Research Group (1993): Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching alcoholic patients to treatment, Alcoholism: Clin.Exp.Res., 17: 1130-1145.

Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W (1992): Development of a short "Readiness to Change" Questionnaire for use in brief opportunistic interventions, Br.J.Addiction, 87: 743-754.

Russell M, Martier SS, Sokol RJ et al (1991): Screening for pregnancy risk drinking: TWEAKING the tests, Alcoholism Clin.Exp.Res., 15: 638

Russell M, Skinner JB (1988): Early measure of maternal alcohol misuse as predictors of adverse pregnancy outcomes, Alcoholism Clin.Exp.Res. , 12: 824-830

Russell, M. (1994). New assessment tools for drinking in pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. Alcohol Health and Research World, 18(1): 55-61.

Russell M, Czarnecki DM, Cowan R et al (1991): Measures of maternal alcohol use as predictors of development in early childhood, Alcoholism Clin.Exp.Res., 15: 991-1000.

Saunders JB (1986): The WHO international collaborative project on the detection of persons with harmful alcohol consumption, Australian Drug and Alcohol Review, 5: 297-299.

Saunders JB, Aasland OG (1987): Waorld Health Organization Collaborative Project on the Identification and Treatment of Person with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument, Geneva, WHO.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al (1993): Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption, II. Addiction, 88: 791-804

Selzer M (1971): The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument, Am.J.Psychiatry, 127: 1653-1658.

Selzer ML, Winokur A, Van Rooijen L (1975): A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST), J.Studies Alcohol, 36: 117-126

Shaw J M, Kolesar GS, Sellers EM et al (1981): Development of optimal reatment tactics for alcohol withdrawal and effectiveness of supportive care, Journal of Clinical psychopharmacology, 1: 382-388.

Skinner H, Horn J (1984): Alcohol Dependence Scale (ADS) User's guide, Toronto, Addiction Research Foudation of Ontario, Canada.

Sokol RH, Martier SS, Ager JW (1989): T_ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking, Am.J.Obstet.Gynec., 160: 863-870.

Stoffelmayr BE, Mavis BE, Kasim RM (1994): The longitudinal stability of the Addiction Severity Index, J.Subst.Abuse Treat., 11: 373-378.

Storgaard H, Nielsen SD, Gluud C (1994): The validity of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), Alcohol. Alcohol. 29(5): 493-502.

Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J et al (1989): Assessment ofalcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar), British Journal of Addction, 84:1353-1357.

Swenson WM, Morse RM (1975): The use of a Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST) in a medical center, Mayo Clinic Proceeding, 50: 204-208

Vrasti R (1999): Detectia Precoce si Interventia Rapida la Consumatorul Daunator de Alcool, Noi modele de practica a serviciilor de sanatate, Fundatia pentru o Societate Deschisa, Bucuresti, 1999

Vrasti R (2001): Alcoolismul. Detectie, Diagnostic si Evaluare. Un compendium de scale, chestionare si interviuri, Timpolis, Timisoara.

Wennberg P (1996): The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). A psychometric evaluation, Report from the Department of Psychology, Stockholm University, No.811.

Willenbring ML, Bielinski JB (1994): A comparison of the Alcohopl Dependence Scale and clinical diagnosis of alcohol dependence in male medical outpatients, Alcoholism, 18: 715-719

Williams D, McBride AJ (1998): The drug treatment of alcohol withdrawal syndroms: a systematic review, Alcohol and Alcoholis, 33: 103-115.

Williams D, Lewis J, McBride A (2001): A comparison of rating scales for the alcoholwithdrawal syndrome, Alcohol Alcohol,, 36(2): 104-108.

Young RM, Oei TPS, Cook CM (1991): Development of a Drinking Self-Efficacy Scale, J.Psychopath.Behav.Assess., 13:1-15

Young RM, Knight RG (1989): The Drinking Expectancy Questionnaire: A revised measure of alcohol related beliefs, J.Psychopathol.Behav.Assessment, 11: 99-112.

- oo 0 oo -

Anexa nr. 1

TESTUL DE IDENTIFICARE A CONSUMULUI DE ALCOOL

(The Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT)

Incercuiti numarul raspunsului corect.

1. CAT DE DES BETI O BAUTURA CONTINAND ALCOOL?
   (0) niciodata
   (1) lunar sau mai rar
   (2) 2 la 4 ori pe luna
   (3) 2 la 3 ori pe saptamana
   (4) 4 sau mai multe ori pe saptamana
2. CATE UNITATI DE ALCOOL (DRINK-URI) CONSUMATI INTR-0 ZI OBISNUITA, ATUNCI CAND BETI? (*refrazeaza intrebarea in functie de cantitatile raportate de subiect si trasnformati-le in drink-uri conform anexei*)
   (0) 1 sau 2
   (1) 3 sau 4
   (2) 5 sau 6
   (3) 7 sau 9
   (4) 10 sau mai mult
3. CAT DE DES BETI SASE SAU MAI MULTE UNITATI (DRINK) DE ALCOOL INTR-0 SINGURA OCAZIE?
   (0) niciodata
   (1) lunar sau mai rar
   (2) lunar
   (3) saptamanal
   (4) zilnic sau aproape zilnic
4. CAT DE DES ATI CONSTATAT IN ULTIMUL AN CA NU PUTETI SA VA OPRITI DIN BAUT ODATA CE ATI INCEPUT?
   (0) niciodata
   (1) lunar sau mai rar
   (2) lunar
   (3) saptamanal
   (4) zilnic sau aproape zilnic
5. CAT DE DES IN ULTIMUL AN NU ATI REUSIT SA FACETI CEEA CE ERA DE ASTEPTAT SA FACETI DIN CAUZA BAUTULUI?
   (0) niciodata
   (1) lunar sau mai rar
   (2) lunar
   (3) saptamanal
   (4) zilnic sau aproape zilnic
6. CAT DE DES IN ULTIMUL AN ATI AVUT NEVOIE SA BETI PRIMA BAUTURA DE DIMINEATA CA SA VA REVENITI DUPA O BAUTURA ZDRAVANA?
   (0) niciodata
   (1) lunar sau mai rar
   (2) lunar
   (3) saptamanal
   (4) zilnic sau aproape zilnic

7. CAT DE DES IN ULTIMUL AN ATI AVUT UN SENTIMENT DE REMUSCARE SAU DE VINA DUPA CE ATI BAUT?

(0) niciodata
(1) lunar sau mai rar
(2) lunar
(3) saptamanal
(4) zilnic sau aproape zilnic

8. CAT DE DES IN ULTIMUL AN NU ATI PUTUT SA VA AMINTITI CE S-A INTAMPLAT IN NOAPTEA TRECUTA DIN CAUZA CA ATI BAUT?

(0) niciodata
(1) lunar sau mai rar
(2) lunar
(3) saptamanal
(4) zilnic sau aproape zilnic

9. DVS. SAU ALTCINEVA A FOST RANIT CA REZULTAT LA FAPTULUI CA ATI FOST BAUT?

(0) nu
(2) da, dar nu in ultimul an
(4) da, in ultimul an

10. O RUDA, UN PRIETEN, UN DOCTOR SAU O ALTA PERSOANA DIN DOMENIUL MEDICAL A FOST INGRIJORATA DE BAUTUL DVS. SAU V-A SFATUIT SA-L REDUCETI?

(0) nu
(2) da, dar nu in ultimul an
(4) da, in ultimul an

Inregistrati scorul total : /__/__/

TABELE DE CONVERSIE A CANTITATILOR DE BAUTURI ALCOOLICE IN UNITATI INTERNATIONALE "DRINK"

TABEL DE CONVERSIE PENTRU BERE

Unitatea		Factor Standard	Numar de unitati (drink) 1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tap	250 ml	0,7	1	2	2	3	4	4	5	6	6
Halba	500 ml	1,5	2	3	4	6	8	9	11	12	14
Sticla	330 ml	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sticla	500 ml	1,5	2	3	5	6	8	9	11	12	14

TABEL DE CONVERSIE PENTRU VIN

Unitatea		Factor Standard	Numar de unitati (drink) 1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pahar	200 ml	1,7	2	3	5	7	8	10	12	13	15
Sticla	500 ml	4,2	4	8	13	17	21	25	29	34	34
Sticla	750 ml	6	6	12	18	24	30	36	42	48	54
Sticla	1000 ml	8,5	9	17	26	34	43	51	60	68	77

TABEL DE CONVERSIE PENTRU SPIRTOASE

Unitatea		Factor Standard	Numar de unitati (drink) 1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pahar	50 ml	1,7	2	3	5	7	8	10	12	13	15
Pahar	100 ml	3,4	3	7	10	14	17	21	24	28	31
Sticla	250 ml	8,5	8	17	25	34	42	51	59	68	76
Sticla	500 ml	17	17	24	51	68	85	98	98	98	98
Sticla	700 ml	23,8	24	47	70	98	98	98	98	98	98

Calculul numarului de drink-uri se face inmultind numarul de pahare sau sticle baute de bautura respectiva cu factorul standard si produsul va reprezenta numarul de unitati internationale (drink) consumate. Numarul de pahare sau sticle consumate este reprezentat in aceste tabele prin numarul de "unitati" consumate.

