



**HAL**  
open science

# The Croatian version of the HSCL-25 scale: an external validation study set against scan, in primary care daily practice

Sandrine Blondiau

## ► To cite this version:

Sandrine Blondiau. The Croatian version of the HSCL-25 scale: an external validation study set against scan, in primary care daily practice. Life Sciences [q-bio]. 2019. dumas-02177621

**HAL Id: dumas-02177621**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02177621>**

Submitted on 9 Jul 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

# THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

---

## DIPLOME D'ETAT

**Année :** 2019

**Thèse présentée par :**

Madame Sandrine BLONDIAU  
Née le 23/12/1990 à Mons (Belgique)

Thèse soutenue publiquement le 27/06/2019

**Titre de la thèse :**

**THE CROATIAN VERSION OF THE HSCL-25 SCALE:  
AN EXTERNAL VALIDATION STUDY SET AGAINST SCAN,  
IN PRIMARY CARE DAILY PRACTICE**

LA VERSION CROATE DE L'ECHELLE HSCL-25:  
ETUDE DE VALIDATION EXTERNE VERSUS SCAN,  
EN SOINS PRIMAIRES

**Président** M. le Professeur Jean-Yves LE RESTE

**Membres du jury** M. le Docteur Patrice NABBE

M. le Professeur Bernard LE FLOCH

Mme le Docteur Morgane GUILLOU-LANDREAT

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE  
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

---

**Doyens honoraires**

---

FLOCH Hervé  
LE MENN Gabriel  
SENECAIL Bernard  
BOLES Jean-Michel  
BIZAIS Yves  
DE BRAEKELEER Marc

**Doyen**

---

BERTHOU Christian

**Professeurs émérites**

---

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre**

---

OZIER Yves Anesthésiologie-réanimation

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle**

---

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement

GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

---

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe**

---

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénéréologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

---

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe**

---

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraid	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation



MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie

---

### **Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe**

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

---

### **Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe**

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GUILLOU Morgane	Addictologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie

### **Maîtres de Conférences de Médecine Générale**

---

NABBE Patrice

---

### **Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)**

---

BARAIS Marie  
BEURTON COURAUD Lucas  
DERRIENNIC Jérémy

## **Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale**

---

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographie
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

## **Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)**

---

MERCADIE Lolita	Rhumatologie
-----------------	--------------

## **Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

---

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire
--------------------------------------	-----------------------------------

## **Professeurs certifiés / agrégés du second degré**

---

MONOT Alain	
Français RIOU Morgan	Anglais

## **Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)**

---

NGUYEN BA Vinh	Anesthésie-réanimation
ROUSSET Jean	Radiologie et imagerie médicale
DULOU Renaud	Neurochirurgie

## **Maîtres de stage universitaires-référents (Ministère des Armées)**

---

LE COAT Anne	Médecine Générale
SCELLOS Olivia	Médecine Générale

## REMERCIEMENTS

### Je remercie les membres du jury :

Au Professeur Le Reste, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, soyez assuré de ma reconnaissance

Au Docteur Nabbe, pour avoir dirigé ce travail, pour m'avoir proposé ce projet de recherche, pour vos conseils et pour m'avoir guidée pendant tout ce travail, soyez assuré de ma reconnaissance

Au Professeur Le Floch, pour avoir participé à ce jury de thèse, soyez assuré de ma reconnaissance

Au Docteur Guillou, pour votre expertise psychiatrique et pour avoir participé à ce jury de thèse, soyez assurée de ma reconnaissance

### Je remercie toutes les personnes ayant collaboré à ce travail :

Au statisticien, Monsieur Dany, pour votre aide et votre travail

A toute l'équipe Croate, et surtout à Madame et Monsieur Lazic, « hvala » pour votre travail et votre aide

A Mélodie, ma co-thésarde, pour ton aide et pour avoir partagé mes angoisses, c'était un plaisir de travailler avec toi

### Je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagnées durant mon parcours :

Aux différentes équipes hospitalières d'Angers, Morlaix et Guingamp, aux praticiens libéraux qui m'ont accueillies en stage, à toute l'équipe de l'UCSA de Maubeuge, pour tout ce que vous m'avez appris, pour votre soutien et votre écoute

Au Docteur Garlantezec, pour votre patience et votre soutien, j'espère être à la hauteur de la confiance que vous m'accordez

A Céline, pour ta gentillesse et tes conseils durant mon remplacement à Plougonven.

A mon tuteur, Docteur Henry, pour vos conseils

A toutes les personnes que j'ai rencontrées à Szeged durant cette merveilleuse expérience qu'est ERASMUS



### Je remercie mes proches :

A mon grand-père, Roger, qui a grandement participé à faire de moi qui je suis, j'aurais tellement aimé t'avoir toujours à mes côtés, j'espère te rendre fier

A ma mère, Carine, pour ton amour et ton soutien sans faille

A mon époux, Hicham, pour ton amour, ton écoute et ta patience

A ma fille Leïla, la plus merveilleuse des petites filles, pour tes sourires, te regarder grandir est le plus grand des bonheurs

A ma sœur, Louann, pour avoir changé ma vie

A ma grand-mère, Monique, à ma marraine Carine, pour votre amour

A mon beau-père Frédéric, à ma belle-famille au Maroc, pour votre soutien

### Je remercie mes amis :

A Sachiyo, pour ton amitié et pour m'avoir rassurée un nombre incalculable de fois

A Mathilde, pour ton amitié et nos géniales années de colocation à Angers

A Bénédicte, pour ton amitié depuis toutes ces années

A mes futurs associés, Pauline et Romain, pour ces futures belles années de travail ensemble qui nous attendent

A tous ceux qui ont partagé ces années d'internat avec moi de près ou de loin et qui m'ont permis d'avancer : Gaëlle, Solène, Sarah, Mohamed, Lisou, Camille, Amélie, Marine, Abdessamad, Thibaud, ...

A la « team DU », c'était top d'apprendre l'addictologie avec vous

A Marine, pour tous nos souvenirs, nos expériences, nos fous rires et cette amitié malgré les aléas de la vie

Aux copains du lycée, pour m'avoir toujours offert un espace pour évacuer le stress

Et aux autres qui ont pris un chemin différent du mien mais qui m'ont permis de devenir qui je suis aujourd'hui ...

Merci

## ABSTRACT

### Background

Depression is a very common disease in Europe. The Hopkins Symptom Checklist in 25 items (HSCL-25) helps to assess anxiety and depression in Primary Care. It was translated into Croatian language. This study aimed to determine the external validation of the HSCL-25 in its Croatian version (C-HSCL-25) by comparing it to the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry in its Croatian version (C-SCAN).

### Method

A comparative, non-inferiority, multi-centered, quantitative cross-validation study of C-HSCL-25 in an adult Croatian general practice population was carried out. Two groups were formed: C-HSCL-25+ and C-HSCL-25-. A validated cut-off score of  $> 1.75$  was considered to assess depression and anxiety. The C-SCAN was randomly administered to 1 in 2 patients in the C-HSCL-25  $\geq 1.75$  group, and to 1 in 16 in the C-HSCL-25  $< 1.75$  group. C-HSCL-25 efficiencies data: Positive (PPV) and Negative (NPV) predictive values, Sensibility (Se), Specificity (Sp), were calculated comparing C-SCAN after prevalence correction.

### Results

The overall prevalence was 24.75%. 804 patients completed the C-HSCL-25; respectively 605 C-HSCL-25- and 199 C-HSCL-25+. Patients were randomized for C-SCAN interview; respectively 49 in C-HSCL-25- group and 57 in C-HSCL-25+ group. After prevalence correction: efficiencies data were: PPV 59.6%, NPV 81.6%; Se 51.6%, and Sp 86%.

### Conclusion

The C-HSCL-25 is an efficient tool to diagnose anxiety and depression in primary care. The high NPV adds value to the research set in daily practice. Dimensionality and reliability were completed in a complementary study. The whole psychometrics data will be determinate for usability in primary care research.

## RESUME

### Contexte

La dépression est une maladie très courante en Europe. L'échelle HSCL-25 aide à évaluer l'anxiété et la dépression en soins primaires. Elle a été traduite en croate. Le but de cette étude était de déterminer la validation externe de l'HSCL-25 traduite en croate (C-HSCL-25) en la comparant à la version croate du SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) (C-SCAN).

### Méthode

Une étude quantitative de validation croisée, comparative, de non-infériorité et multi-centrique de la C-HSCL-25 dans une population adulte de médecine générale croate a été réalisée. Deux groupes ont été formés : C-HSCL-25+ et C-HSCL-25-. Un score limite validé supérieur à 1,75 indiquait de symptômes de dépression et d'anxiété. Le C-SCAN a été administré aléatoirement à 1 patient sur 2 dans le groupe C-HSCL-25  $\geq 1,75$  et à 1 sur 16 dans le groupe C-HSCL-25  $< 1,75$ . Les données d'efficacité de la C-HSCL-25 qui sont la valeur prédictive Positive (VPP), la valeur prédictive Négative (VPN), la Sensibilité (Se) et la Spécificité (Sp) ont été calculées en comparant à celles du C-SCAN après correction de la prévalence.

### Résultats

La prévalence globale était de 24.75%. 804 patients ont rempli la C-HSCL-25 ; respectivement 605 dans le groupe C-HSCL-25- et 199 dans le groupe C-HSCL-25+. Les patients ont été randomisés pour passer le C-SCAN ; respectivement 49 dans le groupe C-HSCL-25- et 57 dans le groupe C-HSCL-25+. Après correction de la prévalence, les données d'efficacité étaient : VPP 59.6%, VPN 81.6%, Se 51.6%, Sp 86%.

### Conclusion

La C-HSCL-25 est un outil efficace pour diagnostiquer l'anxiété et la dépression en soins primaires. La spécificité élevée ajoute de l'intérêt à la recherche dans la pratique quotidienne. La dimensionnalité et la fiabilité ont été complétées dans une étude complémentaire. L'ensemble des données psychométriques déterminera son intérêt dans la recherche en soins primaires.

# Table of content

<b>BACKGROUND .....</b>	<b>11</b>
<b>METHOD .....</b>	<b>13</b>
Study design .....	13
Participants.....	13
Inclusion criteria .....	13
Exclusion criteria .....	13
Sample size .....	14
Ethics .....	14
Statistical analysis.....	15
<b>RESULTS.....</b>	<b>16</b>
Clinical and demographic features.....	16
Prevalence pitfall.....	17
Contingency.....	17
Outcomes .....	18
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>19</b>
Main findings.....	19
General discussion.....	19
Strengths .....	20
Sample bias.....	20
Selection bias.....	21
Information bias .....	21
Confusion bias .....	21
Research implications.....	22
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAPHY .....</b>	<b>24</b>

## BACKGROUND

Depression is a very common disease in Europe (1,2). According to the World Health Organization (WHO) depression affects 350 million people in the world (3). Estimates of prevalence in the general population vary in Europe but are currently around 6% to 18% (4). Furthermore, the prevalence is twice for women (1). This syndromic disease combines multiple symptoms as sadness, loss of interest, loss of pleasure, feelings of guilt or low self-esteem, sleep or appetite disorders, fatigue, lack of concentration and somatic disorders (5). It has a significant impact on life (6). It is also a major risk factor for suicide (7). Its treatment is multimodal and General practitioners (GPs) are usually the first consulted before psychiatrists and psychologists (8,9). GPs are present in 67% of the care paths and in half of the cases they are only one to take care (10–13).

