

RADU VRASTI: MASURAREA SANATATII MENTALE (in curs de aparitie)

CAP. IV: 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 1 se prezinta cele mai populare instrumente de diagnostic a tulburarilor depresive si de evaluare a simptomelor depresive.

Nume	Tip	Autor
Symptom Checklist 90 (SCL-90)	SR	Derogatis 1983
Beck Depression Inventory	SR	Beck et al. 1961
Zung Self-Rating Depression Scale	SR	Zung 1965
Center for Epidemiological Studies- Depression Scale	SR	Radlof 1977
Carroll Rating Scale for Depression	SR	Carroll et al 1981
Inventory to Diagnose Depression - IDD	SR	Zimmerman et al. 1986
A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale (SIGH-D)	SI	Williams 1988
A Structured Interview version of the Hamilton Depression Rating Scale (SI-HDRS)	SI	Potts et al. 1990
WHO Schedule for a Standardized Assessment of Depressive Disorders (WHO-SADD)	SI	WHO 1983
Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)	SI	Spitzer et al. 1986
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)	SI	Endicott & Spitzer 1978
Diagnostic Interview Schedule (DIS)	SI	Robins et al. 1981
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	SI	WHO 1990
Present State Examination	SSI	Wing et al. 1974
Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)	SSI	WHO 1994
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)	OR	Hamilton 1960
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	OR	Montgomery & Asberg 1979
Melancholia Scale	OR	Bech-Rafaelsen 1978
Newcastle Depression Scale	OR	Carney et al. 1965
SR=self report	SI=structured interview	SSI = semistructured interview
OR=observer rating		

Tabelul 1: Cele mai populare instrumente de diagnostic si evaluare a tulburarilor depresive (modificat dupa Rabkin si Klein¹).

In acest 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 sectiunea II-a.

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 dinainte². 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 specifice 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.

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

Scala HRSD a fost introdusa in 1960 de Hamilton³ si ea a devenit cea mai folosita scala in domeniu. Desi a aparut in acelasi an cu scala de depresie Cronholm-Ottoson⁴, 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 comparative⁵. 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 construitaata sa cuantifice severitatea depresiei numai la pacientii deja diagnosticati ca avand depresie si nu ca un instrument de identificare a depresiei. Ea trateaza depresia ca un concept unitar si incercarea sa de a identifica componentele depresiei a dat rezultate contradictorii.

Desi Hamilton a identificat 21 de dimensiuni de evaluare in lucrarea sa din 1960, el s-a oprin numai la primele 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, in ultimii ani s-a folosit numai versiunea cu 21 itemi care a devenit astfel versiunea “standard” pentru utilizari clinice sau de cercetare.

Unsprezece itemi sunt evaluati pe o scala 0-4 si restul itemilor pe o scala 0-2.

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 ponderea ambelor atunci cand judeca” (Hamilton, 1960)³. 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)⁶. Hoojer si colab. (1991) prezinta o versiune mai noua si o metoda de scorare in functie de antrenamentul cotatorului si de versiunea folosita⁷.

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*) dezvoltat de Williams (1988)⁸ si Interviul Structurat pentru scala HDRS (*A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale - SI-HDRS*) dezvoltat de Potts si colab. (1990)⁹.

Prin analiza factoriala s-au conturat mai multi factori ai scalei HDRS. Guy (1976)¹⁰ 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)¹¹ 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 bipolară (anxietate, depresie agitata si depresia retardata). In 1983 Rhoades si Overall⁵ 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)¹².

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 patru⁸. Cicchetti si Prusoff (1983)¹³ au studiat confidenta intercotatori pentru fiecare item al scalei si au gasit un indice de confidenta bun la 8 itemi. 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 0,73¹⁴.

In ciuda raspandirii sale scala Hamilton a fost criticata pentru introducerea de prea multe simptome somatice¹⁵. Ea nu prevede definitii operationale pentru fiecare item si de aceea administrarea ei necesita un grad anume de expertiza clinica. Insi Hamilton (1960)³ spunea ca valoarea scalei depinde "in intregime de abilitatea intervievatorului de a extrage informatia necesara". Bech si colab. (1986)¹⁶ umpreuna 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 (Bech¹⁷) publicata in lucrarea Depresii - Noi Perspective, Vrasti & Eisemann (eds.), All Publ. Bucuresti¹⁸ iar in anexa 2 se prezinta interviul structurat pentru HDRS realizat de Williams.

2. SCALA DE MELANCOLIE (*Melancholia Scale – MES*)

Scala de melancolie este o scala de simptome dezvoltata de Bech si Rafaelsen in 1980¹⁹ pe baza analizei constructiei scalei Hamilton si a utilizarii 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^{14,15}. Astfel versiunea definitiva a scalei de melancolie are 11 itemi. Acesti itemi sunt evaluati pe o scala Likert cu 5 ancore, de la 0 la 4.

Scala Hamilton si scala de melancolie Bech & Rafaelsen au fost combinate in scala HDRS/MES care are 23 itemi si este prezentata in anexa 1 (Bech si colab. 1986)¹⁶. 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^{20,21}. Cand a fost utilizata la batrani, analiza factoriala a confirmat ca MES reprezinta un singur factor²². Cat priveste confidenta, corelatia interclase a aratat o foarte solida incredere intre cotatori^{23,24}.

Scala MES s-a dovedit mult mai senzitiva la schimbarea taboulului depresiv sub interventii decat scala Hamilton sau scala Montgomery-Asberg²¹.

Un scor MES de 15 sau mai mult este congruent cu diagnosticul de depresie majora din DSM-III, iar scorul de 10-14 reprezinta “mai putin de depresie majora” si este echivalent cu scorul de 13-17 la HDRS²⁵.

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 evaluarea 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)²⁶ pornind de la itemii scalei Comprehensive Psychopathological Rating Scale -CPRS (Asberg si colab, 1978)²⁷.

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)²⁸ 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 4.

Scala prezinta o foarte buna confidenta intercotatori atat cand se ia in considerare 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 endogena²⁹. Scoruri mai mari se obtin atunci cand scala este administrata de clinicieni comparativ cu persoane cu mai putin experienta¹⁵.