Anexa nr. 2

TESTUL MICHNIGAN DE SCREENING AL ALCOOLISMULUI

(The Michigan Alcoholism Screening Test - MAST)

NOTA:
Cifrele din paranteza sunt pentru raspunsul DA
Pentru raspunsul la intrebarile cu asterix, cifrele sunt pentru raspunsul NU

(2) *1. Credeti ca sunteti un bautor normal ? (Prin normal intelegem ca beti mai putin sau la fel ca majoritatea oamenilor) DA NU

(2) 2. V-ati trezit vreodata dimineata dupa ce ati baut cu o seara inainte si ati constatat ca nu va puteti aminti tot ce s-a petrecut? ___ ___

(1) 3. Sotia, sotul, parintii sau alta ruda apropiata a fost vreodata ingrijorata sau se plange de bautul Dvs? ___ ___

(2) *4. Puteti sa va opriti fara efort din baut dupa ce ati consumat 1 sau 2 pahare? ___ ___

(1) 5. V-ati simtit vreodata vinovat din cauza consumului de bauturi alcoolice? ___ ___

(2) *6. Prietenii sau rudele Dvs gandesc ca sunteti un bautor normal? ___ ___

(2) *7. Sunteti capabil sa opriti bautul atunci cand doriti? ___ ___

(5) 8. Ati participat vreodata la o intalnire a unui grup Alcoolicii Anonimi (AA)? ___ ___

(1) 9. V-ati batut cand erati baut? ___ ___

(2) 10. V-a creat vreodata bautul probleme intre Dvs si sotia, sotul, un parinte sau alta ruda? ___ ___

(2) 11. A mers sotia, sotul (sau alt membru de familie) la cineva pentru ajutor in legatura cu bautul Dvs? ___ ___

(2) 12. V-ati pierdut vreodata prieteni din cauza bautului? ___ ___

(2) 13. Ati avut vreodata necazuri la serviciu sau la scoala din cauza bautului? ___ ___

(2) 14. Ati pierdut vreodata serviciul din cauza bautului? ___ ___

(2) 15. Ati neglijat vreodata obligatiile, familia sau serviciul, pentru 2 sau mai multe zile la rand, din cauza bautului? ___ ___
(1) 16. Adesea beti de dimineata? ___ ___

(2) 17. Vi s-a spus vreodata ca aveti ceva la ficat? Ciroza? ___ ___

(2) **18. Dupa un baut zdravan ati avut vreodata delirium tremens sau tremuraturi puternice sau sa auziti voci sau sa vedeti lucruri care nu sunt in realitate? ___ ___

(DACA DA, De cate ori? _____)

(5) 19. Ati mers vreodata la cineva sa va ajute in ceea ce priveste bautul? ___ ___

(5) 20. Ati fost vreodata in spital din cauza bautului? ___ ___

(2) 21. Ati fost vreodata pacient intr-un spital de psihiatrie sau sectie de psihiatrie dintr-un spital general pentru probleme date de baut? ___ ___

(2) 22. Ati fost vreodata la un psihiatru sau la un alt doctor, asistent social sau preot pentru ajutor in probleme emotionale in care bautul a jucat un rol? ___ ___

(2) ***23. Ati fost vreodata arestat sau pedepsit pentru ca ati
condus sub influenta bauturilor alcoolice sau beat? ___ ___

(DACA DA, De cate ori? _____)

(2) ***24. Ati fost vreodata arestat, chiar pentru putine ore, din cauza unei betii? ___ ___

(DACA DA, De cate ori? _____)

* raspunsul negativ este caracteristic pentru un abuziv ("alcoolic")
** 5 puncte pentru fiecare delirium tremens
***2 puncte pentru fiecare arestare

- oo 0 oo -

ADDICTION SEVERITY INDEX -5 (1990)

INSTRUCTIUNI

1. Nu lasa nimic necompletat:
- pune codul potrivit
- X – cand nu s-a raspuns
- N – intrebarea neaplicabila

2. Itemii cu numar in cerc trebuie evaluati atunci cand se aplica scala in mod repetat. Itemii cu asterix
sunt cumulativi si trebuie refrazati in timpul doi sau
trei al evaluarii (vezi manualul)

3. Spatiul de la sfarsitul sectiunilor este prevazut pentru comantarii

EVALUAREA SEVERITATII

Evaluarea severitatii este o estimare a intervievatorului asupra nevoilor pacientului de tratament in fiecare domeniu. Scala merge de la 0 (niciun tratament necesar) a 9 (tratament extrem de necesar). Fiecare evaluare este bazata pe istoria pacientului asupra simptomelor, prezenta problemei si evaluarea subiectiva a necesitatilor lui in fiecare domeniu. Pentru o descriere detaliata a acestui procedeu vezi manualul. **Noteaza ca evaluarea severitatii este o procedura optionala**

SCALA PACIENTULUI DE EVALUARE A SEVERITATII

0 - DELOC
1 - USOR
2 – MODERAT
3 – CONSIDERABIL
4 – EXTREM

INFORMATII GENERALE

NUME _____
ADRESA _____
1. De cat timp locuiti aici?

2. Locuiti cu familia? 0 – NU 1 - DA

3. Data nasterii

4. RASA

1. Alb
2. Negru
3. Asiatic
4. Hispanic
5. Nativ American

5. RELIGIA

1. Ortodox
2. catolic
3. protestant
4. mozaic
5. islamic
6. fara

6. Ati fost intr-un mediu controlat in ultimele 30 zile?
   1. Nu
   2. Inchisoare
   3. Tratament pentru alcool/drog
   4. Spital general
   5. Spital psihiatric
   6. altul _____

7. Cate zile?

REZULTATE LA TESTE ADITIONALE

Q.I.
Scala Beck
SCL-90
MAST

PROFILUL SEVERITATII

PROBLEME	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
MEDICALE										
PROF/STATUT										
ALCOOL										
DROG										
LEGALE										
FAMILIE/SOC										
PSIHICE										

I. STATUTUL MEDICAL

1. De cate ori in viata ati fost internat? _____

2. Cand ati fost in spital ultima oara _____
3. pentru o boala corporala?

4. Aveti vreo boala cronica care va _____
5. deranjeaza in viata Dvs?
   0 – NU
   1 – DA Specifica _____ _____

4. Luati in mod regulat medicamente _____
   prescrise de doctor pentru problemele
   Dvs de sanatate? _____

5. Primiti pensie pentru boala Dvs fizica? _____
   0 – NU
   1 – DA Specifica _____ _____

6. Cate zile v-a deranjat problema Dvs de
   sanatate in ultimele 30 zile? _____

PENTRU INTREBARILE 7 & 8 PACIENTUL
VA FOLOSI SCALA DE EVALUARE _____

7. Cat de tare ati fost deranjat sau ati _____
   suferit din cauza acestor probleme
   medicale in ultimele 30 zile? _____

8. Cat de important este pentru _____
   Dvs sa faceti acest tratament
   pentru problemele de sanatate? _____

INTERVATORUL EVALUEAZA
SEVERITATEA _____

9. Cum evaluati nevoia pacientului _____
   pentru tratament medical?

EVALUAREA INCREDERII _____
   Este vorba de informatii distorsionate
   semnificativ de: _____

10. Reprezentarea gresita a pacientului _____
    0 - NU 1- DA

11. Intelegerea gresita a pacientului _____
    0 - NU 1- DA

2. STATUTUL PROFESIONAL SI DE SUPORT

* 1. Ani de educatie _____

*2. Educatie tehnica sau formare profesionala facuta? _____

3. Aveti vre-o profesie, specializare sau business? _____

4. Aveti carnet de conducere auto? _____
0 – NU 1 – DA

5. Aveti vreo masina? _____
0 – NU 1 – DA

6. Cat de mult timp ati lucrat in locul de munca unde ati stat cel mai mult? _____

*7. Ultimul loc de munca _____
_____
specifica in detaliu

8. Aveti pe cineva care va ajuta sau va sprijina? _____

(NUMAI DACA ITEMUL 8 ESTE DA)