Diagnosing major depression has a high specificity but low sensitivity in general practice (10). It is known to academic psychiatry and primary care that it is very difficult to recognize depression especially in Croatia (14). Less than one person in four suffering from depression consults a doctor and is therefore diagnosed and treated appropriately (12,13,15). This may be related to the patient's reluctance to express symptoms and the variability in the symptomatology of depression (15). But another obstacle in depression recognition is that traditional psychiatric interviewing is not appropriate in primary care settings because it takes too long (16–19).

The European General Practice Research Network (EGPRN), member of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), was established to promote and develop research in general medicine and primary care and to initiate and coordinate international research. In 2014, a systematic review of the literature validated 7 diagnostic tools for depression in primary care, comparing them to a psychiatric clinical examination according to DSM major depressive criteria (20). After a consensus method (RAND/UCLA), the “Hopkins Symptom Checklist in 25 items” (HSCL-25) taking the most combined efficiency, reliability and ease to use (20–23) (S1 Appendix). The third phase, in February 2015, was the round translation of the HSCL-25 scale in Croatia, according to a forward/backward Delphi procedure translation followed by a cultural check, in order to keep linguistic and meaning homogeneity from the original version (24) (S2 Appendix).

The HSCL-25 is a self-rating scale on the existence and severity of both anxiety and depression symptoms during the previous week used to identify psychiatric illness in primary care. It includes 25 items: 10 about anxiety and 15 about depression. Each item is rated on a 4-point Likert scale, ranging from 1 (strongly disagree) to 4 (completely agree). The points are totalled and divided by 25. And a 1-to-4 score is obtained. Completing the questionnaire takes between 5 to 10 minutes. The patient is considered as a “probable psychiatric case” if the mean rating on the HSCL-25 is  $\geq 1.55$ . A cut-off value of  $\geq 1.75$  is generally used for diagnosis of major depression, defined as a case, in need of treatment (25).

Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) is a set of instruments aimed at assessing, measuring and classifying the psychopathology and behaviour associated with the major psychiatric syndromes of adult life. It has four components. First, the tenth edition of the Present State Examination (PSE-10). The PSE was developed in England by Wing et al. It explores in 140 items a large part of the psychiatric semiology (26). It is a standardized questionnaire realised by a psychiatrist or a professional specially trained to the psychiatric examination which evaluates the mental state. Then, the Glossary of Differential Definitions, the Item Group Checklist (IGC) and the Clinical History Schedule (CHS). It was translated into Croatian language (C-SCAN) (S3 Appendix).

In 1993, Nettlebladt & al. evaluated the accuracy of the HSCL-25 as a primary care diagnostic questionnaire in Sweden (27). Based on this study, Nabbe & al., in France, proved the effectiveness of the HSCL-25 scale in primary care daily practice (28). It gave a sensitivity of 59%, a specificity of 91%, a Positive Predictive Value (PPV) of 69% and a Negative Predictive Value (NPV) of 87%. It is a reliable and one-dimensional tool which can be used either in rural and urban area (27–30). The scale is not currently used by Croatian GPs.

This study aimed to determinate the external validation of the Croatian version of the HSCL-25 (C-HSCL-25) in the diagnosis of depression in primary care by comparing to the C-SCAN.

## **METHOD**

### Study design

A quantitative comparative, non inferiority, multi-centered, cross-validation study of the Croatian HSCL-25 in an adult Croatian general practice population was conducted between November 2018 and February 2019. The inclusion period was 10 weeks.

First, the patient had to complete the C-HSCL-25 self-questionnaire and submit it to the investigating. The study focused the result of C-HSCL-25 on the score greater than or equal to 1.75, meaning patients recognized as depressed by this scale. Conversely, if his score is strictly below the threshold of 1.75, the patient will not be recognized as depressed.

To compare the C-HSCL-25 and the C-SCAN scorings, a special investigators GPs team were trained by a combined GPs and psychiatrist researchers' team, to use C-HSCL-25 and C-SCAN.

GPs, specialists in family medicine conducted the SCAN interview under the psychiatrist's supervision, Ana Vaništa (Private psychiatrist in Zagreb). The duration of participation for each patient, between the C-HSCL-25 self-questionnaire and the C-SCAN interview, should be shortly to prevent confusion bias.

### Participants

In the waiting room, before their primary care appointment, patients were given a leaflet explaining the study, a C-HSCL-25 scale and a consent form. Participants were recruited spontaneously to ensure the representativeness of the recruited population.

### Inclusion criteria

Adult patients older or equal than 18 years old, without age limit. Patients had to give their written ethical consent for participation in the study.

### Exclusion criteria

In order to avoid puerperal depression in which the management is different, women with a reported pregnancy were not included in the study. As a puerperal depression needs a specific management. Adults consulting for a medical certificate were excluded as the research was focused on adults consulting for at least a medical condition in primary care. Psychotic patients were excluded. Patients requiring immediate acute care were excluded.

### Sample size

Two types of patient were possible:

- Patient C-HSCL-25 score  $\geq 1.75$  or C-HSCL+ or positive,
- Patient C-HSCL-25 score  $< 1.75$  or C-HSCL- or negative.

Two groups have been defined:

- A C-HSCL+ group
- A C-HSCL- group

A stratified randomization was performed in each group, with:

- A step on one out of two (1/2) in the C-HSCL+ group
- A step on one out of sixteen (1/16) in the C-HSCL- group.

The selected randomized patients were offered an interview for C-SCAN.

If the patient had a C-HSCL+, the C-SCAN was performed within one week of inclusion.

If the patient had a -CHSCL-, the C-SCAN was performed within one month after inclusion.

For patients not randomly selected, the study was terminated. But all patients with a score of  $\geq 1.75$  were informed by the investigating physician, usually as potentially depressed, to initiate the necessary care with their GPs.

These ratios assume a prevalence of depression between 5% and 12% which gives reasonable precision in estimating diagnostic performance (5,37). The calculation of Croatian weighting mean prevalence was 7.3% (S4 Appendix). At least 45 patients were needed per group (patients who carried the C-SCAN in each C-HSCL-25 group) to ensure a power of 80% in order to detect a difference of at least 50% in the number of people with a C-SCAN+ result in the C-HSCL+ group, compared with 20% with a C-SCAN+ result in the C-HSCL- group. This required the recruitment of 810 patients.

The randomization was achieved independently, via computer software, excluding any human intervention in the selection.

### Ethics

The entire study obtained the ethical agreement of the University of Zagreb. Patient had to give their written ethical consent to participate.

All patients with a score of  $\geq 1.75$  were informed by the investigating physician that they could be depressed, in order to initiate the necessary care with their GPs according to ethical principles and the ethical consent form.

### Statistical analysis

The data was analysed by the Data Management Unit of the Brest University Hospital (Brest CHRU), and the statistical analyses were carried out using SAS software version 9.4 and R version 3.2.0. The tests were carried out with an alpha risk of 5%.

Descriptive Analysis: Quantitative variables are expressed as means, standard deviations, 25, 50, 75 quantiles, minimum and maximum values. Qualitative variables are expressed as ratios and percentages.

Comparative Analysis: Univariate comparisons were carried out using relevant standard tests (Student's, Wilcoxon's, chi-squared and Fisher's tests).

External C-HSCL-25 validation: the PPV and NPV were directly calculated according to formulas based on a contingency table, but this was not possible for sensitivity and specificity. Due a different artificial sampling step for the C-SCAN positive/negative patient groups, the prevalence was not respected. The corrected proportions for the contingency table were calculating considering the number of positive/negative patients and the number of included patients. For each parameter, 95% confidence intervals were computed by bootstrap using R library boot.



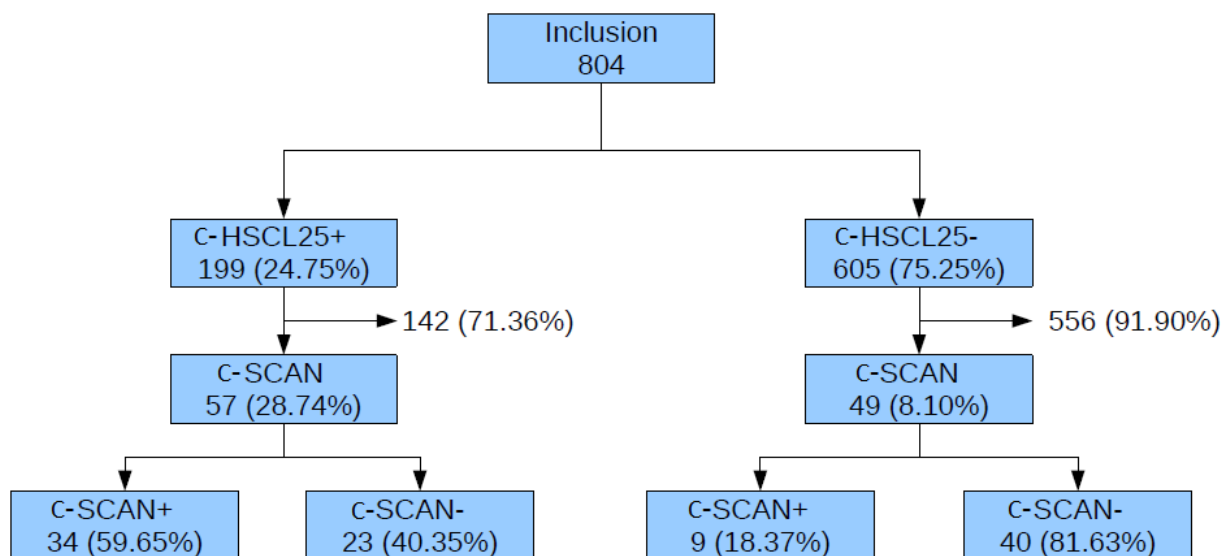
## RESULTS

The study was carried out in 6 centres in Zagreb and its area. Population mostly lived in urban areas but around 30% of participants live in semi-urban areas.

### Clinical and demographic features

The flow diagram (Fig. 1) shows the number of included patients who had filled in the C-HSL-25, whether they were randomised to the C-SCAN group or not. It also shows those who took the C-SCAN.

**Fig. 1. Flow diagram.**



805 patients were selected: a patient was removed because his C-HSCL-25 data was missing.  
804 patients filled in the C-HSCL-25 questionnaire.

The two groups were created:

605 patients in the C-HSCL – group:

- 49 patients took the C-SCAN test (they were randomized according to a ratio of 1/16)
- 556 did not take the C-SCAN test, the study ended for these patients

199 patients in the C-HSCL + group:

- 57 patients took the C-SCAN test (they were randomized according to a ratio of  $\frac{1}{2}$ )
- 142 did not take the C-SCAN test, the study ended for these patients

### Prevalence pitfall

A prevalence established by the C-HSCL-25 of 24.75% was identified among patients consulting their GPs. At the beginning, the sample size was calculated according to a prevalence at 7.3%. This led to some imbalance in the number of C-SCAN assessments being carried out in the C-HSCL+ and C-HSCL- groups.

The study included 804 Croatian outpatients consulting their GP. Patients were aged between 18 and 98 years. The age distributions were significantly different from Normality according to the Shapiro-Wilk normality test ( $W=0.981$ ,  $p<0.001$ ), thus mean ages were compared with a non-parametric test.

The median age was 51 years and the gender ratio (F/M) was 2.06, [Table 1](#).