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 comorbiditatii depresiei.

4. 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)¹. Carney si colab. (1965)³⁰ au selectat 35 itemi considerati capabili sa distinga intre cele doua entitati, incluzand istoria bolii, istoria familiala, personalitatea si simptomatologia. Acesti itemi 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)³¹. In anexa 5 se prezinta foaia de scor a scalei Newcastle-I.

In 1971 Gurney³² dezvoltata 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^{33,34} si o validitate predictiva adecvata pentru diagnosticul de depresie endogena³⁴. Utilizarea lor este oarecum restransa in spatiul anglo-saxon, dar valoarea lor stiintifica ramane intreaga.

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

Ca si scala Hamilton, inventarul Beck este un prototip al scalelor ce le intruchipeaza, scalele de auto-evaluare (*self-rating*). Scala BDI a fost dezvoltata de Beck si colab. (1961)³⁵ ca un chestionar care este destinat sa evalueze severitatea simptomelor

depressive. Este compus din 21 simptome (itemi) care fiecare este evaluat în patru grade de severitate, de la 0 absent la 3 foarte sever, fiecărui grad corespunzându-i o întrebare iar subiectul este invitat să aleagă cea care se potrivește cel mai bine. Aceasta înseamnă că inventarul Beck conține un total de 84 întrebări. Cele 21 simptome au fost alese din simptomatologia comună a tulburărilor depressive și din literatura psihiatrică: dispoziția depresivă, pesimism, sentimentul eșecului, lipsa de satisfacție, sentimente de vinovăție, sentimentul pedepsei, auto-dezgust, autoacuzare, dorințe auto-punitive, plans, iritabilitate, retragere socială, nehotărâre, modificarea imaginii de sine, dificultăți în muncă, tulburări de somn, fatigabilitate, pierderea apetitului, pierderea în greutate, preocupări somatice, pierderea libidoului. În anexa 6 se prezintă Inventarul de depresie Beck iar în anexa 7 foaia de scor pentru BDI.

Beck spunea în 1967³⁶: "În cursul psihoterapiei pacienților depresivi am făcut observații sistematice și am înregistrat simptomele și atitudinile lor caracteristice. Am selectat un grup din aceste atitudini și simptome care par a fi specifice pacienților depresivi și care au fost consistente cu descrierile depresiei din literatura psihiatrică".

Scorul total al scalei se poate întinde de la 0 la 63.

În forma originală, BDI a fost administrată subiectului de un intervievator cu experiență clinică care citea cu glas tare fiecare întrebare, iar subiectul alegea ceea ce îi se potrivea. Ulterior inventarul s-a administrat subiectului care îl citește singur și cotează singur alegerile sale, fiind o scală de auto-administrare. Beck găsește că procentajul de răspuns la toate întrebările BDI este în medie de 96%¹⁴. Din experiența practică se constată că motivația pacientului de a completa chestionarul depinde de motivația investigatorului de a explica valoarea instrumentului, scopul și de a obține cooperarea lui.

Comparativ cu scala Hamilton, inventarul Beck conține mai multe simptome depressive și doar 6 simptome somatice, dar spre deosebire de alte scale de evaluare a depresiei conține multe aspecte cognitive ale depresiei ceea ce face ca această scală să fie predilectă pentru evaluarea schimbărilor sub intervenția psihoterapiilor cognitiv-comportamentale în tulburările depressive.

Beck și colab. (1981)³⁷ au demonstrat scoruri înalte ale consistenței interne prin corelațiile dintre scorul fiecărui item și scorul total sau corelația dintre scorurile jumătăților scalei sau prin metoda test-retest. Validitatea concurență făcută prin administrarea BDI

împreună cu scale de evaluare clinică globală sau cu scala Hamilton au arătat scoruri moderate^{1,15}.

Cât privește pragurile de scor, Beck recomandă un scor de 13 peste care se poate considera ca subiectul prezintă o stare depresivă. Mai târziu, Beck și Baumesderfer (1974)³⁸ recomandă un scor de 21 pentru a se obține o populație depresivă pură necesară în studii științifice, dar trebuie să recunoaștem că aceste praguri au fost stabilite arbitrar, fără o metodă științifică.

Pornind de la întreaga scala DBI, Beck a construit o subscala cu 12 itemi care a demonstrat o validitate mai mare decât scala cu 21 itemi¹⁴. Itemii ei sunt prezentați în foaia de scor de la anexa 7.

Cu toate limitările ei, scala BDI rămâne una din cele mai utilizate scale de autoevaluare în depresie și scala de prediagnostic din evaluarea rezultatelor terapierilor cognitive din tulburările depresive.

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

Acest instrument a fost dezvoltat de Zung (1965)³⁹ cu scopul de a fi un instrument de auto-evaluare cantitativă rapidă a pacienților cu depresie primară (vezi anexa 8). Este o scala de apreciere a severității depresiei.

SDS conține 20 itemi selectați din experiența clinică a autorului și din literatura de specialitate, itemi ce acoperă trei domenii: afectivitate (2 itemi: 1, 17), concomitente somatice (8 itemi: 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13) și concomitente psihologice (10 itemi: 2, 3, 6, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 20). Subiectul este rugat să evalueze fiecare item pe o scala cu 4 ancore în funcție de frecvența simptomului (1 = niciodată sau rar, 2 = uneori, 3 = o bună parte din timp, 4 = majoritatea timpului). Scorul total este obținut prin adunarea scorului fiecărui item și împărțirea lui la scorul maxim posibil de obținut (respectiv 80) și multiplicarea cu 100. Scorul obținut se poate întinde de la 25 la 100. Zung (1974)⁴⁰ a furnizat pragurile de scor (*cut-off points*) pentru mai multe nivele de severitate a depresiei: sub 50 = scor normal; 50-59 = depresie minimă sau ușoară; 60-69 = depresie moderată; 70-99 = depresie severă.