9. Aceasta contribuie in cea mai mare parte la sprijinul Dvs? _____

10. Modul de lucru in ultimii trei ani _____
1 – norma intreaga
2 – jumatate de norma
3 - zilier
4 - student
5 - militar
6 - pensionar
7 - somer
8 – in mediu controlat

11. Cate zile ati lucrat in ultimele 30 zile? _____

Cat de multi bani ati obtinut din urmatoarele surse in ultimele 30 zile? _____

12. De la locul de munca? _____ _____

13. Ajutor de somaj? _____ _____

14. Pensie? _____

15. Ajutor social? _____

16. Familie, prieteni, etc? _____

17. Ilegal? _____

18. Cati oameni depind de Dvs d.p.d.v. material?

19. Cate zile ati avut probleme la serviciu in ultimele 30 zile?

PENTRU INTREBARILE 20 & 21 ROAGA PACIENTUL SA FOLOSEASCA SCALA DE EVALUARE

20. Cat de mult v-a afectat aceste probleme de la serviciu in ultimele 30 zile?

21. Cat de important este pentru sa fiti ajutat cu privire la problemele de la serviciu?

EVALUAREA SEVERITATII DE CATRE INTERVIEVATOR

22. Cat de mult are nevoie nevoie pacientul de consiliere?

EVALUAREA INCREDERII
Este vorba de informatii distorsionate semnificativ de:

23. Reprezentarea gresita a pacientului

0 - NU 1- DA

24. Intelegerea gresita a pacientului

0 - NU 1- DA

Comentarii:

3. CONSUMUL DE ALCOOL/DROGURI

	ultimele 30 zile	toata viata
1. Alcool – orice cantitate		
2. Alcool – betiii		
3. Heroina		
4. Metadona		
5. Alte opiacee		
6. Barbiturice		
7. Alte sedative/ Hipnotice		
8. Cocaina		
9. Amfetamine		
10. Canabis		
11. Halucinogene		
12. Inhalanti		
13. Mari mult de o substanta pe zi *(inclusiv alcoolul)*		
14. Care substanta reprezinta o problema majora? *(codifica ca mai sus cu oo nicio problema, 01 alcool, 03 heroina, etc. 15 alcool si drog si 16 polidrug)*		
15. Cat de lunga a fost ultima perioada de abstinenta volunatra pentru aceasta substanta? *(00 – niciodata abstinent)*		
16. Acum cate luni s-a sfarsit perioada de abstinenta? *(00 – inca abstinent)*		
*17. De cate ori ai avut - delirium tremens? - supradozaj la droguri?		

*18. De cate ori in viata ati fost tratat _____
- pentru abuz de alcool
- pentru abuz de droguri _____

19. De cate ori ati fost internat la detox
- pentru abuz de alcool _____
- pentru abuz de droguri _____

20. Cat de mult ati cheltuit in ultimele 30 zile pentru:
- alcool _____
- droguri _____

21. Cate zile ai fost tratat intr-o sectie ambulatorie pentru alcool sau droguri in ultimele 30 zile? _____

22. In ultimele 30 zile cate zile ati avut:
- probleme date de alcool _____
- probleme date de droguri _____

PENTRU INTREBARILE 23 & 24 ROAGA PACIENTUL SA FOLOSEASCA SCALA DE EVALUARE _____

23. Cat de tare ati fost afectat sau suparat in ultimele 30 zile de: _____
- probleme date de alcool
- probleme date de droguri _____

24. Cat de important este acum pentru Dvs tratamentul acestor: _____
- probleme date de alcool
- probleme date de droguri _____

EVALUAREA SEVERITATII DE CATRE INTERVIEVATOR _____

25. Cat de mult are nevoie nevoie pacientul de tratament pentru? _____
- probleme date de alcool _____
- probleme date de droguri

EVALUAREA INCREDERII _____

26. Reprezentarea gresita a pacientului _____
0 - NU 1- DA

27. Intelegerea gresita a pacientului _____
0 - NU 1- DA

Comentarii:

4. STATUTUL LEGAL

1. Aceasta internare a fost sugerata sau obligata de justitie sau politie?
   0 – NU 1 – DA

2. Sunteti sub decretul 313?
   0 – NU 1 – DA

De cate ori in viata Dvs ati fost arestat sau judecat pentru urmatoarele:

*3. furt din magazine
*4. incalcarea cuvnatului
*5. vazare droguri
*6. falsuri/falsificari
*7. atac armat
*8. spargeri/jafuri
*9. furt
*10. violente/amenintari fizice
*11. incendiere
*12. viol
*13. crima
*14A. prostitutie
*14B. ofensa justitiei
*14C.. altele

15. Cate din acestea s-au soldat cu condamnare?

De cate ori in viata Dvs ati fost acuzat de urmatoarele:

*16. Comportament turbulent, vagabondaj, intoxicatie in public?

*17. Condus masina sub influenta alcool/drog

*18. Alte violari ale legii trafic rutier

*19. Cate luni ati stat in puscarie in viata dvs?

20. Cat de lunga a fost ultima perioada in inchisoare?

21. Pentru ce a fost?
(foloseste codurile 3-14 si 16-18)

22. In prezent sunteti sub ancheta, proces sau condamnare?

23. Pentru ce?

24. Cate zile ati for incarcerat in ultimele 30 zile

25. Cate zile ati facut lucru ilegale pentru a obtine bani in ultimele 30 zile?

PENTRU INTREBARILE 26 & 27ROAGA PACIENTUL SA FOLOSEASCA SCALA DE EVALUARE

26. Cat de serioase va par problemele legale pe care le aveti in prezent?

27. Cat de important este acum sa aveti un sprijin sau sfat?

EVALUAREA SEVERITATII DE CATRE INTERVIEVATOR

28. Cum ati evalua nevoia pacientului de consiliere sau asistenta juridica?

EVALUAREA INCREDERII
Este vorba de informatii distorsionate semnificativ de:

29. Reprezentarea gresita a pacientului
0 - NU 1- DA

30. Intelegerea gresita a pacientului
0- NU 1- DA

Comentarii:

5. ISTORIA FAMILIALA

A avut vreo ruda o problema cu bautul sau consumul de droguri sau problema psihiatrica care a trebuie sa fie tratata?

Din partea mamei

	Alcool	Drog	Psih.
Bunic	▪	▪	▪
Bunica	▪	▪	▪
Mama	▪	▪	▪
Matusa	▪	▪	▪
Unchi	▪	▪	▪

Din partea tatalui

	Alcool	Drog	Psih.
Bunic	▪	▪	▪
Bunica	▪	▪	▪
Mama	▪	▪	▪
Matusa	▪	▪	▪
Unchi	▪	▪	▪

Frati surori

	Alcool	Drog	Psih.
Frate #1	▪	▪	▪
Frate #2	▪	▪	▪
Sora #1	▪	▪	▪
Sora #2	▪	▪	▪

0 = nici o problema
1 = problema clara
X = problema incerta sau “nu stiu”
N = nu este o ruda in categoria respectiva

6. RELATIILE SOCIALE/FAMILIALE

1. Statutul marital
   1 Casatorit 4 Separat
   2 recasatorit 5 Divortat
   3 vaduv 6 niciodata casatorit

2. Cat timp ati avut acest statut marital?
   Ani_____ Luni_____

3. Sunteti satisfacut cu aceasta situatie?
   0 – NU
   1 – indiferent
   2 – DA

*4. Situatia casnica actuala
   1. cu partenerul sexual si copii
   2. cu partenerul sexual singur
   3. numai cu copii
   4. cu parintii
   5. cu familia
   6. cu prieteni
   7. singur
   8. in loc controlat
   9. fara aranjament stabil

5. De cand traiti in acest aranjament?
   Ani ____ luni____

6. Sunteti satisfacut cu acest aranjament?
   0 – NU
   1 – indiferent
   2 – DA

Traiti cu cineva care are:
0 – NU 1 – DA

6A. Probleme curente cu alcoolul?

6B. Ia droguri/medicamente neprescrise de doctor?

7. Cu cine petreceti cel mai mult timp liber?
   1 – familia
   2 – prieteni
   3 – singur
8. Sunteti satisfacut de aceasta?
   0 – Nu 1- indiferent 2 – Da

9. Cati prieteni apropiati aveti?

Pentru intrebarile 9A-18: Pune “0” in categoria unde raspunsul este clar <nu pentru toate rudele din catgorie>; “1” unde raspunsul este clar da pentru orice ruda din categorie; “X” unde raspunsul este incert sau “nu stiu” si “N” unde nu exista rude in categorie.