**Table 1. Patients' characteristics.**

Variable	Group	Summary	Test	p.value
Age	All	$\mu = 51.03 \pm \sigma = 16.53$ [17.82 – 98.11] $Q_{25,50,75} : 39.33, 50.54, 63.79$	Mann- Withney	0.448
	C-HSCL-25 +	$\mu = 50.52 \pm \sigma = 16.24$ [18.35 – 91] $Q_{25,50,75} : 40.61, 48.37, 62.27$		
	C-HSCL-25-	$\mu = 51.2 \pm \sigma = 16.64$ [17.82 – 98.11] $Q_{25,50,75} : 39.07, 51.3, 64.35$		
Sex	All	F : 541 (67.29), M : 263 (32.71)	Fisher	0.015
	C-HSCL-25+	F : 148 (74.37), M : 51 (25.63)		
	C-HSCL-25-	F : 393 (64.96), M : 212 (35.04)		

### Contingency

49 patients in the C-HSCL- group took the C-SCAN. 57 patients in the C-HSCL+ group took the C-SCAN. Contingency data before and after prevalence correction are expressed in [Table 2](#) and [Table 3](#).

**Table 2. Contingency table C-HSCL-25/C-SCAN, before prevalence correction**

		C-SCAN		
		« Positive »	« Negative »	TOTAL
C-HSCL- 25	« Positive »	34	23	57
	« Negative »	9	40	49
	TOTAL	43	63	106

**Table 3. Estimated contingency table C-HSCL-25/C-SCAN, after prevalence correction**

		C-SCAN		
		« Positive »	« Negative »	TOTAL
C-HSCL-25	« Positive »	15.65 (15%)	10.59 (10%)	26.24
	« Negative »	14.65 (14%)	65.11 (62%)	79.76
	TOTAL	30.3	75.7	106

**Outcomes**

According to a prevalence established of 24.75% (including prevalence corrections) and a cut-off of 1.75, accuracy data gave the following efficiency features, [Table 4](#).

**Table 4. Efficiency features**

	Value	IC95% *
<b>PPV (%)</b>	59.65	[46.03 – 71.93]
<b>NPV (%)</b>	81.63	[68.28 – 90.74]
<b>Sensitivity (%)</b>	51.65	[36.25 – 68.98]
<b>Specificity (%)</b>	86.02	[80.83 – 90.19]

\*Obtained by bootstrap

## DISCUSSION

### Main findings

Croatian version of the HSCL-25 adequately assessed major depression. PPV is around 60%. The specificity of 86% indicated efficiency to diagnose significant depression in primary care. The low number of false positive patients (10%) assessed that it's a relevant diagnosis tool. The GPs' high depression diagnosis specificity, combined with this tool's efficiency in excluding non-depressive patients with a low margin of error, should allowed to identify patients with depressive symptoms much more rapidly, a relevant add of value in research.

### General discussion

Compared to the French study (28), this study results are very close. The sensitivity is lower (51% versus 59%). The specificity is lower but higher than 80% (86% versus 91%) which is a very good specificity. The prevalence of depression was a bit higher (24.5% versus 21%).

A cut-off score of 1.75 was established of case definition in the original English version. According to Nettlebladt & al., choosing a lower cut-off point (1.55) tended to raise the sensitivity (89%), but also gave higher false positives (43%), making it less accurate. Screening capacity in improved at the expense of diagnostic capacity. Due to the average sensitivity rate and the high specificity in this study, the C-HSCL-25, with a cut-off score of 1.75, is valuable in diagnosing patients who require a specific treatment for depression.

We followed the French protocol with a ratio of 1/2 for C-HSCL+ group and a ratio of 1/16 for C-HSCL25- group, allowing us to balance the number of C-SCAN patients in our groups more closely.

A more recent Swedish study by Lundin & al. examined the concordance between the HSCL-25 scale score and the SCAN as a criterion standard (31). It differs from the previously mentioned studies due to its large sample (8613 patients recruited) based on a general population although not a medical outpatients' population. It found that both the depression and anxiety scales of HSCL-25 performed well in detecting these disorders. The French study results are comparable with this survey showing a higher specificity (91% versus 78.4%), a lower sensitivity (59% versus 67.1%), a much better PPV (68.8% versus 29.8%) and a lower NPV (86.9% versus 94.6%). Our results are comparable with the French survey.

Numerous tools could be used like the HADS which is also built along two axes: anxiety and depression and has been tested in primary care. It has a higher sensitivity and specificity compared to HSCL-25 (between 84% and 96%) (32) but its ergonomics seemed more complex to the researchers who preferred the HSCL-25 (33). The PHQ-9 has a sensitivity between 77% and 88% and a specificity between 88% and 94% (34,35). Its is built on the PRIME-MD, not the DSM. Researchers will make their choice according to their objectives using systematic reviews or meta-analysis (36).

### Strengths

The strength of this study and its relevance for GPs lies in the fact it is specifically set in primary care. Several types of data quality procedures were followed which increased the reliability of the results, including the appointment of a designated DRCI data manager at the Brest CHRU. Furthermore, the expertise of the stakeholders in the team was balanced to make data collections secure. A stratified randomization was used to ensure both satisfactory statistical power and affordable logistics.

The mean age was 51 years. Women accounted for 67% of the sample. These sample features were comparable to other studies in primary care settings. The Croatian prevalence was 7.3% which is close to the Nettlebladt and the French studies. The sample characteristics are close to European population-based norms which make it feasible to generalize from these results (4).

### Sample bias

A prevalence of 24.5% was identified among patients consulting their GPs. At the beginning of the study, the sample size was calculated according to a prevalence of 7.3%, in the general population. This study focused on a population which consulted the GP (37). The number of subjects necessary to guarantee the statistical power of the study did not depend on this prevalence but on the minimum number of patients placed in each subgroup. This prevalence was close to that in Hesbacher's and the French's studies, but lower than this in the Nettlebladt's study (27). Overestimation of the prevalence is possible due to the internal structure of the HSCL-25. This may occur when depression and anxiety are considered separately; however it is consistent when anxiety and depression are combined (38).

In research, the high NPV and specificity, which enable us to eliminate the false positives, also limit the bias. Therefore, physicians should take this into account in their clinical work. To increase the sensitivity, the C-HSCL-25 could be combined with a screening tool such as the PHQ-2 (39).

### Selection bias

Significant number of patients who were C-HSCL+ refused the invitation for C-SCAN interview offered by their GP for several reasons:

- They did not consider themselves as depressed or they felt bad only during the week they filled out the questionnaire
- They refused to talk about their emotional life with their family doctor
- They ignored or declined the phone or e-mail invitations for the C-SCAN interview
- They were absent the week after filling out the C-HSCL-25 questionnaire

The corrected proportions for the contingency table were calculating considering the number of positive/negative patients and the number of included patients in order to reduce selection bias (S5 Appendix).

### Information bias

The electronic observation book (eCRF) guaranteed the anonymity of the subjects, allocating them a number and keeping only the first two letters of the surname and first name and the date of birth. The eCRF allowed monitoring and enabled traceability of the study. A research assistant checked the validity and consistency of the information between the paper questionnaires and the eCRF. All collected data were compiled into a numeric database.

### Confusion bias

Confusion bias was limited as the self-administered questionnaire was completed by every patient without external influence. All responses collected during the C-SCAN interviews were retrospectively analysed under the psychiatrist's supervision to avoid misinterpretations and to limit any confusion bias. The C-SCAN interview is a standardized and verified test.

At the end of the study, all informations was checked one last time and the database was frozen before statistical work to prevent any confusion bias.

### Research implications

C-HSCL-25 characteristics make this tool suitable for research, rooted as it is in daily practice. Its possible use by healthcare professionals with basic diagnostic skills in mental health could be an advantage in multidisciplinary research. By combining the results of another parallel study on the internal validity and the dimensions of the C-HSCL-25 in the diagnosis of depression in primary daily care practice we will be able to assess its global validity.

As this study was carried out among unselected adult patients, further investigations could examine the performance of the HSCL-25 in its Croatian version. This could include specific samples in primary care, for example, in student populations or in elderly patients, as has been already carried out in Norway and in Sweden respectively (40). This could also extend the population using samples in rural areas for example.

## **CONCLUSION**

The Croatian version of HSCL-25 performs well in detecting symptoms of depression in primary care and similarly, given its high specificity, provides suitable estimates for clinical research purposes.

Its validation throughout Europe, in its translated version, with the same study design, could be of significant epidemiological importance and facilitate the development of more collaborative research within Europe about depression in primary care.



## BIBLIOGRAPHY

1. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001 Oct;179:308–16.
2. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581–90.
3. Organization WH. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2016. 131 p.
4. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2008;192:362–7
5. Organisation Mondiale de la Santé Europe. Définition de la dépression. 2017. Available from: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicablediseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depressiondefinition>(Cited 2018 Dec. 8).
6. DREES, Direction de la Recherche, des études, de l'Evaluation et des Statistiques. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. *Etudes et résultats*. 2013;806.
7. Kozarić-Kovačić D, Grubisic-Ilic M, Grubisic F, Kovacic Z. Epidemiological indicators of suicides in the Republic of Croatia. *Druš Istraživanja J Gen Soc Issues*. 2002;11:155–70.
8. Ho FY-Y, Yeung W-F, Ng TH-Y, Chan CS. The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci Rep*. 2016 5;6.
9. Starfield B. Global Health, Equity, and Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 2007 ;20:511–3.
10. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 2009;374:609–19.
11. Norton J, Roquefeuil G de, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'encéphale* 2009 35: 560-9.
12. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS One* 2014;9
13. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19–29.
14. Milanović SM, Erjavec K, Poljičanin T, Vrabec B, Brečić P. Prevalence of depression symptoms and associated socio-demographic factors in primary health care patients. *Psychiatr Danub* 2015;27:31–7.

15. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry* 2004;161:2163–77.
16. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLOS Med* 2006 Nov 28;3.
17. Sharp LK, Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *Am Fam Physician* 2002;66:1001–8.
18. Sartorius N, Ustün TB, Costa e Silva JA, et al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on 'Psychological Problems in General Health Care'. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:819–24.
19. Reynolds CF, Kupfer DJ. Depression and aging: a look to the future. *Psychiatr Serv Wash DC* 1999;50:1167–72.
20. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, et al. Which DSM validated tools for diagnosing depression are usable in primary care research? A systematic literature review. *Eur Psychiatry* 2017;39:99–105.
21. Beck-R. E. Quel est l'outil de diagnostic de la dépression le plus approprié chez le patient adulte, en médecine générale en Europe, selon ses critères d'efficacité, de reproductibilité et d'ergonomie ? Thèse de médecine. Faculté de Médecine. Brest.2013.
22. Lancelot P. Consensus d'experts sur la traduction en Français d'une échelle d'auto-évaluation de la dépression, la "Hopkins Symptom Checklist 25" via une procédure Delphi et une traduction retour en Anglais. Thèse de médecine. Faculté de Médecine. Brest. 2015.
23. Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP, Verhaak PFM. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:23.
24. Dargère M. What is the translation of the Hopkins Symptom Checklist in 25 items into Croatian? A Delphi consensus procedure for forward-backward translation. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2014.
25. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974;19:1–15.
26. Mui AC, Kang S-Y, Chen LM, Domanski MD. Reliability of the Geriatric Depression Scale for use among elderly Asian immigrants in the USA. *Int Psychogeriatr* 2003;15:253–71.
27. Nettelbladt P, Hansson L, Stefansson CG, Borgquist L, Nordström G. Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:130–3.
28. Nabbe P, Reste JYL, Guillou-Landreat M, et al. The French version of the HSCL-25 has now been validated for use in primary care. *PLOS ONE* 2019;14.
29. Pellen A-L. What is the internal validation and dimensionality in the translation of HSCL-25 in French, in the diagnosis of depression in primary care? Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2017

30. Guilcher E. Validation de la version française de L'HSCL-25 dans le diagnostic de la dépression, en soins primaires ambulatoires, en milieu urbain. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Brest. 2016
31. Lundin A, Hallgren M, Forsell Y. The validity of the symptom checklist depression and anxiety subscales: A general population study in Sweden. *J Affect Disord* 2015;183:247–52.
32. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52:69–77.
33. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, et al. One consensual depression diagnosis tool to serve many countries: a challenge! A RAND/UCLA methodology. *BMC Res Notes* 2018;11:4.
34. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606–13.
35. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:345–59.
36. Williams JW, Pignone M, Ramirez G, Perez Stellato C. Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:225–37.
37. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885–92.
38. Hesbacher PT, Rickels K, Morris RJ, Newman H, Rosenfeld H. Psychiatric illness in family practice. *J Clin Psychiatry* 1980;41:6–10.
39. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. *Ann Fam Med* 2010;8:348–53.
40. Skogen JC, Øverland S, Smith ORF, Aarø LE. The factor structure of the Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) in a student population: A cautionary tale. *Scand J Public Health* 2017;45:357–65.