SDS este o scala de autoevaluare a severității depresiei dar poate fi folosită și în studiile epidemiologice din populația generală pentru detectarea simptomelor depresive sau a “cazurilor” de depresie. Astfel, după Zung⁴⁰, scorul mai mare de 50 la scala SDS

identifica corect 88% din subiecții depresivi (senzitivitate = 0,88) și 88% din subiecții normali (specificitate = 0,88).

Scala Zung nu are o mare valoare în studiile clinice nefiind capabilă să distingă depresia psihotică sau depresia majoră de depresia de severitate medie⁴¹. La fel, scala dovedește o slabă sensibilitate la schimbare (sub tratament)⁴².

Scala se administrează sub formă de chestionar subiectului aflat sub evaluare. Instrucțiunile pentru completarea scalei sunt minime, dar unii pacienți nu reușesc să completeze corect scala fără ajutor. Indecizia, lentoarea sau dificultățile de concentrare ale subiecților interferează semnificativ cu gradul de precizie a scalei SDS.

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

Scala Carroll (1981)⁴³ este o adaptare a scalei Hamilton 17 itemi într-o scală de autoevaluare a depresiei. Itemii din HDRS care sunt scorati 0-4 sunt aici prezentați prin 4 afirmații ce evidențiază creșterea progresivă a depresiei, itemii 0-2 din HDRS sunt reprezentați prin două afirmații, astfel ca întreaga scală CRS conține 52 afirmații iar scorul total maxim va fi tot 52 ca și în cazul HDRS (vezi anexa 9). Pentru 40 afirmații răspunsul pentru depresie va fi „da”, iar pentru 12 afirmații răspunsul caracteristic pentru depresie va fi „nu”. În continuarea scalei, autorii prezintă și o altă formă a scalei, un chestionar cu 52 întrebări puse la întâmplare, la care subiectul va răspunde prin alegerea unui răspuns din „da” sau „nu”, întrebări care sunt derivate din itemii scalei de depresie.

Validitatea concurentă a scalei Carroll a fost evaluată în mai multe studii prin corelarea scorului total CRS cu scorul altor scale de depresie administrate în aceeași sesiune de evaluare. Coreland scorurile la CRS și HDRS la 46 depresivi endogeni, Carroll și colab. (1973)⁴¹ au găsit un indice de 0,85, iar cu alta ocazie, comparând scorurile la cele două scale la 97 depresivi endogeni Carroll și colab. (1981)⁴³ găsesc un indice de 0,80. Consistența internă a fost evaluată prin corelarea scorurilor individuale ale itemilor cu scorul total și a fost găsită foarte satisfăcătoare ceea ce subliniază că scala este consistentă cu scopul pentru care a fost construită⁴³. Administrată împreună cu alte scale la diferiți pacienți, Feinberg și colab. (1981)⁴⁴ găsesc că CRS discriminează bine între diversele grade de severitate ale depresiei comparabil cu HDRS.

Scala Carroll este indicată în studii psihofarmacologice sau în evaluarea eficacității unei intervenții și a fost construită 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.

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

Spre deosebire de celelalte scale prezentate 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 de la Institutul National de Sanatate Mentala SUA (Radloff, 1977)⁴⁵. Evaluarea unei tulburari in populatia generala pune probleme specifice dintre care problema centrala este de a determina nivelul de afectare care constituie un “caz” si ce grup de simptome este caracteristic acestuia. Scala CES-D masoara nivelul simptomatologiei depresive, in special a componentei afective - dispozitia depresiva si este astfel capabila sa deceleze “cazul” de depresie din populatia generala.

Scala 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. Fiecare 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). Scala CES-D este prezentata in anexa 10.

Scorul scalei CES-D se calculeaza prin insumarea scorului fiecarui item si se poate intinde de la 0 la 60, scorurile ridicate indicand 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 “depresiv”. Majoritatea intervievatorilor au folosit scorul de 16. Comparand cu alte scale, Boyd si colab. (1982)⁴⁶ gasesc ca scorul de peste 16 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 zile¹.

Cum s-a 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.

Privitor la caracteristicile psihometrice de calitate ale scalei CES-D, Roberts si Veron (1983)⁴⁷ 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 SADA, Myers si Weissman (1980)⁴⁸ gasesc ca scala CES-D este superioara. Pe acelasi 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.

Exista si critici asupra valorii scalei CES-D: itemii scalei nu sunt extrasi din simptomele esentiale ale depresiei si sunt prezenti si in alte simdroame psihopatologice (singuratatea, frica, senzitivitatea); itemii nu acopera criteriile de diagnostic ale depresiei (lipseste ideatia suicidara, vinovatia, lipsa de interes, etc); 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)⁴⁹.

In concluzie, CES-D poate fi considerata doar un indicator general al prezentei depresiei clinice in comunitate dar 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 (Vrasti, 19..)⁵⁰ evidentiind o buna fezabilitate si acceptabilitate.

9. 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 între studiile care folosesc scale de evaluare a depresiei și cele care folosesc criteriile operationale de diagnostic (Boyd și colab. 1982)⁴⁶.

Pentru a suplini aceste carente, Zimmerman și colab. (1986)⁵¹ construiesc o scală de auto-evaluare cu scopul de a furniza diagnosticul depresiei majore conform criteriilor operationale din DSM-III: Inventarul de Diagnostic al Depresiei - IDD. Acest inventar diferă de instrumentele existente de până atunci prin trei caracteristici. IDD acoperă întreaga plajă de simptome folosite la diagnosticul depresiei majore. Fiecare simptom este judecat în funcție de severitatea lui și participă la scorul scalei în funcție de ea. În al treilea rând, inventarul ia în considerare durata fiecărui simptom, pentru perioada ultimelor două săptămâni.