9A. Ati putea spune ca in viata Dvs ati avut relatii stranse si indelungate cu vreunua din urmatoarele persoane:

Mama
Tata
Frati/surori
Partener sexual/consort
Copii
Prieteni

Ati avut perioade semnificative in care nu v-ati inteles bine cu: 0 – NU 1 – DA

	in ultimele 30 zile	in toata viata
10. Mama		
11. Tata		
12. Frati/surori		
13. Partener de viata		
14. Copii		
15. Alti membrii de familie		
16. Prieteni apropiati		
17. Vechini		
18. Colegi serviciu		

Este vreunul din acestia (10-18) care a abuzat de Dvs? 0 - Nu 1 - Da

18A. Emotional (v-a spus vorbe urate)?

18B. Fizic (v-a produs rani)?

18C. Sexual (avansuri sau sex fortat)?

19. In ultimele 30 zile cat de multe zile ati avut conflicte serioase cu:

A. cu familia Dvs?

B. cu alti oameni

PENTRU INTREBARILE 20 & 23ROAGA PACIENTUL SA FOLOSEASCA SCALA DE EVALUARE

Cat de afectat sau deranjat ati fost in ultimele 30 zile de acestea:

20. Probleme de familie

21. Probleme sociale

Cat de important pentru Dvs este in momentul de fata tratamentul sau consilierea pentru:

22. Probleme de familie

23. Probleme sociale

EVALUAREA SEVERITATII DE CATRE INTERVIEVATOR

24. Cum ati evalua nevoia pacientului de consiliere pe probleme de familie/sociale?

EVALUAREA INCREDERII
Este vorba de informatii distorsionate semnificativ de:

25. Reprezentarea gresita a pacientului
0 - NU 1- DA

26. Intelegerea gresita a pacientului
0-NU 1-DA

Concluzii:

7. STATUTUL PSIHIATRIC

*1. De cate ori ati fost tratat pentru probleme psihologice sau emotionale?
Intr-un spital
La un cabinet sau policlinica

2. Primiti pensie pentru vreo boala psihica?
0 – Nu 1 – Da

Ati avut vreo perioada semnificativa in care ati suferit de (nu din cauza alcool/drog):
0 – NU 1 – DA

	in ultimele 30 zile	in toata viata
3. depresie serioasa		
4. anxietate serioasa		
5. halucinatii		
6. tulburari de memorie		

7. violenta
8. ganduri de suicid
9. incercare de suicid
10. ati luat medicamente pentru tulburari psihice

11. Cate zile in ultimele 30 zile ati avut probleme emotionale sau psihologice?

PENTRU INTREBARILE 12 & 13 ROAGA PACIENTUL SA FOLOSEASCA SCALA DE EVALUARE

12. Cat de tare ati fost suparat sau afectat de aceste probleme in ultimele 30 zile?

13. Cat de important este pentru Dvs acum tratamentul pentru aceste probleme?

URMATORII ITEMI TREBUIE SA FIE COMPLETATI DE INTERVIEVATOR

In momentul interviului, subiectul este:
0 – Nu 1 - Da

14. Depresiv
15. Ostil
16. Anxios/nervos
17. Tulburari de gandire
18. Ganduri paranoide
19. Tulburari de memorie sau concentrare
20. Ganduri suicidare

EVALUAREA SEVERITATII DE CATRE INTERVIEVATOR

20. Cum ati evalua nevoia pacientului de tratament pentru probleme psihiatrice/psihologice?

EVALUAREA INCREDERII
Este vorba de informatii distorsionate semnificativ de:

21. Reprezentarea gresita a pacientului
0 - NU 1- DA

22. Intelegerea gresita a pacientului
0 - NU 1- DA

Anexa Nr. 4

INVENTARUL CONSECINTELOR BAUTORULUI

(DRINKER INVENTORY OF CONSEQUENCES-DrInC)

- versiunea Recent -

INSTRUCTIUNI: Gasiti aici un numar de lucruri care se intampla uneori bautorilor. Cititi cu atentie fiecare intrebare si incercuiti numarul care indica daca acest lucru s-a intamplat in ultimele 3 luni (0 = niciodata si 1 = odata sau de putine ori, etc). Daca o intrebare nu se potriveste, atunci incercuiti "0".

Vi s-a intamplat in ultimele 3 luni? Incercuiti raspunsul pentru fiecare intrebare.	Niciodata	O data sau de putine ori	1-2 ori pe sapta-mana	Aproape zilnic
1. M-am simtit mahmur sau rau dupa baut	0	1	2	3
2. M-am simtit depravat din cauza bautului meu	0	1	2	3
3. Am lipsit de la lucru sau de la scoala din cauza bautului	0	1	2	3
4. Familia sau prietenii au fost ingrijorati sau s-au plans din cauza bautului meu	0	1	2	3
5. M-am bucurat sa iau o bere, un vin sau o tarie	0	1	2	3
6. Calitatea muncii mele a avut de suferit din cauza bautului	0	1	2	3
7. Capacitatea mea de a fi un bun parinte a avut de suferit din cauza bautului meu	0	1	2	3
8. Dupa baut am avut probleme cu adormitul, sa stau treaz sau am avut cosmaruri	0	1	2	3
9. Am condus masina dupa ce am baut trei sau mai multe pahare	0	1	2	3
10. Bautul m-a facut sa folosesc alte droguri mai mult	0	1	2	3
11. M-am simtit rau si am vomitat dupa baut	0	1	2	3
12. Am fost nefericit din cauza bautului	0	1	2	3
13. Din cauza bautului nu am mancat cum trebuie	0	1	2	3

14. Nu am facut ceea ce ar fi trebuit din cauza bautului	0	1	2	3
15. Bautul m-a ajutat sa ma relaxez	0	1	2	3
16. M-am simtit vinovat si rusinat din cauza bautului meu	0	1	2	3
17. In timp ce eram baut am facut spus si facut lucruri jenante	0	1	2	2
18. Cand beau, personalitatea mea se schimba in rau	0	1	2	3
19. Mi-am asumat riscuri prostesti cand beau	0	1	2	3
20. Am intrat in buclucuri din cauza bautului	0	1	2	3
21. In timpul bautului sau folosirii drogurilor am spus lucruri nemiloase si crude altora	0	1	2	3
22. Cand beau am facut lucruri impulsive de care am regretat mai tarziu	0	1	2	3
23. M-am batut cand am fost baut	0	1	2	3
24. Sanatatea mea fizica a fost afectata de bautul meu	0	1	2	3
25. Bautul m-a ajutat sa am o privire pozitiva asupra vietii	0	1	2	3
26. Am avut probleme financiare din cauza bautului meu	0	1	2	3
27. Casnicia sau relatiile mele de dragoste au fost afectate de bautul meu	0	1	2	3
28. Am fumat mai mult cand am baut	0	1	2	3
29. Felul cum arat a fost influentat de bautul meu	0	1	2	3
30. Familia mea a fost afectata de bautul meu	0	1	2	3
31. O prietenie sau relatiile stranse cu altii au fost afectate de baut	0	1	2	3
32. M-am ingrasat prea mult din cauza bautului	0	1	2	3
33. Viata mea sexuala a suferit din cauza bautului	0	1	2	3
34. Am pierdut interesul pentru activitati si hobiuri din cauza bautului	0	1	2	3
35. Cand beau, viata mea sociala a fost mai fericita	0	1	2	3
36. Viata mea spirituala sau morala a fost afectata de baut	0	1	2	3
37. Din cauza bautului nu am avut viata pe care as fi vrut-o	0	1	2	3
38. Bautul mi-a influentat dezvoltarea mea ca				

persoana	0	1	2	3
39. Bautul mi-a afectat viata sociala, popularitatea sau reputatia	0	1	2	3
40. Am cheltuit prea mult sau a pierdut o multime de bani din cauza bautului	0	1	2	3
41. Am fost arestat/pedepsit din cauza ca am condus sub influenta alcoolului	0	1	2	3
42. Am avut probleme cu legea (altele decat cele de circulatie) din cauza bautului	0	1	2	3
43. Am pierdut o casnicie sau o relatie de dragoste din cauza bautului	0	1	2	3
44. Am fost retrogradat/concediat sau dat afara de la scoala din cauza bautului	0	1	2	3
45. Eu beau normal, fara sa am vre o problema	0	1	2	3
46. Am pierdut un prieteni din cauza bautului	0	1	2	3
47. Am avut un accident in timp ce eram baut sau beat	0	1	2	3
48. In timp ce eram baut sau beat, am fost ranit sau ars	0	1	2	3
49. In timp ce era baut sau beat am fost ranit de altcineva	0	1	2	3
50. Am distrus lucruri in timp ce eram baut sau beat	0	1	2	3