## **S1 Appendix: Hopkins symptom Checklist in 25 items**

HSCL-25 is a symptom self-assessment scale, dating back to the 1950s (48)(49).

This tool was originally titled The Discomfort Scale, developed by Parloff, Kellman, and Franck (1954) at John Hopkins University. It was a symptom self-assessment inventory, used to measure the change in the clinical status of patients followed in psychotherapy for the purpose of psychotherapy research (48)(49)(50). This tool consisted of a set of 41 symptoms from the Cornell Medical Index (1949), plus 12 items from a scale adapted to outpatients developed by Lorr (1952) (48)(49) .

This tool was initially used as a measurement standard in psychotropic drug research (Lipman & al., 1965, Uhlenhuth & al, 1966). The researchers used a substantially expanded and revised version of the original tool, The Symptom Distress Checklist (SCL) (48). This tool was originally developed for non-traumatized populations but was later adapted and widely used for evaluation in traumatized populations (51).

There have been many minor variations of the SCL: the original 58-item version appeared first. This version consisted of 5 sections entitled Somatization, Obsession-Compulsive, Interpersonal Sensitivity, Depression and Anxiety (48).

To date, there are many variations of SCL ranging from 5 to 90 items (including versions of 25, 31, 35, 58, 64, and 71 items), which have been used in outpatient clinics to screen for psychotic symptoms. , paranoid, anxious and depressive (49)(50)(52).

HSCL-25 has been used to identify psychiatric pathologies in primary care, family planning services, refugee populations and migrant populations (53).

The HSCL-25 consists of 25 items, reported here in their original language (71) (81):

10 items from the 58-item basic version, Anxiety section of HSCL:

- *suddenly scared for no reason*
- *feeling fearful*
- *faintness*
- *nervousness or shakiness inside*
- *heart pounding or racing*
- *trembling*
- *feeling tense or keyed up*
- *headaches*
- *spells or terror panic*
- *restlessness, cant sit still*

13 items from the 58-item basic version, Depression section of HSCL:

- *feeling low in energy, slowed down*
- *blaming yourself for things*
- *crying easily*
- *loss of sexual interest or pleasure*
- *feeling lonely*
- *feeling hopeless*
- *feeling blue*
- *feeling trapped*
- *worrying too much*
- *feeling no interest*
- *thoughts of ending your life*
- *feeling everything is an effort*
- *feeling of worthlessness*

2 somatic symptoms are also included:

- *poor appetite*
- *difficulty in falling asleep or staying asleep*

HSCL-25 is divided into two subsections: 10 items for Anxiety and 15 items for Depression (70). The 15 items in the Depression subsection (items 11 to 25) are in line with DSM-IV diagnostic criteria for Major Depression (51).

The HSCL-25 score is based on a 25-question self-questionnaire on the presence and intensity of anxiety and depressive symptoms in the past week (54).

Patients select one of four responses for each item on a 4-point Likert scale, ranging from 1 to 4 (50)(52):

- 1 : « Not at all »
- 2 : « A little »
- 3 : « Quite a bit »
- 4 : « Extremely »

The final score of HSCL-25 is calculated by dividing the total score (sum of the scores of all the items) by the number of answered answers (the final score of HSCL-25 is from 1.00 to 4.00). This score is also used for the measurement of distress (52).

The patient is considered as a "probable psychiatric case" if the final score of HSCL-25 is greater than or equal to 1.55 (55).

A threshold level greater than or equal to 1.75 is generally used for the diagnosis of major depression defined as "a case, in need of treatment" (51)(54)(55). This threshold level is recommended as a predictive value of mental disorder in the individual assessment by clinical interview (52).

The duration of administration of HSCL-25 is between 5 and 10 minutes (56).

The HSCL-25 original version:

“Choose the best answer for how you felt over the past week”:

	<b>Items</b>	<b>1: “Not at all”</b>	<b>2: “A little”</b>	<b>3: Quite a bit”:</b>	<b>4: “Extremely”</b>
<b>1</b>	Being scared for no reason				
<b>2</b>	Feeling fearful				
<b>3</b>	Faintness				
<b>4</b>	Nervousness				
<b>5</b>	Heart racing				
<b>6</b>	Trembling				
<b>7</b>	Feeling tense				
<b>8</b>	Headache				
<b>9</b>	Feeling panic				
<b>10</b>	Feeling restless				
<b>11</b>	Feeling low in energy				
<b>12</b>	Blaming oneself				
<b>13</b>	Crying easily				
<b>14</b>	Losing sexual interest				
<b>15</b>	Feeling lonely				
<b>16</b>	Feeling hopeless				
<b>17</b>	Feeling blue				
<b>18</b>	Thinking of ending one’s life				
<b>19</b>	Feeling trapped				
<b>20</b>	Worrying too much				
<b>21</b>	Feeling no interest				
<b>22</b>	Feeling that everything is an effort				
<b>23</b>	Worthless feeling				
<b>23</b>	Poor appetite				
<b>25</b>	Sleep disturbance				

## Bibliography

1. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L: The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974, 19:1–15.
2. Halepota a a, Wasif S a: Hopkins Symptoms Checklist 25(HSCL-25) Urdu translation: An instrument for detecting Anxiety and Depression in Torture and Trauma Victims. *J Pak Med Assoc* 2001, 51:255–7.
3. Mouanoutoua VL, Brown LG: Hopkins Symptom Checklist-25, Hmong version: a screening instrument for psychological distress. *J Pers Assess* 1995, 64:376–383.
4. Oruc L, Kapetanovic A, Pojskic N, Miley K, Forstbauer S: Screening for PTSD and depression in Bosnia and Herzegovina : validating the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist. *Int J* 2008, 1.
5. Strand BH, Dalgard ODDS, Tambs K: Measuring the mental health status of the Norwegian population : A comparison of the instruments SCL-25 , SCL-10 , SCL-5 and MHI-5 ( SF-36 ). *Psychiatry Interpers Biol Process* 2003, 5.
6. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Dalgard OS, Sørensen T, Bruusgaard D: Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998, 33:345–54.
7. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgrad OS, Bruusgaard: The meaning and significance of caseness : the Hopkins Symptom schecklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview II. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, 34:53–59.
8. Nettelbladt P, Hansson L, Stefansson CG, Borgquist L, Nordström G: Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993, 28:130–3.
9. Francher T, Kravitz R: In the clinic, Depression. *Ann Intern Med* 2007:1–16.



## S2 Appendix: Croatia version of the HSCL-25 (C-HSCL-25)

HSCL upitnik (ispunja zdravstveni radnik)

1. Redni broj

2. Datum pristanka sudjelovanja u istraživanju (d.d./mm/gggg)

3. Datum rođenja (dd/mm/gggg)

5. Spol M/Ž

6. Prijašnje bolesti (prema MKB10)

7. Popis lijekova koje pacijent uzima uzima

8. Datum konzultacije s liječnikom obiteljske medicine

9. Datum kada je napravljen HSCL   
i njegov SCOR

10. Datum eventualne konzultacije s drugim liječnikom (dd/mm/gggg)

11. Datum kada je napravljen SCAN intervju (dd/mm/gggg)

12. SCOR SCANa

Ime: \_\_\_\_\_ Prezime \_\_\_\_\_ broj telefona: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Datum ispunjavanja upitnika: \_\_\_\_\_

		Nimalo	Malo	Dosta	Jako
1.	Bili ste bezrazložno uplašeni	1	2	3	4
2.	Bojali ste se	1	2	3	4
3.	Bili ste slabi	1	2	3	4
4.	Bili ste nervozni	1	2	3	4
5.	Ubrzano vam je lupalo srce	1	2	3	4
6.	Drhtali ste	1	2	3	4
7.	Bili ste napeti	1	2	3	4
8.	Boljela vas je glava	1	2	3	4
9.	Bili ste u panici	1	2	3	4
10.	Bili ste uznemireni	1	2	3	4
11.	Niste imali dovoljno energije	1	2	3	4
12.	Okrivljavali ste se	1	2	3	4
13.	Bili ste plačljivi	1	2	3	4
14.	Niste bili zainteresirani za spolni odnos	1	2	3	4
15.	Bili ste usamljeni	1	2	3	4
16.	Osjećali ste se beznadno	1	2	3	4
17.	Bili ste sjetni	1	2	3	4
18.	Razmišljali ste da si oduzmete život	1	2	3	4
19.	Osjećali ste se kao da ste u klopci	1	2	3	4
20.	Bili ste previše zabrinuti	1	2	3	4
21.	Bez interesa za bilo što	1	2	3	4
22.	Sve Vam je bilo naporno	1	2	3	4
23.	Osjećali ste se bezvrijedno	1	2	3	4
24.	Imali ste slab apetit	1	2	3	4
25.	Imali ste problema sa spavanjem	1	2	3	4

## S3 Appendix: Croatian version of the SCAN (C-SCAN)

Str.15

### 1 Početak razgovora

Cilj Dijela 1 je dobiti prethodni uvid u moguće probleme koje može imati ispitanik. Gotovo svaka stavka snimljena u Dijelu 1 može se ocijeniti s detaljima i preciznosti u kasnijim Dijelovima. Ispitivač bi trebao biti dobro informiran prije nego započne razgovor i treba biti pripremljen za mogućnosti koje slijede.

#### Općenito

Započni s Dijelom 1 i potom nastavi s onim dijelovima koji sadrže stavke o kojima ispitanik najviše želi raspravljati ili koje su jasno dominantne. To će omogućiti potpuniju pokrivenost važnih tema. Ako će intervju vjerojatno biti nepotpun, pokušaj prvo dovršiti dijelove s vrlo važnim stavkama.

#### Razmotri pristup i strategiju intervjua, koja će vjerojatno biti potrebna.

Prije početka, ispitivač bi trebao biti dobro informiran, koliko je moguće. Obično će postojati informacija o tome hoće li ispitanik biti sposoban odgovoriti na pitanja i objasniti svoje probleme. Nekoliko nepredviđenih okolnosti su iznesene dalje u tekstu.

#### Ako se ne pojavi niti jedna nepredviđena okolnost, započni razgovor na slijedećoj stranici.

#### NEPREDVIĐENE OKOLNOSTI

##### 1 Teški jezični poremećaji ili kognitivno oštećenje

- Razmotri Dio 15 za jezične poremećaje.
- Razmotri Dio 21 (stavke o ponašanju i prošlosti).
- Razmotri Dio 22-25.
- Dovrši Clinical History Schedule (CHS).
- 

##### 2 Teški poremećaj ponašanja, nesuradljivost ili moguć prerani završetak razgovora

Počni s onim Dijelovima koji su najvažniji za ispitanika. Nastavi razgovarati dok promatraš govor, afekt i ponašanje (Dio 22-25). Ako je potrebno, dovrši razgovor u fazama. Sve faze mogu biti razmotrene (ocijenjene) odjednom, ako se cijeli SCAN može dovršiti unutar nekoliko dana. Potrebno je razmotriti adekvatne stavke **(13.125, 20.113-20.115 i 24.045)**.