Inventarul cuprinde 22 de grupe a cinci afirmații, fiecare grupă acoperind un simptom, iar cele cinci afirmații fiind cinci grade de severitate a simptomului (de la 0 la 4). Formularul scalei este oferit subiectului evaluat și completarea ei ia aproximativ 10-15 minute. Calcularea scorului de către evaluator ia în jur de 5 minute. Autorii prezintă și o versiune computerizată a IDD care se bazează pe programul SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Există trei versiuni ale scalei IDD: 1) versiunea “*past week*” care este versiunea pentru diagnosticul depresiei conform DSM-III și RDC și care conține întrebări privitor la durata simptomelor, 2) versiunea “*lifetime*” și 3) versiunea pentru monitorizarea răspunsului la tratament. În anexa 11 se prezintă versiunea “*past week*”.

Modul de scorare al scalei este destul de complicat datorită faptului că trebuie să se țină seama la fiecare item de severitatea lui, ce criteriu diagnostic acoperă și durata lui. Astfel, un scor de 0 semnifică nici o tulburare, scorul de 1 sugerează o severitate subclinică a simptomelor, iar scorul de peste 2 indică că simptomul este prezent. Pentru ca diagnosticul de depresie majoră să fie pus trebuie ca scorul să fie minimum 2 la itemii 1 (dispoziție scăzută), 5 (scăderea intereselor), 6 (scăderea plăcerii), 20 (pierderea speranței) și 21 (iritabilitate) care acoperă criteriul DSM-III: “dispoziția disforică sau pierderea intereselor sau plăcerii în majoritatea sau toate activitățile uzuale” și scorul de peste 2 la minimumul patru criterii din următoarele simptome (care să dureze cel puțin 2 săptămâni): scăderea/creșterea apetitului sau greutății (itemii 13, 14, 15 și 16); insomnie/hipersomnie (itemii 17,18); agitație/lentoare psihomotorie (itemii 3,4); pierderea intereselor/plăcerii sau scăderea interesului sexual (itemii 5, 6 și 7); scăderea energiei, oboseala (itemul 2); sentimente de inferioritate, autoreprosuri, vinovăție (itemii 8 și 9); diminuarea concentrării,

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 buna⁵². 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%⁵³.

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.

10. 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 schizofrenie si ea coexista alaturi de cele trei dimensiuni defnitorii ale schizofreniei: simptomele pozitive, negative si de dezorganizare. Depresia din schizofrenie ar rezulta 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 schizofreniei⁵⁴

Simptomele depressive au fost cel mai bine explorate de Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) dezvoltata de Addington si colab. (1992)⁵⁵. Scala este desemnata sa reflecte 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 observatia intervievatorului. Scala cuprinde 8 itemi de explorat (depresia, lipsa de speranta, lipsa de valoare, vinovatia, depresia de dimineata, insomnia de dimineata si suicidal) si un item cotate exclusive de observator (depresia observata). Fiecare item este cotate pe o scara Likert cu 4 ancore, cu o plaja de la 0 (absent) la 3 (sever). Cotatei 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 semnificati clinica a depresiei la subiectul testat. Scala este prezentata in anexa 12.

Analiza factorială a scorurile realizate cu CDSS a evidențiat trei factori: depresie generală, factorul cognitive și trezirea de dimineață⁵⁶. Cercetări recente au confirmat acești factori și au evidențiat ca cel puțin două dimensiuni sunt caracteristice depresiei la schizofreni: depresia cu lipsa de speranță și ideile de vinovăție adesea legate de ideile de referință⁵⁷.

Scala Calgary de depresie s-a dovedit superioară în decelarea și evaluarea severității depresiei al schizofreni atunci când a fost comparată cu alte scale tradiționale. Astfel, Kim și colab. (2006)⁵⁸ compară validitatea diagnostică a scalei Calgary cu a scalelor de depresie Beck, Hamilton și a subscalei de depresie din PANSS. Studiul a comparat curbele ROC (Receiver Operating Characteristic) ale celor patru scale și a reușit fără tagadă ca suprafața de sub curbă ROC a scalei de depresie Calgary este mai mare decât în cazul celorlalte instrumente, deci validitatea diagnostică a scalei Calgary este mai mare. Curba ROC integrează sensibilitatea și sensibilitatea unei scale în decelarea cazurilor fals pozitive și fals negative comparative cu cele fals negative și fals pozitive. Aceste rezultate confirmă studiul mai vechi al lui Collins și colab (1996)⁵⁹ care arată că doar scale Calgary, comparative cu alte instrumente, era capabilă să deosebească depresia din schizofrenie de simptomele negative.

Ca o prețuire a scalei Calgary, mai multe articole prezintă studii de validitate a versiunilor naționale ale scalei, precum cea franceză⁶⁰, germană⁶¹, spaniolă⁶² sau greacă⁶³.

11. SCALA EDINBURGH DE DEPRESIE POSTNATALĂ (*Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS*)

Depresia postpartum este cea mai comună complicație de după naștere și se întâlnește în aproximativ 13% din femeile care au născut⁶⁴. Dacă nu este corect identificată și tratată depresia postpartum are cele mai mari șanse să evolueze cronic. Cea mai frecventă cauză incriminată în apariția depresiei postpartum este declinul rapid al hormonilor gonadici de după naștere. Alături de aceste modificări hormonale evenimentele stressante, discordia familială și istoria familială de tulburări afective sunt factori care cresc probabilitatea apariției depresiei postpartum⁶⁵. Un studiu recent care a cuprins un lot de 5262 femei a conturat și alți factori de risc precum istoria familială de tulburări psihiatrice, nivelul crescut de stress în ultimul trimestru de sarcină și izolarea socială⁶⁶.

Scala Edinburgh de depresie postnatala (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS) a fost dezvoltata de Cox si colab. (1987)⁶⁷ 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 prin care 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 nr. 10 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 cele cu tulburari anxioase, fobice sau cu tulburari 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 sensibilitate (86%), specificitate (78%) si valoare predictive (73%)⁶⁸. Totusi ea nu se poate substitui unui examen clinic competent. Un studio 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 sofisticat⁶⁹. 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 10⁷⁰. Scala Edinburgh de depresie postnatala este prezentata in anexa 13.