Fizic	Inter-personal	Intra-personal	Controlul impulsului	Responsabi-tate sociala	Scala de control
1 ____					
		2 _____		3 _____	
	4 ____				5 _____
				6 _____	
	7 _____				
8 _____			9 _____		
			10 _____		
11 _____		12 _____			
13 _____				14 _____	15 _____
		16 _____			
	17 _____	18 _____	19 _____	20 _____	
	21 _____		23 _____		
24 _____					25 _____
				26 _____	
	27 _____		28 _____		
29 _____	30 _____				
	31 _____		32 _____		
33 _____		34 _____			35 _____
		36 _____			
		37 _____			
		38 _____			
	39 _____			40 _____	
			41 _____		
			42 _____		
	43 _____			44 _____	45 _____
	46 _____		47 _____		
48 _____			49 _____		
			50 _____		

_____ + _____ + _____ + _____ + _____ = _____	_____
fizic interpersonal intrapersonal control impuls social scor total	scor scala control

Fisa de scor DrInC - versiunea “Recent”

INVENTARUL CONSECINTELOR BAUTORULUI

DRINKER INVENTORY OF CONSEQUENCES-DrInC

- versiunea Lifetime -

INSTRUCTIUNI: Gasiti aici un numar de lucruri care se intampla uneori bautorilor. Cititi cu atentie fiecare intrebare si incercuiti numarul care indica daca acest lucru s-a intamplat vreodata in viata Dvs (0 = Nu si 1 = Da). Daca o intrebare nu se potriveste, atunci incercuiti "0".

Vi s-a intamplat vreodata? Incercuiti raspunsul pentru fiecare intrebare.	**Nu**	**Da**
1. M-am simtit mahmur sau rau dupa baut	0	1
2. M-am simtit depravat din cauza bautului meu	0	1
3. Am lipsit de la lucru sau de la scoala din cauza bautului	0	1
4. Familia sau prietenii au fost ingrijorati sau s-au plans din cauza bautului meu	0	1
5. M-am bucurat sa iau o bere, un vin sau o tarie	0	1
6. Calitatea muncii mele a avut de suferit din cauza bautului	0	1
7. Capacitatea mea de a fi un bun parinte a avut de suferit din cauza bautului meu	0	1
8. Dupa baut am avut probleme cu adormitul, sa stau treaz sau am avut cosmaruri	0	1
9. Am condus masina dupa ce am baut trei sau mai multe pahare	0	1
10. Bautul m-a facut sa folosesc alte droguri mai mult	0	1
11. M-am simtit rau si am vomitat dupa baut	0	1
12. Am fost nefericit din cauza bautului	0	1
13. Din cauza bautului nu am mancat cum trebuie	0	1
14. Nu am facut ceea ce ar fi trebuit din cauza bautului	0	1
15. Bautul m-a ajutat sa ma relaxez	0	1
16. M-am simtit vinovat si rusinat din cauza bautului meu	0	1
17. In timp ce eram baut am facut spus si facut lucruri jenante	0	1
18. Cand beau, personalitatea mea se schimba in rau	0	1
19. Mi-am asumat riscuri prostesti cand beau	0	1

20. Am intrat in buclucuri din cauza bautului	0	1
21. In timpul bautului sau folosirii drogurilor am spus lucruri nemiloase si crude altora	0	1
22. Cand beau am facut lucruri impulsive de care am regretat mai tarziu	0	1
23. M-am batut cand am fost baut	0	1
24. Sanatatea mea fizica a fost afectata de bautul meu	0	1
25. Bautul m-a ajutat sa am o privire pozitiva asupra vietii	0	1
26. Am avut probleme financiare din cauza bautului meu	0	1
27. Casnicia sau relatiile mele de dragoste au fost afectate de bautul meu	0	1
28. Am fumat mai mult cand am baut	0	1
29. Felul cum arat a fost influentat de bautul meu	0	1
30. Familia mea a fost afectata de bautul meu	0	1
31. O prietenie sau relatiile stranse cu altii au fost afectate de baut	0	1
32. M-am ingrasat prea mult din cauza bautului	0	1
33. Viata mea sexuala a suferit din cauza bautului	0	1
34. Am pierdut interesul pentru activitati si hobiuri din cauza bautului	0	1
35. Cand beau, viata mea sociala a fost mai fericita	0	1
36. Viata mea spirituala sau morala a fost afectata de baut	0	1
37. Din cauza bautului nu am avut viata pe care as fi vrut-o	0	1
38. Bautul mi-a influentat dezvoltarea mea ca persoana	0	1
39. Bautul mi-a afectat viata sociala, popularitatea sau reputatia	0	1
40. Am cheltuit prea mult sau a pierdut o multime de bani din cauza bautului	0	1
41. Am fost arestat/pedepsit din cauza ca am condus sub influenta alcoolului	0	1
42. Am avut probleme cu legea (altele decat cele de circulatie) din cauza bautului	0	1
43. Am pierdut o casnicie sau o relatie de dragoste din cauza bautului	0	1
44. Am fost retrogradat/concediat sau dat afara de la scoala din cauza bautului	0	1
45. Eu beau normal, fara sa am vre o problema	0	1
46. Am pierdut un prieteni din cauza bautului	0	1
47. Am avut un accident in timp ce eram baut sau beat	0	1
48. In timp ce eram baut sau beat, am fost ranit sau ars	0	1
49. In timp ce era baut sau beat am fost ranit de altcineva	0	1
50. Am distrus lucruri in timp ce eram baut sau beat	0	1

Fizic	Inter-personal	Intra-personal	Controlul impulsului	Responsabi-tate sociala	Scala de control
1 ____					
		2 _____		3 _____	
	4 ____				5 _____
				6 _____	
	7 _____				
8 _____			9 _____		
			10 _____		
11 _____		12 _____			
13 _____				14 _____	15 _____
		16 _____			
	17 _____	18 _____	19 _____	20 _____	
	21 _____		23 _____		
24 _____					25 _____
				26 _____	
	27 _____		28 _____		
29 _____	30 _____				
	31 _____		32 _____		
33 _____		34 _____			35 _____
		36 _____			
		37 _____			
		38 _____			
	39 _____			40 _____	
			41 _____		
			42 _____		
	43 _____			44 _____	45 _____
	46 _____		47 _____		
48 _____			49 _____		
			50 _____		

_____ + _____ + _____ + _____ + _____ = _____	_____
fizic interpersonal intrapersonal control impuls social scor total	scor scala control

Fisa de scor DrInC - versiunea “Lifetime”

Foaia de profil al scorurilor DrInC – versiunea lifetime - ***masculin***						
Decile	Scor total	Fizic	Inter-personal	Intra-personal	Control impuls	Responsabilitate sociala
10	43-45					
9 foarte mare	41-42					
8	39-40	8	10		10	
7 mare	37-38				9	7
6	36	7	9		8	
5 mediu	33-35		8	8	7	6
4	31-32	6	7			
3 scazut	28-30		6	7	6	5
2	23-27	5	5	6	4-5	4
1 foarte scazut	0-22	0-4	0-4	0-5	0-3	0-3
Foaia de profil al scorurilor DrInC – versiunea lifetime - ***feminin***						
Decile	Scor total	Fizic	Inter-personal	Intra-personal	Control impuls	Responsabilitate sociala
10	42-45				11-12	
9 foarte mare	39-41		10		10	7
8	37-38	8			9	
7 mare	35-36		9		8	6
6	32-34	7	8	8	7	
5 mediu	29-31		7		6	5
4	26-28	6	5-6	7	5	4
3 scazut	24-25	5	4		4	3
2	19-23	4		6	3	2
1 foarte scazut	0-18	0-3	0-3	0-5	0-2	0-1

Tabelul cu profilul scorurilor DrInC versiunea Lifetime (Dupa Miller si colab. 1995)