- Ponovno intervjuiraj s PSE10, ako se ukaže prilika.
- Ako je intervju nemoguć, razmotri PS u Item Group Checklist (IGC).
- Koristi sve dostupne informacije da razmotriš Item Group Checklist za prethodnu epizodu, ako je potrebno.

Str.16

- Dovrši Clinical History Schedule (CHS).

##### 3 Nedavna katastrofalna trauma ili psihosocijalni stresor

- Počni s Dijelom 13 i dovrši potrebne stavke popisa, ako je potrebno.
- Koristi informativne zapise i utvrdi detalje događaja.
- Dovrši cijeli SCAN što je prije moguće i pridodaj učinke stresora u Dijelu 13, ako je moguće, odlažući sve dok precizan „uzročni“ utjecaj bilo koje trume/stresora nije jasan.

##### 4 Disocijativni simptomi

- Dovrši stavke **2.102-2.117**.
- Dođi do informacija heteroanamnestički /kartona.
- Dovrši cijeli PSE10.

##### 5 Uporaba droge ili alkohola

Ako je to glavni problem, preporuča se razmotriti Dio 11 i 12, ali cijeli PSE10 mora biti dovršen. Pridodavanje uzroka i posljedica(alkohola) se može razmotriti u Dijelu 13, po mogućnosti nakon što je njihov utjecaj jasno utvrđen.

##### 6 Poremećaji prehrane

- Ako je to glavni problem, započni s Dijelom 8-9.
- Vрати se na Dio 1 i dovrši PSE.

Str.17

## UVOD I PREGLED KLINIČKIH PROBLEMA

Clinical History Schedule (CHS) sadrži sveobuhvatniju kliničku i socijalnu povijest, koja se može dovršiti uz dodatnu pomoć temeljem heteroanamneze i kartona. Postoji podsjetnik u CHS-u kojim se mogu provjeriti sve PSE stavke povijesti bolesti u svijetlu podataka iz heteroanamneze i kartona.

U dovršenju ovog dijela treba upotrijebiti zabilješke o razmatranim epizodama, iz Glossary-ja.

Prije nego počne intervju, uvijek treba biti u potpunosti informiran, npr. iz zdravstvenog kartona i/ili druge medicinske dokumentacije(izvora informacija).

Ja sam... Kako se zovete? (Rukuj se)

Zatraži dopuštenje za nastavak intervjua i korištenje bilo koje opreme za snimanje. Objasni svrhu/cilj intervjua, npr.:

Radimo pregled u ovom okruženju (ovoj ambulanti) kako bi:

**Ili:**

Ovo je dio rutinskog liječničkog pregleda ljudi koji su došli u ambulantu, osim što bismo htjeli odvojiti vrijeme za detaljnije raspravljanje o problemima nego inače, zato što...

**Ili:**

Radimo istraživanje o ... i željeli bismo vas pitati o bilo kakvom zdravstvenom problemu koji imate

**Ili:**

(Drugi uvod i objašnjenje)

Slažete li se?

Kako bismo započeli, želio/željela bih dobiti općeniti uvid u vrstu zdravstvenih problema, fizičkih i psihičkih, koji bi vas mogli zabrinjavati u zadnje vrijeme. Da li biste mogli reći da ste u zadnje vrijeme imali dobro psihičko i fizičko zdravlje ili ste imali bilo koje probleme?

Dopusti ili potakni ispitanika da odgovori. Pitaj samo jasna pitanja, kao u slijedećim uputama:

- Možete li opisati što ... je bilo?

### 18.str.

- Možete li mi dati primjer...?
- Da li još uvijek ...?
- Kad je ... počelo?
- Uzimate li lijekove? (Koje lijekove?)
- Dobivate li neku drugu pomoć ili terapiju?

### Ako Ispitanik opiše simptome koji nisu relevantni, pitati:

Biste li rekli da ste u zadnje vrijeme odličnog fizičkog i mentalnog zdravlja, bez ikakvih posebnih problema?

### 1.01 Ispitanikov spontani odgovor na početna pitanja



- 0 Ispitanik ne opisuje da je imao/la psihotične, afektivne ili neurotične simptome u zadnje vrijeme .
- 1 Ispitanik spontano opisuje takve simptome.
- 2 Ispitanik nevoljno opisuje simptome, ali nakon poticaja.
- 8 Ispitanikov odgovor je neinformativan.

Koristiti sve informacije od drugih izvora da se ocijeni jesu li idući tipovi simptoma ikad bili prisutni:

[Koristiti kolokvijalne izraze. Ne postavljati pitanja na koja je Ispitanik već odgovorio nego ih potvrditi, npr. „Znači imali ste...“ ]

### Jesu li određene grupe simptoma ikad bile prisutne?

Mogu li spomenuti neke probleme koje mnogi ljudi dožive u nekom dijelu svog života i pitati Vas jeste li Vi **ikad** bili opterećeni bilo kojim od njih, i ako jeste koliko su bili uznemirujući ili onesposobljavajući?

#### 19.str. Za svaki ikad prisutan simptom pitati:

- Možete li opisati kako je bilo?
- Kad je prvi put krenuo?
- Koliko ste tada imali godina?
- Je li bio konstantan ili se javljao ponekad?
- Koliko dugo traje ovaj zadnji period?

- 0 Nema dokaza da je ta grupa simptoma ikad bila prisutna.
- 1 Prisutna, ali samo blago uznemirujuća ili onesposobljavajuća
- 2 Prisutna i umjereno uznemirujuća ili onesposobljavajuća
- 3 Prisutna i jako uznemirujuća ili onesposobljavajuća

1.002 Jeste li tjeskobni ili često osjećate paniku u određenim situacijama?

1.003 Osjećate li se potišteno?

1.004 Suprotno – osjećate li povišeno raspoloženje ili ushićenost ili jako veliku iritabilnost bez posebnog razloga?

1.005 Imate li iskustva koja su teška za objasniti ili razumjeti kao što su da čujete zvukove ili da vidite stvari?

1.006 Imate li problema zbog korištenja alkohola ili drugih sredstava (droge, lijekovi, kava, pušenje...)?

**PRESKOČITI=> na 2.001 i početi PS (present state)- provjeriti jesu li 1.002-1.006 ocijenjeni sa 0.**

#### ODABIR/IZBOR EPIZODA

Odaberi provizorno, na temelju ovih informacija, koji periodi predstavljaju klinički najznačajnije simptome (neurotičnih, afektivnih ili psihotičnih poremećaja) u kliničkom tijeku (bolesti). Vidi bilješke u Glosaru za izbor

epizoda. Vremenski periodi simptoma koji se ne uklapaju u obrazac utvrđen u Dijelu 1 može se zabilježiti odvojeno na kraju svakog Dijela.

--	--	--	--	--	--	--	--

**1.007 Početak sadašnje epizode ( Present Episode, PE)**

Datumu početka mora predhoditi 2 ili više mjeseca bez signifikantnih kliničkih simptoma. Ispitanik mora imati klinički signifikantne simptome (bilo kojeg stupnja težine) unutar otprilike mjesec dana prije intervjua. Vidi bilješke za cijelu definiciju. Ako nije „u epizodi“ za vrijeme intervjua, ostavi prazno, ali ispuni PS-provjeru (PS-check) 4 tjedna prije ispitivanja. Rujan 1994. se unosi kao 0994.

--	--

**1.008 Broj dana u sadašnjem stanju (PS)**

Ovaj period bi obično trebao biti 28 dana i završiti na dan ispitivanja. Vidi zabilješke u Glosaru za dopustiva produljenja, npr. „notional month“ („zamišljeni/fiktivni mjesec“).

tr.20

**1.009 Datumi reprezentativne epizode (representative episodes, RE)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1.010 Trajanje RE (reprezentativne epizode), u tjednima**

--	--	--

Koristi RE ako zasebna diskretna epizoda, zajedno sa PS (sadašnjim stanjem), adekvatno predstavlja tijek klinički signifikantnih simptoma. Vidi Glosar za punu definiciju. Ožujak 1971 do Svibanj 1973 se unosi kao 0371 do 0573, trajanje 112 tjedana. Ako RE graniči sa početkom PS, PS+ RE=PE. Varijacije u određivanju vremena RE između različitih sindroma, ako je potrebno, se može odvojeno zabilježiti unutar svakog Dijela.

**PRESKOČI => na 1.015 ako je korištena RE. Ako RE nije korištena, ostavi RE datume prazno i razmotri 1.011-1.014. Zabilježi opciju izabranu za PERIOD (PS, RE, LB) u 0.006-0.008**

**Datumi razdoblja prije sadašnjeg stanja (Dates of Lifetime Before, LB)**

LB (Razdoblje prije sadašnjeg stanja ) se računa od nastupa prve epizode do početka sadašnje epizode (PS). LB može predstavljati jednu kontinuiranu epizodu ili sadržavati nekoliko odvojenih/određenih epizoda. Koristi LB ako PS i RE zajedno ne predstavljaju adekvatno klinički signifikantne simptome manifestirane u kliničkom tijeku (bolesti). Ne bi bilo osjetljivo (sensitive) ocjenjivati više od 2 epizode u LB ako je ispitanik u epizodi u PS. Vidi Glosar za punu definiciju i upute za ocjenjivanje. Ostavi prazno ako nije prisutno. Dijelovi na koje se ovo ne odnosi se ocjenjuju za specifične periode navedene gore (nepredvidljivi događaji- contingencies), i.e. Dijelovi 2,9,11,12 i 21.

**1.011 Epizoda neurotičnih simptoma**

--	--	--	--	--	--	--	--

**1.012 Epizoda depresivnih simptoma**

--	--	--	--	--	--	--	--

**1.013 Epizoda maničnih simptoma**

--	--	--	--	--	--	--	--

**1.014 Epizoda psihotičnih simptoma**

--	--	--	--	--	--	--	--

## Odredi približnu dob prvog nastupa tipova simptoma u LB

Ova procjena bi trebala predstavljati prvi nastup klinički signifikantne grupe tipova simptoma koji su navedeni, koji su izazvali barem umjereni distress ili onesposobljenost. 98=NK. 99=NA. Daljnji detalji se mogu zabilježiti u 1.046-1.049 i u CHS-u.

1.015 Dob prvog nastupa neurotičnih simptoma

--	--	--

Str.21

1.016 Dob prvog nastupa depresivnih simptoma

--	--	--

1.017 Dob prvog nastupa maničnih simptoma

--	--	--

1.018 Dob prvog nastupa psihotičnih simptoma

--	--	--

1.019 Kvaliteta remisija između epizoda

--

Ako su bile 2 ili više epizoda, bilo slične ili različite, razmotri perzistenciju signifikantnih kliničkih simptoma između njih.