Bibliografie:

¹ Rabkin JG, Klein DF: 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, 1987

- ² Wetzler S., Van Praag HM: Assessment of depression, in: *Measuring Mental Illness: Psychometric Assessment for Clinicians*, S Wetzler (ed.), Washington DC: American Psychiatric Press Inc. 1989
- ³ Hamilton M: A rating scale for depression, *J.Neurol.Neurosurg.Psychiat.* 1960,23:56-62
- ⁴ Cronholm B, Ottoson JO: 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.* 1960,145:69-97
- ⁵ Rhoades HM, Overall JE: The Hamilton Depression Scale: Factor scoring and profile classification, *Psychopharmacology Bulletin*, 1983, 19:91-96
- ⁶ Endicott J, Cohen J, Nee J et al: Hamilton Depression Rating Scale, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1981, 38:98-103
- ⁷ Hoojer C, Zitman FG, Griez E et al: The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS): Changes in scores as a function of training and version used, *J.Affective Disord.* 1991, 22:21-29
- ⁸ Williams JBW: A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1988, 45:742-747
- ⁹ 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
- ¹⁰ Guy W: *ECDEU Assessment Manual for Psychopathology*, DHEW Publication N0.76-338, Washington DC; Government Printing Office, 1976
- ¹¹ Hedlund JL, Vieweg BW: The Hamilton Rating Scale for Depression: A comprehensive review, *Journal of Operational Psychiatry*, 1979,10:149-165
- ¹² O'Brien KP, Glaudin V: Factorial structure and factor reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988,78:113-120
- ¹³ Cicchetti D, Prusoff B: Reliability of depression and associated clinical symptoms, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1983,40:987-990
- ¹⁴ Bech P: Rating Scales for Affective Disorders: Their Validity and Consistency, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1981, 64, suppl. 295.
- ¹⁵ Bech P, Malt UF, Dencker SJ et al: Scales for Assessment of Diagnosis and Severeity of Mental Disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 87, suppl. 372.

- ¹⁶ Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ: Mini-compendium of rating scales for anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1986,73, Suppl.326
- ¹⁷ Bech P: Utilizarea corectă a sculelor de evaluare în depresie, in *Depresii - Noi Perspective*, R Vrsti & M Eisemann (Eds.) Bucuresti: All Publ. 1996
- ¹⁸ Vrsti R, Eisemann M: *Depresii - Noi Perspective*, Bucuresti: All Publ. 1996
- ¹⁹ Bech P, Rafaelsen OJ: The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980,62, suppl.285: 128-131
- ²⁰ Maier W, Philipp M: Comparative analysis of observer depression scales, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1985, 72:239-245
- ²¹ Maier W, Philipp M, Heuser I et al: Improving depression severity assessment. Reliability, internal validity and sensitivity to change of three observer depression scales, *J.Psychiatr.Res.*1988,22:3-12
- ²² Marcos T, Salamero M: Factor study of the Hamilton Rating Scale for Depression and the Bech Melancholia Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1990, 82:178-181
- ²³ Chambon O, Cialdella P, Kiss L, Poncet F: Study of unidimensionality of the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES) using Rasch analysis in a French sample of major depressive disorders, *Pharmacopsychiat.* 1990, 23:243-245
- ²⁴ Korner A, Nielsen BM, Eschen F et al: Quantifying depressive symptomatology: intr-rater reliability and inter-item correlation, *J.Affect.Dis*, 1990, 20:143-149
- ²⁵ Bech P: *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life*, Heidelberg: Springer Verlag, 1993
- ²⁶ Montgomery SA, Asberg M: A new depression scale designed to be sensitive to change, *Brit. J. Psychiatry*, 1979,134:382-389
- ²⁷ Asberg M, Montgomery SA, Perris C et al: A Comprehensive Psychopathological Rating Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1978, Suppl. 272.
- ²⁸ Snaith RP, Harrop FM, Newby DA, Teale C: Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales, *Brit.J.Psychiatry*, 1986,148:599-601
- ²⁸ Davidson J, Turnbull CD, Strickland R et al: The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1986, 73:544-548
- ³⁰ Carney MW, Roth M, Garside RF: The diagnosis of depressive syndromes and prediction of ECT response, *Brit.J.Psychiatry*, 1965,111:659-674

- ³¹ Carney MW, Sheffield PB: Depression and the Newcastle scales: Their relation to Hamilton's scale, *Brit.J.Psychiatry*, 1972, 121:35-40
- ³² Gurney C: Diagnostic scales for affective disorders, *Proc.5th Wld Congr.Psychiat.* p.330, Mexico City, 1971
- ³³ Bech P, Gjeris A, Andersen J et al: The Melancholia Scale and the Newcastle Scales, *Brit.J.Psychiatry* 1983,143:58-63
- ³⁴ Gjerris A, Beck P, Bojholm S et al: 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., 1984
- ³⁵ Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al: An inventory for measuring depression, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1961, 4:561-571
- ³⁶ Beck AT: *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967
- ³⁷ Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al: An inventory for measuring depression, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1981,4:561-571
- ³⁸ Beck AT, Beamesderfer A: Assessment of depression: The Depression Inventory, in *Psychological Measurement in Psychopharmacology*, P Pichot (Ed.), Basel: Karger, 1974
- ³⁹ Zung W: A self-rating depression scale, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1965,12:63-70
- ⁴⁰ Zung W: The measurement of affect: Depression and anxiety, in P. Pichot (Ed.): *Psychological Measurement in Psychopathology*, Basel: Krager, 1974
- ⁴¹ Carroll B, Fielding J, Blashki T: Depression rating scales: A critical review, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1973,28:361-366
- ⁴² Hedlund JL, Vieweg BW: The Zung self-rating depression scale: A comprehensive review, *Journal of Operational Psychiatry*, 1979, 10:51-64
- ⁴³ Carroll BJ, Feinberg M, Smouse PE et al: The Carroll Rating Scale for Depression, 1. Development, reliability and validation, *Brit.J.Psychiatry*, 1981,138:194-200
- ⁴⁴ Feinberg M, Carroll BJ, Smouse PE, Rawson SG: The Carroll Rating Scale for Depression. III. Comparison with other rating instruments, *Brit.J.Psychiatry*, 1981,138:205-209.
- ⁴⁵ Radloff LS: The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population, *Aplied Psychological Measurement*, 1977,1:385-401