Foaia de profil al scorurilor DrInC – versiunea recent - ***masculin***						
Decile	Scor total	Fizic	Inter-personal	Intra-personal	Control impuls	Responsabilitate sociala
10	86-135	17-24	23-30	23-24	17-36	16-21
9 foarte mare	75-85	15-16	20-22	21-22	14-16	14-15
8	68-74	13-14	18-19	19-20	12-13	12-13
7 mare	60-67	12	15-17	18	10-11	10-11
6	53-59	10-11	13-14	16-17	9	9
5 mediu	46-52	9	11-12	14-15	8	8
4	39-45	7-8	9-10	12-13	7	6-7
3 scazut	32-38	6	7-8	10-11	6	5
2	24-31	4-5	5-6	7-9	4-5	3-4
1 foarte scazut	0-23	0-3	0-4	0-6	0-3	0-3
Foaia de profil al scorurilor DrInC – versiunea recent - ***feminin***						
Decile	Scor total	Fizic	Inter-personal	Intra-personal	Control impuls	Responsabilitate sociala
10	81-135	17-24	22-30	23-24	15-36	14-21
9 foarte mare	68-80	14-16	18-21	22	12-14	12-13
8	61-67	13	15-17	20-21	11	10-11
7 mare	53-60	11-12	13-14	18-19	9-10	9
6	48-52	10	11-12	15-17	8	8
5 mediu	41-47	9	9-10	14	6-7	6-7
4	36-40	7-8	8	12-13	5	5
3 scazut	29-35	6	6-7	10-11	4	3-4
2	22-28	4-5	3-5	7-9	3	2
1 foarte scazut	0-21	0-3	0-2	0-6	0-2	1

Tabelul cu profilul scorurilor DrInC versiunea Recent (Dupa Miller si colab. 1995)

Anexa Nr. 5

SCALA DEPENDENTEI DE ALCOOL

(*Alcohol Dependence Scale - ADS*)

INSTRUCTIUNI:
1. Citeste cu atentie fiecare intrebare si apoi raspunde la intrebare prin incercuirea unei singure variante care se potriveste cel mai bine pentru tine.
2. Cuvantul "baut" se refera la bautul de bauturi alcoolice.
3. Nu te grabi si raspunde la toate intrebarile.

Aceste intrebari se refera la ultimele 12 luni

1. Cat de mult ai baut ultima oara?
   a. Destul ca sa ma bine dispun sau mai putin
   b. Destul ca sa ma imbat
   c. Destul ca sa nu mai stiu de mine

2. Adesea esti mahmur suminica sau lunea dimineata?
   a. Nu
   b. Da

3. Ai avut tremuraturi la maini sau in corp cand nu ai mai baut?
   a. Nu
   b. Uneori
   c. Adesea

4. Te-ai simtit rau (de ex. ai vomitat, ai avut dureri la stomac) din cauza bautului?
   a. Nu
   b. Uneori
   c. Aproape de fiecare data cand beau

5. Te-ai simtit foarte rau (ai vazut sau auzit lucruri care nu sunt, ai fost anxios, nelinistit, agitat)?
   a. Nu
   b. Uneori
   c. De mai multe ori

6. Cand esti baut te impiedici, nu iti poti tine echilibrul, mergi dintr-o parte in alta?
   a. Nu
   b. Uneori
   c. Adesea

7. Ca rezultat al bautului, te simti infierbantat si transpirat?
   a. Nu
   b. Odata
   c. De mai multe ori

8. Ca rezultat al bautului ai vazut lucruri care nu sunt in realitate?

a. Nu
b. Odata
c. De mai multe ori

9. Ai intrat in panica de teama canu ai de baut atunci cand ai nevoie?
a. Nu
b. Da

10. Ai avut pierderi de memorie dupa ce nu ai mai stiut de tine din cauza bautului?
a. Nu, niciodata
b. Uneori
c. Adesea
d. Aproape de fiecare data cand beau

11. Porti cu tine o sticla sau pastrezi una la indemana?
a. Nu
b. Cateodata
c. In cea mai mare parte a timpului

12. Dupa o perioada de abstinenta (nu ai baut), incepi din nou sa bei mult?
a. Nu
b. Uneori
c. Aproape totdeuna cand beau

13. In ultimele 12 luni, ti-ai pierdut cunostiinta datorita bautului?
a. Nu
b. Odata
c. Mai mult decat odata

14. Ai avut convulsii dupa o perioada de baut?
a. Nu
b. Da
c. De mai multe ori

15. Bei de-a lungul intregi zile?
a. Nu
b. Da

16. Dupa ce ai baut zdravan, te-ai simtit zapacit sau neclar?
a. Nu
b. Da, dar numai pentru cateva ore
c. Das, pentru una sau doua zile
d. Da, pentru mai multe zile

17. Datorita bautului, ai avut batai rapide la inima?
a. Nu
b. Da
c. De mai multe ori

18. Te gandesti constant la baut sau la alcool?
a. Nu
b. Da

19. Datorita bautului ai auzit lucruri care nu sunt reale?

a. Nu
b. Da
c. De mai multe ori

20. Cand ai baut, ai avuit senzatii infricosatoare sau ciudate?
a. Nu
b. Odata sau de doua ori
c. Adesea

21. Datorita bautului ai simtit lucruri care se misca pe tine, precum paianjeni, gaze, care de fapt nu erau in realitate?
a. Nu
b. Da
c. De mai multe ori

22. Cu privire la pierderile de memorie si a locului si timpului unde ai fost:
a. Nu am avut niciodata asa ceva
b. Am avut pentru mai putin de o ora
c. Am avut pentru mai mult de o ora
d. Am avut pentru cel putin o zi sau mai mult

23. Ai incercat sa te opresti din baut si ai vazut ca nu poti?
a. Nu
b. Odata
c. de mai multe ori

24. Bei cu nesat?
a. Nu
b. Da

25. Dupa una, doua inghitituri in mod obisnuit nu te mai poti opri din baut?
a. Da
b. Nu

Calcularea scorului:
- Itemii cu a si b se scoreaza cu 0, 1; itemii cu trei trepte, a, b, c, se scoreaza cu 0, 1, si 2; otemii cu patru trepte, a, b, c si d se scoreaza cu 0, 1, 2, si 3.
- Scorul total se poate etala de la 0 la 47.

INTERPRETAREA SCORULUI TOTAL:

Scor	Intepretare	Ingrijire sugerata
0	Nu a fost raportata nici o evidenta de dependenta de alcool Totusi, aceasta nu inseamna ca individul nu este dependent de alcool. Trebuie ca raportatile sale sa fie validate.	Sfatuire
1-13	Nivel redus de dependenta de alcool. Simptomele sunt probabil mai mult psihologice decat fizice. Pot fi luate in considerare strategii de moderatie a consumului. Scorul de peste 9 este puternic indicativ pentru diagnosticul de abuz de alool sau dependenta (DSM).	Consiliere scurta (Nivelul I de ingrijire)
14-21	Nivel usor de dependenta de alcool. Sunt probabile probleme psihologice legate de consumul de alcool . Dependenta psihologica poate fi caracteristica acestui scor dar trebuie cautate si semnele fizice de dependenta si de sevraj	Pacient ambulator (Nivelul I sau II de ingrijire)
22-31	Dependenta de alcool evidenta. Semnele fizice de dependenta sunt prezente. Tulburarile disorders, psychiatric symptoms and social Inpatient medicale legate de consumul abuziv de alcool sunt probabile. Abstinenta trebuie recomandata.	Pacient ambulator strict supravegheat (Nivelul II sau III de ingrijire)
31-47	Dependenta severa de alcool este probabila. Simptome serioase psihologice si fizice, precum cele hepatice, sunt probabile. Abstinenta este imperios recomandata. Verifica seriozitatea intentiilor pacientului de a se conforma cu tratamentul.	Pacient internat (Nivelul III sau IV de ingrijire)

Anexa nr. 6

SCALA INSTITUTULUI CLINIC DE EVALUARE A SEVRAJULUI ALCOOLIC

(*Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol revised - CIWA-Ar)*

Greata si varsaturi:
Intreaba: Te simti rau de la stomac? Ai vomitat?
Observatie:
0 Fara greata si varsaturi
1 Usoara greata, fara varsaturi
2
3
4 Greata intermitenta cu varsaturi
5
6
7 Greata constanta si varsaturi.

Anxietate:
0 Nici o anxietate
1. Usoara anxietate
2
3
4. Anxietate moderata
5
6
7 Stare extrema de panica

Tulburari tactile:
Intreaba: Ai senzatii de mancarime, intepaturi, de arsuri, furnicaturi sau ca umbla ceva pe sub piele?
Observatie:
0 Nu
1 Foarte usoare senzatii de mancarime, intepaturi, arsuri, furnicaturi
2 Usoare senzatii de mancarime, intepaturi, arsuri, furnicaturi
3 Moderate senzatii mancarime, intepaturi, arsuri, furnicaturi
4 Halucinatii moderate spre sever
5 Halucinatii severe
6 Extrem de severe halucinatii
7 Halucinatii continue

Tremor: Examinare cu bratele intinse si degetele rasfirate.
Observatie:
0 Nici un tremor
1 Nu este vizibil dar poate fi simtit cand exminatorul atinge cu degetul degetele subiectului.
3
4 Moderat, cand subiectul tine bratele intinse
5
6
7 Sever, chiar cand bratele nu sunt intinse.