- 0 bez epizoda ili jedino jedna epizoda koja nije praćena signifikantnim simptomima.
- 1 bez ili sa nekoliko signifikantnih simptoma između epizoda.
- 2 miješano, ali intervali su češće kao pod (1)
- 3 miješano, ali intervali su češće kao pod (4)
- 4 signifikantni simptomi obično prisutni u intervalima
- 5 kontinuirana simptomatologija

**PRESKOČI => na 1.026 ako je epizoda(e) ocijenjena u 1.011-1.019.**

### Lista posebnih epizoda

Korištenje ove liste epizoda podrazumijeva ocjenjivanje nekoliko epizoda odvojeno, svaku sa vlastitim nalazom ( face sheet ) i knjižicom/dnevnikom ( recording book ). Stavka **0.016** nalaza mora sadržavati identifikacijski broj epizode koja se ocjenjuje. Bilo koje druge potrebne lokalne informacije trebaju se unijeti u prazne prostore koji su osigurani u programu unosa podataka. Odvojeni CATEGO output (rezultat) će biti omogućen za svaku pojedinu epizodu. Korisnici će napraviti svoju vlastitu analizu rezultata. Datumi rekurentnih epizoda afektivnih poremećaja mogu se zabilježiti na sličan način u Dijelovima 6 i 10.

1.020 Epizoda 1


1.021 Epizoda 2


1.022 Epizoda 3


1.023 Epizoda 4


1.024 Epizoda 5


1.025 Epizoda 6


## Str.22

### Skale za ocjenjivanje u Prvom dijelu

#### OPĆI BODOVI

Glavna skala za ocjenjivanje u Prvom dijelu je Skala I. Bodovi za ocjenjivanje su navedeni ispod i razrađeni u Glosaru.

Međutim, mnoge stavke (posebno u dijelovima osim 3-6 u Prvom dijelu) imaju svoje individualne skale za ocjenjivanje, koje su navedene unutar njihovih blokova stavki. Treba napomenuti da se sve stavke simptoma mogu ocijeniti kao 0,5,8 ili 9, koristeći se definicijama danima u Skali I, neovisno jesu li ili nisu ti bodovi naznačeni u tekstu.

Za izradu etioloških karakteristika/atribucija, mnoge stavke imaju kvadratiće sa isprekidanim linijama ispod kvadratića za ocjenjivanje epizode. To su neobvezne ocjene koje se ne traže, ali koje mogu biti korisna za istraživačke svrhe i u određenim kliničkim situacijama. Svrha je odvojiti ocjenjivanje fenomenologije od bilo kojeg etiološkog faktora koji se može ocijeniti, npr. Parkinsonove bolesti ili učinka alkohola ili droga. Etiološka skala bi se trebala koristiti da bi se šifrirala bilo kakva etiološka karakteristika. Daljnji detalji se obrađuju na str. 29.

#### OCJENJIVANJE TEŽINE

Težina simptoma može se ocijeniti prema trajanju, perzistenciji, stupnju interferencije/ometanju ostalih mentalnih funkcija, distresu, narušavanju svakodnevnih aktivnosti, utjecaju na druge ljude i uslugama različite vrste/ kontaktu s raznim oblicima pomoći. U SCAN-u, pristup je da se mjeri klinička težina na osnovi trajanja i frekvencije simptoma i stupnju ometanja mentalnih funkcija (intenzitet). Socijalno i profesionalno funkcioniranje i ponašanje usmjereno na traženje pomoći ( što sve može biti pod utjecajem različitih drugih faktora) je ocijenjeno posebno.

Negdje između toga (dvoje) stoji ispitanikova vlastita reakcija, ali ona može biti stoička ili distressed, ovisno o temperamentu i okolnostima te se zato smatra da dodaje neki stupanj nejasnoće u ocjenjivanje. Distres je jedino spomenut u stavkama koje koriste kriterije iz sustava baziranog na pravilima koji ga traži da je prisutan.

Ovi bodovi vrijede za ocjenjivanje kroz SCAN i posebno za 4 glavne Skale ocjenjivanja.

#### SKALA ZA OCJENJIVANJE I

Mnoge stavke u Dijelovima 2-6 su ocijenjene prema ovoj standardnoj 4-bodovnoj skali (0-3). Faktori koji su najviše uključeni su intenzitet (nametljivost i razina interferiranja sa mentalnim funkcijama) i frekvencija simptoma. Standardne definicije su

## Str.23

prikladne za period od oko 4-6 tjedana. To je razdoblje „Sadašnjeg stanja“ („Present State“), po kojem je nastala kratica PSE.

U duljim epizodama, nekad je moguće izdvojiti (s ispitanikom) period ekvivalentne duljine tijekom kojeg je većina karakteristika simptoma neke epizode bila prisutna („reprezentativni mjesec“).

Kod ocjenjivanja perioda koji je dulji od mjesec dana može biti teško odrediti udio vremena tijekom kojeg je simptom bio prisutan.

U takvim slučajevima, ocjenjujte pretežno prema kliničkom intenzitetu, a ne trajanju. Frekvencija, međutim isto tako može biti prikladna.

Ne morate biti previše precizni kod ispitivanja o svakom pojedinom simptomu. Obično je dovoljno utvrditi cjelokupnu frekvenciju i intenzitet grupe simptoma i zatim utvrditi bilo koju varijaciju u određenim stavkama.



0 - Ovo je pozitivna ocjena za odsutnost. Ovo ne znači „nije poznato“ ili „nije sigurno/nejasno je li prisutno“. Može se koristiti jedino ako je dostupno dovoljno informacija kako bi se mogla utvrditi njihova preciznost.

1 – Ovo je pozitivna ocjena za prisutnost, ali prisutnost tako malog stupnja koji nije adekvatan za korištenje u klasifikaciji. Kao i pod (0), ne znači „nije poznato“ ili „nejasno“. Ocjene (1) se boduju u rezultatima (ali ne za dijagnostičke svrhe), što pak utječe na stupanj pridodan Indeksu Definicija.

2 – Ova ocjena znači da je stavka prisutna na stupnju koji je dovoljan za korištenje u klasifikaciji. Za tu je svrhu ekvivalentan ocjeni (3), ali manje doprinosi rezultatu. Općenito, koristi se kad su simptomi umjerene težine većinu perioda koji se promatra.

3 – Ocjena (3) je slična (2), osim što je simptom prisutan u težem obliku većinu perioda koji promatramo.

5 – Prisutnost psihotičnih simptoma može jako otežati ocjenjivanje u stavkama Prvog dijela zbog problema u interpretaciji značenja onoga što ispitanik govori ili zato što simptomi ( npr. anksioznost ili fobija od napuštanja nečije kuće) mogu sami po sebi biti bazirani na psihotičnim iskustvima. Ocjenjivanje bi trebalo napraviti kad postoji stvarna sumnja u prirodu simptoma ili ako prevladavaju psihotični simptomi.

8 – Ako nakon odgovarajućeg ispitivanja, ispitivač i dalje nije siguran je li simptom prisutan (ocjena 1-3) ili odsutan (ocjena 0), ocjena je (8). To je jedina okolnost u kojoj se koristi ocjena (8). Ne bi se trebala koristiti za označavanje blagog oblika simptoma.

#### Str.24

9 – Ova ocjena se jedino koristi ako je informacija potrebna za ocjenu stavke nepotpuna u nekom obliku, npr. zbog jezičnog ili kognitivnog poremećaja, ili nedostatka suradljivosti ili ako je ispitivač zaboravio ispitati dovoljno detaljno. Razlikuje se od (8) po tome što ispitivanje, zbog bilo kojeg razloga, nije adekvatno provedeno.

Unutar SCAN-a, uputa „koristi Skalu I“ jednostavno znači da ne treba istaknuti nikakve individualne značajke ocjenjivanja za tu stavku. Bilo koja ocjena u Skali I se odabire na temelju kliničke procjene.

Za ocjenu trajanja, trajanje manje od 1 tjedna/mjeseca bi trebalo ocijeniti kao 1.A

čime ocjena

0 tada znači da je fenomen potpuno odsutan

#### 25.str.

### 2 Somatoformni i disocijativni simptomi

Prilagoditi pitanja o poremećajima i liječenju prema ispitaniku razumljivom rječniku. Koristiti heteroanamnestičke podatke i karton pacijenta. Uočiti da Dio 2 općenito definira dugotrajnije epizode nego drugi dijelovi upitnika.

#### 2.001 Tjelesno zdravlje

Sad bih Vas htjela/htio pitati neka pitanja o Vašem tjelesnom zdravlju. Tijekom otprilike zadnjih mjesec dana biste li rekli da je Vaše tjelesno zdravlje bilo odlično, dobro, osrednje ili loše? A kakvo je bilo prije mjesec dana? [Ocijeniti dva standardna perioda].

1 Odlično

3 Osrednje

2 Dobro

4 Loše

**Ako je osrednje:** Zbog čega ste rekli „osrednje“ radije nego „dobro“?

Nastaviti sa **2.002** ako je loše; inače nastaviti sa

#### 2.003. Ako je loše:

#### 2.002 Trajanje lošeg tjelesnog zdravlja

Koliko dugo je Vaše tjelesno zdravlje bilo loše?

Precizirati u godinama i mjesecima. Jedna godina i šest mjeseci se upisuje '01'06. Ostaviti prazno ako je tjelesna zdravlje bilo barem osrednje.

### 2.003 Promjena tjelesne mase, zadnjih godinu dana

Jeste li izgubili ili dobili na težini u zadnjih godinu dana? [1kg = 2.2 lb].

- Tijekom kojeg vremenskog perioda?

0 Praktički bez promjene.

1 Manje od 2kg (<5 lb).

2 Izgubljeno 2+kg (5+lb) u periodu od 6 tjedana.

3 Dobiveno 2+kg (5+ lb) u periodu od 6 tjedana.

4 Težina se mijenjala, više od 2+ (5+lb) izgubljeno ili dobiveno.

Stavke **8.006** i **8.007** detaljnije se bave promjenama mase.

**26.str.**

### 2.004 Fizička bolest ili nesposobnost, zadnjih godinu dana

Zadnjih godinu dana, je li Vas nešto „probadalo ili štrecalo“, da ste imali ikakve tjelesnu slabost ili tjelesno oboljenje ili ozljede ili onesposobljenosti koje su ograničavale Vaše aktivnosti u bilo kojoj mjeri?

- Kakve probleme ste imali?

- Da li Vam je Vaš liječnik ili specijalist objasnio tegobe?

0 Nikakve

1 Opisuje somatske simptome ili poremećaje bez jasne dijagnoze.

**PRESKOČI=> na 2.007 ili 2.008**

2 Ima tjelesnu dijagnozu.

### TJELESNE BOLESTI ILI ONESPOSOBLJENOSTI KOJE SE MOGU DIJAGNOSTICIRATI

Stanja povezana sa mentalnom retardacijom i/ili autizmom, npr. Downov sindrom, fetalna rubella, trebaju biti upisane u pacijentov karton. Prva kućica trebala bi sadržavati slovo prema MKB-10, praćeno sa do 3 broja. Ako nisu upisane treba ostaviti prazno.

2.005 Dijagnoza 1


2.006 Dijagnoza 2

Samo za žene: [Prikazati karticu ako će biti od pomoći.]

### 2.007 Predmenstrualni simptomi, zadnjih godinu dana

Jeste imali bilo koji od simptoma prije menstruacije koji završe čim menstruacija krene? Kao što su:

Iritabilnost, depresija;

Osjećaj nadutosti ili dobivanja na težini;

Osjetljivost ili naticanje dojki;

Napetost mišića;

Bolovi kao što su glavobolja, bolovi u leđima, itd.;

Loša koncentracija;

Žudnja (npr. za slatkijima, grickalicama, itd.).

Upisati broj pozitivnih; ako je 7 ili 8 ocijeniti 7 kao 8= NK (not known). Idealno, ovo bi se ocjenjivanje trebalo bazirati na trenutačnom vođenju dnevnika iz kojeg bi se koristili podatci barem dva zadnja ciklusa.