- ⁴⁶Boys JH, Weissman M, Thompson W, Myers JK: Screening for depression in a community sample: Understanding the discrepancies between depression symptom and diagnostic scales, *Arch.Gen. Psychiatry*, 1982,39:1195-1200
- ⁴⁷ Roberts RE, Veron SW: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: its use in a community sample. *Am.J.Psychiatry*,1983,140:41-46
- ⁴⁸ Myers J, Weissman M: Use a self-report symptom scale to detect depression in a community sample, *Am.J.Psychiatry*, 1980,137:1081-1084
- ⁴⁹ Zimmerman M: Self-report depression scales (letter), *Arch.Gen.Psychiatry*, 1983,40:1035
- ⁵⁰ Vrsti R: Prevalenta depresiei intr-o sectie de medicina interna, Timisoara Medicala,
- ⁵¹ Zimmerman M, Coryell W, Corenthal C, Wilson S: A self-report scale to diagnose major depressive disorder, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1986,43:1076-1080
- ⁵² Zimmerman M, Coryell W: The validity of a self-report questionnaire for diagnosing major depressive disorder, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1988,45:738-740
- ⁵³ Zimmerman M, Coryell W: The Inventory to Diagnose Depression (IDD): A self-report scale to diagnose major depressive disorder, *J.Consult.Clin.Psychol.*1987,55:55-59
- ⁵⁴ Liddle PF, Barnes TRE, Curson DA. (1993): Depression and the experience of psychological deficits in schizophrenia. *Acta Psych Scand*, 88: 243–7.
- ⁵⁵ Addington D, Addington J, Matincka-Tyndale E. (1992): Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res*, 6:201–8.
- ⁵⁶Addington D, Addington J, Atkinson M. (1996): A psychometric comparison of the Calgary depression scale for schizophrenia and the Hamilton depression rating scale. *Schizophr Res*: 9:205–12.
- ⁵⁷ Maggini C, Raballo A (2006): Exploring depression in schizophrenia, *European Psychiatry*, 21: 227-232.
- ⁵⁸Sung-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.
- ⁵⁹ Collins AA, Remington G, Coutler K, Birkett K (1996): Depression in schizophrenia: a comparison of three measures, *Schizophrenia Research*, 20: 205-209.

- ⁶⁰ 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.
- ⁶¹ 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.
- ⁶² Sarro S, Duenas RM, Ramirez 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.
- ⁶³ 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.
- ⁶⁴ O’Hara MW, Swain AM. (1996): Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis. *Int Rev Psychiatry* 8:37-54.
- ⁶⁵ Wisner KL, Parry BL, Piontek CM (2002): Postpartum depression, *New England Journal of Medicine*, 347: 194-199.
- ⁶⁶ 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.
- ⁶⁷ Cox JL, Holden JM, Sagovsky R, (1987): Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 150:782-786.
- ⁶⁸ Rowley C. (2002): The utility of the EPDS for health visiting practice. *Community Practitioner*, 75: 385–389.
- ⁶⁹ 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.
- ⁷⁰ Brouwers EP, Van Baar AL & Pop VJ (2001): Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety? *Journal of Psychosomatic Research*, 51: 659–663.

(Anexa 1)

SCALA HAMILTON DE EVALUARE A DEPRESIEI

HDRS
(HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE)

(versiunea Per Bech, 1986)

Din “*Depresii – Noi Perspective*”
Radu Vrasti & Martin Eisemann (editori)
Editura All, Bucuresti, 1993

Numele subiectului: _____

Data evaluării: _____

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 de obicei. De ex. pacientul indica vag ca este mai depresiv ca de obicei
- 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 coplezit de neajutorare si deznadejdie
- 4 Interviu este dominat de remarcile pacientului privind nenorocirea sau neajutorarea sa sau semne nonverbale ce dovedesc aceasta, fara a i se putea distra atentie 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 sentimente 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 sa comitaq 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 obosealii 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 participa 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 Interviu este clar prelungit datorita latentelor lungi si a raspunsurilor scurte; toate miscarile sunt foarte lente

4 Interviu 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 picioarelor, 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 Interviu 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 dificil 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 coplecitoare. 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 de obicei 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 placere (mancarea nu are gust, etc). Uneori este constipat.
- 2 Ingestia de alimente este redusa; pacientul trebuie indemnata 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 apetitului sexual. Deseori impotenta functionala la barbati sau lipsa libidou sau deznis 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; intestinale 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 continuta bolii. Interviu 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 obtineti 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 ponderala
 - 1 0,5 kg slabire pe saptamana
 - 2 1 kg sau mai mult slabire pe saptamana

18. Insomnia (in general)

Acest item acopera doar trairia 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 ceilalti oameni. Reducerea dorintei sau a abilitatii de a comunica propriile sentimente si opinii si de a imparti durerea si bucuriile este tratata 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 relatiile cu familia sa. Se simte indiferent chiar langa prieteni apropiati 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 creste 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.

Scorul total __/__/

(anexa 2)

**GHIDUL DE INTERVIU STRUCTURAT PENTRU SCALA HAMILTON DE
EVALUARE A DEPRESIEI**

SIGH - D

**STRUCTURED INTERVIEW GUIDE FOR THE HAMILTON DEPRESSION
RATING SCALE**

Janet B.W. Williams (1988)
Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
New York

INTERVIEWATOR:

Prima intrebare a fiecarui item trebuie sa fie pusa exact cum este scrisa. Adesea aceasta intrebare va extrage suficiente informatii despre severitatea si frecventa simptomului pe care vrei sa-l evaluezi cu siguranta. Urmaza apoi intrebarile asa cum ele sunt puse cand este nevoie de clarificari sau explorari aditionale. 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 obtine 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 doreste 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?

DISPOZITIE DEPRESIVA (tristete, lipsa de speranta, neajutorare, fara valoare)

V-ati simtit abatut sau trist?

0 absent

Depresiv? Neajutorat?