Agitatie:
0 Activitate normala
1 Ceva mai multa decat in mod obisnuit
2
3
4 Neliniste motire, nu poate sta locului
5
6
7 Merge incolo si incoace in timpul interviului sau se foieste constat cand sta in pat

Tulburari auditive:
Intreaba: Auzi sunetele din jur mai puternic? Sunt neplacute? Iti provoaca frica? Auzi lucruri care te infricoseaza? Auzi lucruri care stii ca nu sunt acolo?
Observatie:
0 Nimic prezent
1 Foarte usoara neplacere sau frica
2 Usoara neplacere sau frica
3 Moderata neplacere sau frica
4 Halucinatii moderate spre severe
5 Halucinatii severe
6 Extrem de severe halucinatii
7 Halucinatii continue

Transpiratii paroxistice:
Observatie:
0 Nici o transpiratie vizibila
1 Foarte putin perceptibila, palme umede
2
3
4 Broboane de transpiratie pe frunte
5
6
7 Transpiratii puternice

Tulburari vizuale:
Intreaba: Ti se pare ca lumina straluceste prea tare? Culoarea este diferita? Te orbeste? Ai vazut ceva care te-a deranjat? Ai vazut lucruri care stii ca nu exista?
Observatie:
0 Nimic prezent
1 Foarte usoara sensibilitate
2 Usoara sensibilitate
3 Moderata sensibilitate
4 Halucinatii moderat spre sever
5 Halucinatii severe
6 Extrem de severe halucinatii
7 Halucinatii comntinue

Dureri de cap, presiune in cap:
Intreaba: Simti ceva diferit in cap? Simti ca si cum o banda ar fi in jurul capului?
Nu lua in cont senzatiile de ameteala sau de zapaceala
0 Nu
1 Foarte usor
2 Usor
3 Moderat
4 Moderat spre sever
5 Sever
6 Foarte sever
7 Extrem de sever

Orientare si incetosarea constiintei:
Intreaba: In ce zi suntem astazi? Stii unde esti acum? Cine sunt eu?
0 Orientare intacta si poate adauga la ce a fost intrebat
1 Raspunde scurt si nu adauga nimic
2 Dezorientare in timp, da nu mai mare de doua zile
3 Dezorientare in timp mai mult de doua zile
4 Dezorientare atat in timp cat si fata de locul unde se afla

Protocolul de evaluare:	Data											
a. Ia semnele vitale	Ora											
b Daca scorul initial ≥ 8 repeta la fiecare ora, timp de 8 ore, daca e stabil, evalueaza la fiecare 2 ore timp de 8 ore, daca e stabil evalueaza la fiecare 4 ore;	Puls											
	Frecventa cardiaca											
c. daca scorul initial < 8 evalueaza la fiecare 4 ore timp de 72 ore si daca scorul creste, treci la (b)	Presiune sanghina											
d. daca este indicat, administreaza medicatia												
Evalueaza si scoreaza conform CIWA - Ar:												
Greata si varsaturi: (0-7) 0 Fara greata si varsaturi; 1 Usoara greata, fara varsaturi 4 Greata intermitenta cu varsaturi; 7 Greata constanta si varsaturi.												
Tremor: (0-7) 0 Nici un tremor; 1 Nu este vizibil dar poate fi simtit cand exminatorul atinge cu degetul degetele subiectului. 4 Moderat, cand subiectul tine bratele intinse; 7 Sever, chiar cand bratele nu sunt intinse.												
Anxietate: (0-7) 0 Nici o anxietate; 1. Usoara anxietate; 4. Anxietate moderata; 7 Stare extrema de panica												
Agitatie: (0-7) 0 Activitate normala; 1 Ceva mai multa decat in mod obisnuit;4 Neliniste motire, nu poate sta locului; 7 Merge incolo si incoace in timpul interviului sau se foieste constat cand sta in pat												
Transpiratii paroxistice: (0-7) 0 Nici o transpiratie vizibila; 1 Foarte putin perceptibila, palme umede 4 Broboane de transpiratie pe frunte; 7 Transpiratii puternice												
Orientare: (0-4) 0 Orientare intacta si poate adauga la ce a fost intrebat; 1 Raspunde scurt si nu adauga nimic 2 Dezorientare in timp, da nu mai mare de doua zile; 3 Dezorientare in timp mai mult de doua zile 4 Dezorientare atat in timp cat si fata de locul unde se afla.												
Tulburari tactile: (0-7) 0 Nu; 1 Foarte usoare senzatii de mancarime, intepaturi, arsuri, furnicaturi ; 2 Usoare senzatii de mancarime, intepaturi, arsuri, furnicaturi; 3 Moderate senzatii mancarime, intepaturi, arsuri, furnicaturi; 4 Halucinatii moderate spre sever; 5 Halucinatii severe; 6 Extrem de severe halucinatii;7 Halucinatii continue.												
Tulburari auditive: (0-7): 0 Nimic prezent; 1 Foarte usoara neplacere sau frica; 2 Usoara neplacere sau frica; 3 Moderata neplacere sau frica; 4 Halucinatii moderate spre severe; 5 Halucinatii severe; 6 Extrem de severe halucinatii; 7 Halucinatii continue.												
Tulburari vizuale: (0-7)												

0 Nimic prezent; 1 Foarte usoara sensibilitate; 2 Usoara sensibilitate; 3 Moderata sensibilitate; 4 Halucinatii moderat spre sever 5 Halucinatii severe; 6 Extrem de severe halucinatii 7 Halucinatii comntinue.													
Dureri de cap: (0-7) 0 Nu; 1 Foarte usor; 2 Usor; 3 Moderat; 4 Moderat spre sever; 5 Sever; 6 Foarte sever; 7 Extrem de sever.													
Scor total CIWA-Ar:													
Medicatie: (incercuieste unul)	Doza (mg)												
Librium Diazepam Lorazepam	Calea de administrare												
Ora la care s-a administrat													
Evaluarea raspunsului (scorul CIWA-Ar la 60 minute dupa administrare													
Initialele evaluatorului													

Protocol de tratament al sevrajului alcoolic bazat pe evaluarea cu scala CIWA-Ar

Anexa nr. 7

CHESTIONARUL DISPONIBILITATII LA SCHIMBARE, VERSIUNEA PENTRU TRATAMENT

(Readiness to Change Questionnaire, treatment version - RTCQ)

Va rog sa cititi cu atentie urmatoarele afirmatii cu privire la consumul de alcool. Va rog sa va ganditi la condumul Dvs de bauturi alcoolice si sa alegeti cat de mult sunteti de acord sau nu cu fiecare din aceste afirmatii. MNu uitati, ele se refera la conceptia si obiceiurile Dvs privind consumul de alcool. Pozitia Dvs fata de acestea nu antreneaza nici o judecata pejorativa si raspunsurile vor ramane confidentiale.

Item	Intrebarea	Puternic dezacord	Dezacord	Nesigur	Acord	Puternic acord	Subscala
1	Este o pieredere de timp sa ma gandesc la bautul meu pentru ca nu am nici o problema.						**PC**
2	Ma bucur de baut dar uneori beau cam mult.						**C**
3	Nu exista nimic rau cu bautul meu.						**PC**
4	Uneori ma gandesc ca ar trebui sa raduc bautul sau sa ma las de tot.						**C**
5	Oricine poate vorbi despre dorinta lui de a face ceva cu bautul, dar eu chiar fac ceva pentru bautul meu.						**A**
6	Eu sunt chiar un bautor normal						**PC**
7	Bautul meu este uneori o problema						**C**
8	Intr-adevar, eu mi-am schimbat felul de baut chiar acum (fie reducere sau renuntare).						**A**
9	Am inceput sa-mi fac un plan de a reduce sau renunta la baut.						**A**
10	Nu exista nimic care sa schimb cu privire la bautul meu.						**PC**
11	Uneori ma intreb daca nu cumva mi-am pierdut controlul asupra bautului.						**C**
12	Sunt activ fata de problemele mele cu bautul.						**A**

Scorurile scalei:

1. Scor scala precontemplatie (PC)
2. Scor scala contemplatie (C)
3. Scor scala actiune (A)

- oo 0 00 -

Anexa nr. 8

CHESTIONARUL EXPECTANTEI BAUTULUI
(Drinking Expectancy Questionnaire)

NOTA: Acest chestionar face parte din chetionarul mare numit PROFILUL EXPECTANTELOR BAUTULUI *(Drinking Expectancy Profile)* Partea I-a. Partea II-a este prezentata in Anexa Nr. 9

Acest chestionar cuprinde doua parti. Partea I-a cuprinde 43 afirmatii descriind efectele pe care bautul alcoolului le poate avea asupra organismului uman. Scopul acestui chestionar este de a afla gandurile sentimentele si credintele Dumneavoastra despre baut. Fiti fara grija, nu sunt raspunsuri bune sau raspunsuri rele.
Incerecuiti numarul corespunzator pentru fiecare afirmatie care descrie cel mai bine cat de acord sau de dezacord sunteti cu afirmatia data, dupa cum urmeaza:

Puternic dezacord	Dezacord	Nici acord, nici dezacord	Acord	Puternic acord
1	2	3	4	5

Amintiti-va ca raspunsurile se refera la Dumneavoastra. Nu pierdeti prea mult timp la fiecare afirmatie si incercati sa raspundeti la toate. Cand terminati cu partea I-a, treceti la Partea II-a.
Raspunsurile sunt confidentiale.