## Str.27

### 2.008 Ograničenje fizičke aktivnosti, prošle godine

Je li ijedan od ovih problema (2.001-2.007) ograničavao vaš osjećaj blagostanja (dobrog zdravlja) ili aktivnosti u prošloj godini?

- Koliko su teška bila ta ograničenja fizičke aktivnosti?

0 Nimalo

1 Blaga

2 Umjerena

3 Teška do onesposobljavajuća

### 2.009 Zadovoljstvo s medicinskom skrbi, prošle godine

Jeste li dobili savjet stručnjaka o... (zdravstvenim problemima)?

- Koliko kontakata ste imali s liječnikom (zdravstvenim osobljem, itd.?)

- Što vam je vaš liječnik rekao da nije u redu s vama?

- Jeste li zadovoljni koliko je problem temeljito istražen i jeste li dobili dobre savjete?

- Imate li još koji dogovoreni pregled kod liječnika?

0 Ispitanik je zadovoljan kako je problem istražen i liječen s primjerenom pažnjom ili nezadovoljan ili nije dobio savjet stručnjaka (liječnika).

1 Ispitanik je bezrazložno nezadovoljan s medicinskim postupkom.

8 Nije jasno je li nezadovoljstvo ispitanika povezano s pretjeranom zabrinutošću ili je s razlogom nezadovoljan

**PRAG => do 3.001 ako nema dokaza iz intervjua, medicinskog kartona ili somatofornih ili disocijativnih simptoma.**

**Uvijek nastavite ako simptomi nemaju uvjerljivo medicinsko objašnjenje.**

## Str 28, 29-prazna

### Skala za ocjenjivanje I

0 - Ovo je pozitivna ocjena za odsutnost. Ovo ne znači „nije poznato“ ili „nije sigurno, nejasno je li prisutno“. Može se koristiti jedino ako je dostupno dovoljno informacija kako bi se mogla utvrditi njihova preciznost.

1 - Ovo je pozitivna ocjena za prisutnost, ali prisutnost tako malog stupnja koji nije adekvatan za korištenje u klasifikaciji. Kao i pod (0), ne znači „nije poznato“ ili „nejasno“. Ocjene (1) se boduju u rezultatima (ali ne za dijagnostičke svrhe), što pak utječe na stupanj pridodan Indeksu Definicija.

2 – Ova ocjena znači da je stavka prisutna na stupnju koji je dovoljan za korištenje u klasifikaciji. Za tu je svrhu ekvivalentan ocjeni (3), ali manje doprinosi rezultatu. Općenito, koristi se kad su simptomi umjerenе težine većinu perioda koji se promatra.

3 – Ocjena (3) je slična (2), ali je simptom prisutan u težem obliku većinu perioda koji promatramo.

5 – Prisutnost psihotičnih simptoma može jako otežati ocjenjivanje u stavkama Prvog dijela zbog problema u interpretaciji značenja onog što ispitanik govori ili zato što simptomi ( npr anksioznost ili fobija od napuštanja nečije kuće) mogu sami po sebi biti bazirani na psihotičnim iskustvima. Ocjenjivanje bi trebalo napraviti kad postoji stvarna sumnja u prirodu simptoma ili prevladavaju psihotični simptomi.

8 – Ako nakon odgovarajućeg ispitivanja, ispitivač i dalje nije siguran je li simptom prisutan (ocjena 1-3) ili odsutan (ocjena 0), ocjena je (8). To je jedina okolnost u kojoj se koristi ocjena (8). Ne bi se trebala koristiti za označavanje blagog oblika simptoma.

9 – Ova ocjena se jedino koristi ako je informacija potrebna za ocjenu stavke nepotpuna u nekom obliku, npr. zbog jezičnog ili kognitivnog poremećaja, nedostatka suradljivosti ili ako je ispitivač zaboravio ispitati dovoljno detaljno. Razlikuje se od (8) po tome što ispitivanje, zbog bilo kojeg razloga, nije adekvatno provedeno.

### Str 30, 31-prazna

### 3 Zabrinutost, napetost, itd.

Prije nego što ocijenite bilo koju stavku koja bi mogla biti prisutna, uvijek provjerite je li bilo perioda "normalnosti" prije nastupa. Za ocjenu simptoma iz ovog odjeljka mora postojati promijena stanja prema prijašnjem periodu.

Koristi Skalu I da ocjeniš sve stavke iz Odjeljka 3 osim **3.004**.

Kao prvo, htio bih vas pitati o nekim uobičajnim iskustvima i vidjeti jeste li ih imali nedavno?

#### 3.001 Zabrinutost


Jeste li bili jako zabrinuti tijekom [PERIOD]?

- Kako to izgleda kada ste zabrinuti?\_
- Vrtite li stalno nepoželjne misli po svojoj glavi?
- Brinete li se više nego što biste trebali za taj problem?
- Što se dogodi kada pokušate svratiti pozornost prema nečem drugom?
- Možete li prestati biti zabrinuti tako što gledate TV ili čitate ili mislite na nešto u čemu obično uživajte?

Kruženje bolnih misli koje se ne mogu zaustaviti i neproporcionalne su razlogu zabrinutosti. "Prevelika "zabrinutost ali samo u odnosu na stvaran problem = blago.

#### 3.002 Osjećaj napetosti, tjeskobe


Osjećate li da često pucate po šavovima, da ste napeti ili psihički napregnuti?

- Kako to izgleda?
- Koliko vam je to teško?

- Utječu li svakodnevni problem na vas?

- Je li vas lako preplašiti?

Da bi ovaj simptom bio ocijenjen kao prisutan, ne moraju biti prisutni simptomi autonomnog živčanog sustava, iako ih obično ima.

Uključuje pretjerivanje u odgovorima. Osjeća se napet samo u odnosu na stvaran problem- blago. Ako Ispitanik kaže da su on ili ona tjeskobni, ali ne opisuju simptome autonomnog živčanog sustava, ovdje ih ocijenite.

Str.32

### 3.003 Opća mišićna napetost


Je li vam bilo teško opustiti se tijekom [PERIOD]?

- Imate li osjećaj napetosti u mišićima?

- Gdje to osjećate?

- Možete li smanjiti napetost opuštanjem?

Napetost samo u odnosu na stvarni problem = blago.

**Ako je 3.001 - 3.003 ocijenjeno s 0 pitaj 3.004.**

### 3.004 Smirenost u odnosu na problem


Ova pitanja su bila o psihičkim problemima. Mogu li vas pitati ista pitanja, ali na suprotan način? Biste li rekli da ste bili smireniji i prisebniji, manje skloni razdražljivosti, nemiru, svjesnosti o sebi ili psihičkom umoru nego većina ljudi tijekom [PERIOD]?

- Uzrujali biste se samo onda kada bi se dogodilo nešto zbilja ozbiljno?

Ispitaj pitanja 3.001 - 3.013 prema potrebi

1 Manje skloniji problemima iz odjeljka 3 nego većina.

2 Prosječno

3 Nervozniji nego prosječno

4 Teška nervoza.

**PRAG => to 4.001 ako su 3.001 - 3.003 ocijenjeni s 0, a 3.004 je ocijenjen s 1 ili 2**

### 3.005 Lokalizirana bol zbog napetosti

Jeste li imali bolove , kao što je glavobolja, bolove u vratu, leđima, mišićima tijekom [PERIOD]?


- Kakvi su bili?

“Obruč oko glave”, “pritisak”, “kao da vam je glava tijesna”, “bol u stražnjoj strani vrata”, itd.,ali ne migrena ili drugi specifični simptomi. Ako je uzrok glavobolje vjerojatno fizički, upiši etiologiju u kvadratiće isprekidanih linija ili u **13.035**.

Str.33

### 3.006 Subjektivni opis nemira


Jeste li se osjećali tako uzvrpoljeno i nemirno da niste mogli mirno sjediti?

- Jeste li morali stalno hodati gore, dolje?

Vrpoljenje = blaga. Nemir = umjeren. Hodanje=teško. Upotrijebite prosudbu u ocjeni. Nemoj automatski prihvatiti Ispitanikov odgovor.

### 3.007 Umor i iscrpljenost

Jeste li se osjećali iscrpljeno i istrošeno tijekom dana, čak i kada niste radili jako teško?


Isključi hipersomniju = **8.016**. Umoran bez razloga= blag. Osjeća se istrošeno, trudi se izdržati = umjereno. Potpuno iscrpljen = teško.

### 3.008 Osjetljivost na buku

Jeste li otkrili da vas buka uznemiruje?


- Čini li vam se da vas zvukovi koje drugi ljudi smatraju podnošljivima razdiru ili prolaze kroz glavu?

- Više od ostalih ne volite glasnu buku??

- Trpite li stalno zbog buke?

- Možete li raditi ili misliti na bučnim mjestima?

Isključite običnu neugodu zbog velike buke. Osjetljiva, ali nosi se s tim= blag

### 3.009 Razdražljivost

Jeste li bili nestrpljivi ili razdražljivi više nego obično tijekom [PERIOD]?


- Kako se to manifestiralo?

- Držite li to za sebe ili podignite glas ili planete bez razloga?

- Jeste li stvarno izgubili "živce", strpljenje ili samokontrolu?

1 Blaga razdražljivost, neuobičajena za Ispitanika ili kratke obiteljske svađe izvan uobičajenih.

2 Podignut glas, bijes, vikanje, češće započinjanje svađa.

3 Guranje, udaranje, gubitak kontrole.

Str.34

### 3.010 Jednostavne ideje ogovaranja (reference):

Jeste li samosvjesni u javnosti?


-Imate li osjećaj da drugi ljudi obraćaju posebnu pozornost vas, primjerice, na ulici ili u restoranu?

- Jesu li zaista zainteresirani za vas ili ste osjetljivi?

Ispitanik mora prepoznati da osjećaji potječu iznutra, ali ipak si ne mogu pomoći u razmišljanju ljudi razgovarju o njima, smijau im se, kritiziraju ih, primijećuju ih i sl. Deluzije ogovaranja = 5

### 3.011 Sumnjičavost

Jeste li imali sklonost da budete više sumnjičavi nego inače?


### 3.012 Depersonalizacija i derealizacija

Osjećate li da su stvari oko vas, drugi ljudi, ili da ste vi sami nestvarni?

[vidi 16.006 - 16.009]

Isključite ako je isključivo u kontekstu anksioznosti; vidi 4.026. Ako postoje dokazi za depersonalizaciju, popuni dio 16.


### 3.013 Nesumanuta ljubomora

Jeste li bili skloniji ljubomori? [provjerite na 19.015]


### 3.014 PERIOD/i simptoma iz dijela 3

Potrebno je zabilježiti samo ako su datumi simptoma u ovom odjeljku

razlikuju od onih u odjeljku 1 (stavke 1.007-1.014).

datum početka PS (present state) ili PE (previous episode)

trajanje PS ili PE u danima

datum početka RE (representative episode) ili LB (lifetime before)

trajanje RE ili LB u tjednima


str.35, 36-prazna

### 3.015 Ometanje u aktivnostima zbog simptoma iz dijela 3

Spomenuli ste [sažeti simptome] tijekom PERIOD. Kad se sve skupi, koliko su vas ti problemi ometali vašim svakodnevnim aktivnostima?

Ocijenite ometanje zbog simptoma iz odjeljka 3.

0 Nema simptoma iz odjeljka 3 u značajnom stupnju.

1 Simptom/i su prisutni, ali s malo ometanja.

2 Umjerena ili povremena ometanja.

3 Teške do onesposobljavjuće smetnje.

Iako je ocjena utjecaja fizičkih uzroka (uključujući alkohol, droge, medicinske stanje i sl.) moguća pomoću opcionalne atribucijske skale

u dijelu 13, stavke **3.016** i **3.017** omogućuju ispitivaču da ocjenjuje

organski uzrok na razini sekcije ili sindroma. Na primjer, razmotrite učinke

amfetamina i ako su prisutni, daju li oni dovoljan razlog za

ocijenjene stavke.