1 indica numai daca este chestionat

2 spontan raporteaza verbal

In ultima saptamana cat de des v-ati simtit asa (PUNE CE SE POTRIVESTE) In fiecare zi? In toate zilele?

3 exprima nonverbal (de ex. expresia faciala, postura, vocea, etc.)

4 exprima spontan verbal si non-verbal

V-ati plans tot timpul?

DACA SCORUL A FOST 1-4 INTREABA:

De cat timp va simtiti asa?

Cum v-ati petrecut timpul cand nu ati fost la lucru?

MUNCA SI ACTIVITATE

V-a placut sa faceti aceste lucruri sau a trebuit sa va fortati st le faceti?

0 nici o dificultate

Nu mai faceti ceea ce obisnuiati sa faceti?

DACA DA: *De ce?*

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)

Exista ceva care asteptati cu placere?

(URMEAZA: *V-ar placea sa reveniti la normal?)*

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)

SIMPTOME GENITALE (precum pierderea libidoului, tulburari menstruale)

- 0 absent
- 1 usor
- 2 sever

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.?*

Cum a fost pofta de mancare in ultima saptamana? (Cum este comparativ cu ultima saptamana?)

SIMPTOME

- 0 nimic
- 1 scaderea apetitului dar mananca incurajat
- 2 mancat dificil fara indemn

V-ati fortat sa mancati?

Alti oameni trebuie sa va indemne ca sa mancati?

Ati slabit de cand sunteti depresiv?
(evalueaza
DACA DA: *Cat de mult?*

PIERDERE IN GREUTATE

- 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

DACA NU E SIGUR: *Credeti ca hainele v-au devenit largi?*

URMEAZA: *Ati luat ceva in greutate inapoi?*

Cum ati dormit in ultima saptamana?

INSOMNIA DE ADORMIRE:

Ati avut vreo problema sa adormiti?
(Dupa ce v-ati bagat in pat cat timp va trebuie pana ce adormiti?)

- 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?)*
perturbat

Cand mergeti inapoi in pat puteti sa adormiti? scoala

Ati simtit ca somnul Dvs a fost neliniatit sau perturbat in unele nopti?

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 depresiv)

Ati avut energie in ultima saptamana?

Ati fost obosit tot timpul?

Ati avut in ultima saptamana dureri de spate dureri de de cap sau de muschi?
oboseala

Ati simtit greutate in picioare, spate sau cap?

*In ultima saptamana v-ati invinovatit de ceva simtind ca ati facut ceva rau sau i-ati deceptio-
nat pe altii? DACA DA: Ce ati gandit?*

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 ?

INSOMNIA DE MIJLOCUL NOPTII

- 0 nici o dificultate
- 1 plangeri de a fi nelinittit si
in timpul noptii
- 2 se plimba in timpul noptii - se
din pat

INSOMNIA DE TREZIRE

- 0 nici o dificultate
- 1 se trezeste devreme dar adoarme la
loc
- 2 incapabil de a mai adormi
daca se trezeste devreme

SIMPTOME GENERALE SOMATICE

- 0 deloc
- 1 greutate in picioare, spate, cap,
dureri de cap, dureri musculare,
cap, pierderea energiei,
- 2 ori care alt simptom bine definit

SENTIMENTE DE VINOVIATIE

- 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?

In ultima saptamana v-ati simtit tensionat si iritabil?

Ati fost mult ingrijorat de lucruri mici, de care nu ar trebui sa va ingrijorati?

*In ultima saptamana ati avut vreunul din (concomi-
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

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?*

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

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

ANXIETATE SOMATICA

tentele 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

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 în prezent
- 1 recunoaste boala dar o atribuie altor cauze: proasta alimentatie, climat, suprasolicitare, 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?

DACA EXISTA VARIATIE: *Cat de rau va simtit? (DIMINEATA SAU SEARA)*

In ultima saptamana ati simtit vreodata brusc ca totul devine ireal sau ca in vis sau strain?
DEREALIZARE
 DACA DA: *Cat de rau a fost? Cat de des s-a intamplat?*

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?*

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?*

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?*

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

B. Cand este prezenta marcheaza severitatea variatiei:

- 0 nici o variatie
- 1 usoara
- 2 severa

DEPERSONALIZARE-

(precum sentimente de irealitate sau nihilistice)

- 0 absent
- 4 usor
- 5 moderat
- 6 sever
- 7 incapacitant

SIMPTOME PARANOIDE

- 0 niciuna
- 1 suspicios
- 2 idei de referinta
- 3 deliruri de referinta si persecutie

SIMPTOME OBSESIONALE SI COMPULSII

- 0 absent
- 1 usor
- 2 sever

SCORUL TOTAL LA SCALA HAMILTON 21 ITEMI ___/___/

(anexa 3)

FOAIA DE SCOR PENTRU HDRS SI MES

Nr.	Item	scor	HDRS	MES
1	Dispozitie depresivt	(0-4)	x	x
2	Autodeprecie, 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			

Anexa 4

SCALA DE DEPRESIE MONTGOMERY-ASBERG

MADRS

THE MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE*Instrucțiuni pentru evaluator:*

Evaluarea trebuie să se bazeze pe un interviu clinic flexibil când subiectul este încurajat mai întâi să descrie în cuvinte proprii și cu cât mai multe detalii simptomele sale. Intervievatorul trebuie să decidă care item din scală nu este pe deplin acoperit și să pună întrebări largi și neutre astfel încât subiectul să abordeze acele domenii. Dacă aceasta nu este suficient pentru evaluare, se pot pune și întrebări specifice. Primul interviu dintr-o serie destinată să măsoare schimbarea este, într-o anumită privință, un interviu de antrenament, atât pentru interviuator, cât și pentru interviuat. Poate fi folositor să se lase interviul să tina cât mai mult timp pentru ca să fim siguri că subiectul a înțeles pe deplin întrebările și că evaluatorul sa se familiarizeze cu istoria subiectului. Aceasta va permite evaluatorului să pună întrebări mai pertinente în interviurile ulterioare. Noi recomandăm ca o foaie de scor separată să fie utilizată pentru fiecare nouă 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.