RASPUNDETI LA ACESTE AFIRMATII CONFORM CREDINTELOR DUMNEAVOASTRA DESPRE BAUT						
Item	Afirmatie	Puternic dezacord	Dezacord	Nesigur	Acord	Puternic acord
1	Am idei mai bune cand beau					
2	Nu beau alcool ca sa ma refac dupa o zi grea sau o saptamana de lucru					
3	Cand sunt baut lucrurile mici ma supara mai putin					
4	Bautul ma face sa ma simt sociabil si prietenos					

5	Bautul ma face sa ma simt tensionat					
6	Sunt mai sigur pe mine cand beau					
7	Nu este necesar sa beau ca sa ma bucur de viata					
8	Bautul ma face mai inclinat spre sex					
9	Nu am nevoie de alcool cand ma simt anxios si tensionat					
10	Bautul ma face sa vad viitorul mai frumos					
11	Beau pentru ca este un obicei					
12	Bautul ma face sa fiu prost dispus					
13	Daca beau sunt mai sigur de ce spun sau fac					
14	Simt ca bautul mai impiedeca sa ma inteleg cu alti oameni					
15	Ma simt fara astampar cand beau					
16	Sunt mai posac si trist cand beau alcool					
17	Rar ma gandesc la alcool					
18	Nu pot totdeauna sa controlez bautul meu					
19	Cand beau sunt mai putin interesat de actiunile mele					
20	Daca beau este usor sa-mi arat sentimentele					
21	Beau ca sa-mi combat starea de tensiune					
22	Adesea ma simt mai sexy dupa ce beau					
23	Dupa recentele griji si preocupari bautul nu ma ajuta sa-mi reduca tensiunea					
24	Bautul ma face mai agresiv					
25	Bautul ma face sa ma simt ca un ratat					
26	Bautul ma ajuta sa ma simt mai vigil					
27	Bautul imi schimba majoritatea gandurilor despre sex					
28	Cand beau tind sa devin nepasator					
29	Bautul ma face mai iritat					
30	Sunt dependent de alcool					
31	Bautul scoate ce e rau in mine					
32	Ma simt mai putin timid cand beau					
33	Bautul ma face mai violent					
34	Sunt mai putin discret daca beau alcool					
35	Cand beau este usor sa ma deschid si sa-mi arat sentimentele					
36	Sunt fara putere in fata alcoolului					
37	Cand beau evit oamenii sau situatiile social pentru ca mi-e jena					

38	Bautul imi ascute mintea					
39	Cand beau ma simt deceptionat de mine insumi					
40	Bautul nu este important pentru mine					
41	Cand sunt baut am tendinta sa evit sexul					
42	Dupa ce beau pierd interesul sexual					
43	Sunt mai grosolan cand beau					

INSTRUCTIUNI PENTRU INTERPRETAREA TESTULUI

PASUL 1: Ranverseaza scorurile urmatorilor itemi:

2, 7, 9, 17, 23, 27, 40, 41, 42 (de exemplu, daca scorul a fost de “5”, reversul lui va fi “1”)

PASUL 2: Obtinerea scorurilor subscalelor DEQ.

1. siguranta de sine: 3, 4, 6, 19, 20, 28, 32, 34, 35, 43 (10 itemi)

2. schimbare afectiva: 5, 12, 14, 15, 16, 24, 25, 29, 31, 33, 37, 39 (12 itemi)

3. cresterea impulsului sexual : 8, 22, 27, 41, 42 (5 itemi)

4. schimbare cognitiva: 1, 13, 26, 38 (4 itemi)

5. reducerea tensiunii: 2, 9, 21, 23 (4 itemi)

6. dependenta: 7, 10, 11, 17, 18, 30, 36, 40 (8 itemi)

- oo 0 oo -

Anexa Nr. 9

CHESTIONARUL DE AUTO-EFICIENTA A REFUZULUI BAUTULUI

(Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire)

NOTA: Acest chestionar face parte din PROFILUL EXPECTANTELOR BAUTULUI
(Drinking Expectancy Profile) Partea II-a

In acest chestionar sunt afirmatii care descriu abilitatea cuiva de a gestiona situatiile de baut. Este o lista de situatii in care oamenii pot gasi ei insisi prilejuri de a bea bauturi alcoolice. Multi oameni gasesc ca este mai usor sa reziste in unele din aceste situatii decat altii. Va rog sa incercuiti un numar din fiecare afirmatie care descrie cel mai bine cum Dumneavoastra rezistati in fata bauturii in fiecare caz.

Scorul:
1 - sunt foarte sigur ca as bea
2 - este foarte probabil ca as bea
3 - probabil as bea, probabil nu as nea
4 - foarte probabil nu as bea
5 - sunt foarte sigur ca as bea

CAT DE SIGUR ESTE CA ATI REZISTA SA NU BETI IN SITUATIA...

1. Cand iau masa in oras	1	2	3	4	5
2. Cand jucati table sau carti	1	2	3	4	5
3. Cand priviti la televizor	1	2	3	4	5
4. Cand vedeti pe altii band	1	2	3	4	5
5. Cand sunteti incordat	1	2	3	4	5
6. Cand sunteti manios	1	2	3	4	5
7. Cand sunteti la o petrecere	1	2	3	4	5
8. Cand cineva va ofera o bautura	1	2	3	4	5
9. Cand vreti sa pareti sofisticat	1	2	3	4	5
10. Cand vreti sa va simtiti mai increzator	1	2	3	4	5
11. Cand sunteti plictisit	1	2	3	4	5
12. Cand vreti sa aratati mai bine	1	2	3	4	5
13. Cand sunteti la masa	1	2	3	4	5
14. Cand ma simt rusinat	1	2	3	4	5
15. Cand astept pe cineva	1	2	3	4	5
16. Cand ma simt nelinistiti	1	2	3	4	5

17. Cand ma simt frustrat	1	2	3	4	5
18. Cand vreau sa ma simt mai acceptat de prieteni	1	2	3	4	5
19. Cand sunt ingrijorat	1	2	3	4	5
20. Cand sunt suparat	1	2	3	4	5
21. Cand ma simt la pamant	1	2	3	4	5
22. Cand ma simt nervos	1	2	3	4	5
23. Cand va intoarceti de la lucru	1	2	3	4	5
24. Cand va simtiti trist	1	2	3	4	5
25. Cand sotia/sotul sau partenerul bea	1	2	3	4	5
26. Cand ascultati muzica sau cititi	1	2	3	4	5
27. Cand un prieten bea	1	2	3	4	5
28. Cand va simtiti singur	1	2	3	4	5
29. Cand ati terminat un meci sportiv	1	2	3	4	5
30. Cand sunteti intr-un bar sau club	1	2	3	4	5
31. Imediat dupa ce ati ajuns acasa	1	2	3	4	5

INSTRUCTIUNI DE CALCULARE A SCORULUI:
Fiecare factor sau subscala reprezinta autoeficienta subiectului de a rezista la bautura in situatiile in care majoritatea bautorilor sau el insusi bea, precum situatiile de presiune sociala, de reducere emotionala si in situatii de oportunitate.

1. Autoeficienta pentru situatii de presiune sociala = 1+2+4+7+8+9+10+12+18+25+27+30

2. Autoeficienta in situatii de usurare emotionala = 5+6+11+14+16+17+19+20+21+22+24

3. Autoeficienta pentru situatii de oportunitate de baut = 3+13+15+23+26+28+29+31

- oo 0 oo -

S F A R S I T