- 0 Tristete ocazionala ce poate apare in diverse circumstante
- 2 Sentimente predominente de tristete dar apar si 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. 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.

- 0 Placid. Numai tensiune interioara trecatoare
- 2 Sentimente ocazionale de nervozitate si discomfort 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 coplecitoare.

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.

Incarcarile de sinucidere nu trebuie prin ele inele 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.

(anexa 5)

**FOAIA DE SCOR A SCALEI DE DEPRESIE NEWCASTLE I
(versiunea 1965)**

Nr.	Item	Scor	Valoare
1	Personalitate devianta	2	0
		1	+½
		0	+1
2	Stresori psihologici	2	0
		1	+1
		0	+2
3	Calitatea depresiei	2	+1
		1	+½
		0	+2
4	Slabire in greutate	2	+2
		1	+1
		0	0
5	Episoadele anterioare	2	+1
		1	+½
		0	0
6	Activitatea motorie	2	+2
		1	+1
		0	0
7	Anxietatea	2	-1
		1	-½
		0	0
8	Deliruri nihilistice	2	+2
		1	+1
		0	0
9	Altii sunt acuzati	2	-1
		1	-½
		0	0
10	Sentimente de vinovatie	2	+1
		1	+½
		0	0

Depresia endogena: +6 sau mai mult

Depresia probabila: +5½

Depresia reactiva: +5 sau mai putin

(anexa 6)

INVENTARUL DE DEPRESIE BECH

BDI

BECH DEPRESSION INVENTORY

BECH si colab. (1961)

INVENTARUL DE DEPRESIE BECK - BDI

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. Incercuiți 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 esecului 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 de obicei
- 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 idee 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 straduiesc din greu ca sa fac ceva
 - 3 Nu pot lucra nimic

16

-
- 0 Dorm tot atât de bine ca de obicei
 - 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 Pofa mea de mancare este la fel ca inainte
 - 1 Nu mai am asa pofa de mancare ca inainte
 - 2 Acum pofa de mancare este mai proasta
 - 3 Mi-am pierdut pofa 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 7)

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 esecului	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		

(anexa 8)

SCALA ZUNG DE AUTO-EVALUARE A DEPRESIEI

SDS

ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE

(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 ma simt ca plangand	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 este usor 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. Este usor sa hotarasti	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

(anexa 9)

SCALA CARROLL DE EVALUARE A DEPRESIEI

CRS

CARROLL RATING SCALE FOR DEPRESSION

(Bernard J. 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 orisicare 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. Minteaa 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 spalare 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 fortiez 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

(anexa 10)

SCALA DE DEPRESIE A CENTRULUI DE STUDII EPIDEMIOLOGICE

CES-D

CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE

(Lenore Sawyer RADLOFF, 1977)

CES-D

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.

(anexa 11)

**INVENTARUL ZIMMERMAN DE DIAGNOSTIC AL DEPRESIEI - ultima
saptamana**

IDD - past week

***ZIMMERMAN INVENTORY TO DIAGNOSE DEPRESSION
- past week -***

(Mark Zimmerman et al. 1986)

IDD - past week

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 simtit 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 de obicei.
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 de obicei.
 1 Am vorbit putin mai lent decat de obicei.
 2 Am vorbit mai lent ca de obicei 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 de obicei.
 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 de obicei.
 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 Pofta 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 fortiez 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 puțin și mai prost ca de obicei.
 1 Uneori dorm mai puțin.
 2 Evident nu mai dorm ca înainte.
 3 Dorm aproape jumătate din timpul cât dormeam înainte.
 4 Dorm mai puțin de 2 ore pe noapte.

dacă ați încercuit #1, 2, 3, 4: ce fel de probleme ați avut:

1. dificultăți la adormire
2. vă treziți în mijlocul nopții
3. vă treziți prea de dimineață

dacă ați încercuit #1, 2, 3, 4: ați avut probleme cu somnul pentru mai mult sau mai puțin de 2 săptămâni? mai mult mai puțin

- 18.** 0 Nu dorm mai mult ca de obicei.
 1 Uneori dorm mai mult ca de obicei.
 2 Frecvent dorm cel puțin 1 ora mai mult ca de obicei.
 3 Frecvent dorm cel puțin 2 ore mai mult ca de obicei.
 4 Frecvent dorm cel puțin 3 ore mai mult ca de obicei.

dacă ați încercuit #1, 2, 3, 4: ați avut probleme să dormiți mai mult ca de obicei pentru mai mult sau mai puțin de 2 săptămâni? mai mult mai puțin

- 19.** 0 Nu mă simt anxios (îngrijorat), nervos sau tensionat.
 1 Uneori mă simt puțin anxios.
 2 Adesea mă simt anxios.
 3 Sunt foarte anxios majoritatea timpului.
 4 Mă simt înfricosat și panicat.

dacă ați încercuit #1, 2, 3, 4: ați fost anxios, nervos sau tensionat pentru mai mult sau mai puțin de 2 săptămâni? mai mult mai puțin

- 20.** 0 Nu mă simt descurajat de viitor.
 1 Uneori sunt puțin descurajat cu privire la viitor.
 2 Adesea sunt descurajat cu privire la viitor.
 3 Mă simt foarte descurajat cu privire la viitor majoritatea timpului.
 4 Simt că viitorul este fără speranță și că nu se va îmbunătăți.

dacă ați încercuit #1, 2, 3, 4: v-ați simțit descurajat cu privire la viitor pentru mai mult sau mai puțin de 2 săptămâni? mai mult mai puțin

-
- 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 gandii la altceva.

daca ati incercuit #1, 2, 3, 4: ati fost ingrijorat de 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.
-

Anexa 12

SCALA DE DEPRESIE PENTRU SCHIZOFRENIE CALGARY

CDSS

The Calgary Depression Scale for Schizophrenia*(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 discorajare

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 incredere 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 actiunii 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 considerare 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.

ANEXA 13

SCALA EDINBURGH DE DEPRESIE POSTPARTUM

(EPDS)

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.