--	--

### 3.016 Organski uzrok simptoma u dijelu 3

--	--

Koristite četiri kriterija navedene u glosaru.

0 Odsutan.

1 Vjerojatno organski uzrok; nije u potpunosti potvrđeno.

2 Definitivno; potvrđeno stručnim pregledom.

8 Nejasno je li organski ili ne.


### 3.017 Utvrdite organski uzrok simptoma iz dijela 3

Za uzroke koji se mogu identificirati, unesite MKB-10 šifru do 4 znamenke.

Ako su ocijenjena dva razdoblja, upotrijebite gornji red za

prvo razdoblje (PS) i donji red za drugo razdoblje

(RE ili LB). Ako ih nema ostavi prazno.

Organski uzrok također može biti ocijenjen

s atribucijskiom skalom na razini stavke.

Str.37

## 4 Panika, anksioznost i fobije

Ako su prisutne, ali se smatra da su nastale zbog tjelesnog uzroka, npr. hipertireoza, kardiorakalnu bolest, stimulansi, sustezanje od lijekova (npr. benzodiazepini), itd., korisnici mogu ocjenjivati pojedine stavke sa skalama iz dijela 4 ili dijela 13. Razmotrite reakciju na stres u dijelu 13. Ako ispitanik kaže da je uznemiren, ali ne opisuje simptome autonomnog živčanog sustava, razmislite o ocjeni drugdje, npr., u dijelu 3.

### 4.001 Opća ocjena anksioznosti


Sada bih želio pitati o osjećaju anksioznosti ili napada panike tijekom PERIOD.

Kada su ljudi uznemire ili uspaniče, često se osjećaju vrlo preplašeno. Mogu se osjećati da njihovo srce brzo lupa, ili se mogu početi tresti ili znojiti, ili osjećaju da ne mogu uhvatiti dah. Jeste li imali ikad takav osjećaj? (Možete li to opisati?)

0 anksioznost i napadi panike odsutni.

1 prisutni anksioznost i / ili napadi panike.

### 4.002 Opća ocjena fobija


Neki ljudi imaju fobije. Osjećaju se tjeskobni, panični ili uplašeni u nekim situacijama, kao što su strah od visina, otvorenih prostora ili određenih životinja ili insekata, ili u nekim društvenim situacijama. Pokušavaju ih izbjeći ili čak izbjeći i razmišljanje o njima.

Jeste li imali ikad takav osjećaj?



0 Fobije odsutne.

1 Fobija prisutna.

Koliko dugo to traje? Kada je prvi put započelo?

Provjerite dobnu skupinu na **4.056** i zabilježite trajanje razdoblja na **4.059**, osim ako je isti kao u stavci **1.007**.

Simptomi anksioznosti ili panike navedeni su u točkama **4.003 - 4.019**. Oni

označeni sa + su simptomi aktivacije autonomnog živčanog sustava koji su posebno navedeni u MKB-10 kao simptomi važni za stanja panike. Računalni program zasebno ih zbraja.

Str. 38

Popis može biti predstavljen od strane ispitivača stavku po stavku ili kao upitnik. U svakom slučaju, korištena terminologija bi trebala biti prikladna za lokalne okolnosti i kulturu. Na primjer, 'leptiri' će biti samoshvaćeno u nekoliko dijelova svijeta. Potrebno je pronaći i druge primjere za isti simptom.

Neki ispitanici mogu potvrditi navedene simptome pored ostalih somatskih pritužbi but attribute them to a disabling physical cause, za koje nisu tražili medicinsku pomoć ili su se koristili metodama samoliječenja. Koristite somatoformne kontrolne popise u odjeljku 2 i ocijenite sa **2.127** ukoliko su napadaji panike (**4.020**) također ocijenjeni u ovom odjeljku.

Kada ocijenjujete navedene stavke, prvo utvrdite prisutnost, making a tick mark. Zatim odredite vremenske odnose između stavki te ih ocijenite sa 1, 2 ili 3 prema potrebi.

Ne ocjenjivati tjeskobnost ako se javlja zbog određenih okolišnih prilika.

Pitala bih Vas o simptomima koji se javljaju tijekom napadaja panike ili kada ste tjeskobni. Imate li neke od navedenih?

Ocijenite stavke **4.003-4.019**

0 bez simptoma

1 opisani simptomi se pojavljuju zasebno

2 opisani simptomi se pojavljuju zajedno (npr. tijekom napadaja panike)

3 opisani simptomi se pojavljuju zasebno i zajedno tijekom napadaja panike

- 4.003** Osjećate li da vam ponekad nedostaje zraka ili kao da se gušite
- 4.004+** Javlja li vam se katkad lupanje srca, ubrzani rad srca, preskakanje srca
- 4.005** Osjećate li kao da ćete pasti u nesvijest, ili vam se javi nestabilnost, vrtoglavica?
- 4.006** Imate li ikada osjećaj da vam trnu prsti ili vam je lice utrnulo?


Str. 39

- 4.007** Javi li vam se katkad osjećaj nelagode, težine ili bolova u prsima?
- 4.008+** Jesu li vam suha usta (koja nije povezana sa uzimanjem lijekova ili dehidracijom)
- 4.009** Imate li osjećaj "knedle u grlu", otežanog gutanja?
- 4.010+** Znoje li Vam se dlanovi?




## 5 Simptomi opsesije

Ideje i impulsi bivaju doživljeni kao da ulaze u ispitanikovu svijest usprkos svjesnom opiranju. Ispitanik im se nastoji oduprijeti ali ne može. Oni su neugodno ponavljajući. Priznaje ih pretjeranima ili nerazumnima te ih prepoznaje kao dio svojih vlastitih misli. To mu uzrokuje mnogo neugode, s obzirom da misli mogu biti sramotne ili bogohulne. Misli (opsesije) i djela (kompulzije) su blisko međusobno povezani te se mogu zajedno ocjenjivati ispod svake stavke. U kroničnim stanjima, otpornost na njih može izgubiti na snazi; s toga treba uzeti u obzir anamnezu.

- 1 **Ovo bodovanje nije prikladno u slučaju opsesije i ne bi se trebalo koristiti.**
- 2 Većinu dana tijekom barem 2 tjedna, umjerene jačine.
- 3 Kao 2 ali jaki.
- 5 Teško razlikovati od psihotičnih simptoma.

### Pitajte ova općenita pitanja:

Neki ljudi navode da stalno trebaju provjeravati stvari za koje znaju da su već napravili; poput zatvaranja ventila za plin, gašenja svjetla, provjeravanje da li su ulazna vrata zatvorena, i tako dalje. Imate li Vi takvih problema?

Drugi je problem kod nekih ljudi što oni moraju imati stvari oko sebe posložene na određeni način, koji nadilazi uobičajenu urednost. Da li to vrijedi za Vas?

Vezano za održavanje stvari čistima? Provodite li mnogo vremena perući neprestano stvari koje su već čiste?

- Postoje i druge poteškoće sličnog tipa, poput neugodnih i neželjenih misli ili slika koje dolaze na pamet, čemu se ne može oduprijeti. Da li je to problem kod Vas?

### Ukoliko ima ikakvih naznaka da bi se moglo raditi o simptomima iz 5. dijela, ispitajte dalje:

- Možete li opisati kako to izgleda?
  - Otkuda dolaze te ideje i nagoni?
  - Nastojite li im se oduprijeti – na primjer da se svladate i prestanete sa...? (što se tada događa?)
  - Postajete li vrlo razalošćeni i uznemireni kada to ne možete kontrolirati?
  - Koliko je to bilo snažno?
  - Koliko se puta to ponavljalo za vrijeme PERIODA? Većinu dana? Do dva tjedna?
- Dulje?

### 5.001 Dokazi opsesivnih i kompulzivnih simptoma



- 0 nema dokaza.
- 1 dovoljno dokaza za nastaviti preko praga.

Str.42

## 6 Depresivno raspoloženje i misli

Stavke ne treba uvijek popunjavati prema striktnom numeričkom redu. Ukoliko je prikladnije prvo uzeti stavke u dijelu 7 i 8 koje se odnose na depresivno raspoloženje, to može biti optimalan red.

## Simptomi depresije

Prije ocjenjivanja bilo koje stavke koja može biti prisutna, uvijek odredite da li je postojalo razdoblje 'normalnosti' prije njenog nastupa. Za ocjenjivanje simptoma potrebno je postojanje definitivne devijacije od prijašnjeg stanja, kada simptoma nije bilo. Koristite **Skalu 1** za ocjenjivanje, osim ukoliko nije drugačije označeno.

### Distimija

To je stanje ustrajne potištenosti ili sumornosti koje traje 2 godine ili više; s problemima sa spavanjem, niskom razinom energije, umorom od života i osjećajem neadekvatnosti. Može biti perioda s normalnim raspoloženjem i svakodnevno funkcioniranje nije oštećeno. Ako odgovori na prve stavke sugeriraju kronično stanje, dovršite dio 6 i stavke **6.044 - 6.071**.

## Povratni kratkotrajni depresivni poremećaj

Dovršite dio 6. Tada ocijenite stavke **6.072 - 6.077**.

Mogu li Vas pitati neka pitanja u vezi osjećaja tuge i depresivnosti?

### 6.001 Depresivno raspoloženje


Jeste li se osjećali utučeno u zadnje vrijeme /[PERIOD]?

- Biste li opisali Vaše raspoloženje kao tužno, sniženo, utučeno, očajničko ili duboko deprimirano?
- Da li je to blago, umjereno ili jako?
- Koliko od ukupnog vremena ste bili u prihvatljivo dobrom stanju?
- Koliko od ukupnog vremena ste bili krajnje potišteni?
- Kada ste zadnji puta bili svoji?

Kad ocjenjujete kliničku težinu depresije, zapamtite da duboko depresivni ljudi ne moraju nužno plakati te da mentalna retardacija može proizvesti utisak apatije i praznog raspoloženja (pogledaj **6.007**). Razdražljivost (stavka **3.009**) također može maskirati depresiju. Ocijenite raspoloženje prema subjektivnom opisu najgoreg razdoblja.

Ispoljavanje prilikom intervjua se ocjenjuje na **23.001**. Posavjetujte se sa glosarom.

### Str. 43

### 6.002 Prikrivena depresija


Ako je **6.001** ocijenjeno s 0 ili 1, ali ispitivač smatra da je depresivno raspoloženje maskirano drugim simptomima (npr. razdražljivost), ili poteškoćama u introspekciji (npr. kognitivni poremećaj bilo kojeg uzroka, ili odgojni problem) ili kulturološkim sklonostima ispoljavanja depresije na druge načine od raspoloženja, npr. somatskim simptomima, označite ovdje. Ako niste sigurni, ocijenite sa 8. Pogledajte glosar.

- 1 Okolnosti sugeriraju da depresivno raspoloženje može biti prisutno, ali definitivno ocjenjivanje ne može biti učinjeno [nastavite preko praga].
- 2 Prikriveno depresivno raspoloženje je vrlo vjerojatno prisutno.

### 6.003 Plačljivost i plakanje


Da li vam se često plače?

- Da li zaista plačete?
- Koliko se često to događa?
- Koliko sve to skupa traje?
- Što uzrokuje to plakanje?

blago = suze u očima;

umjereno = uplakanost;

teško = dugački periodi plakanja, skoro svaki dan, većinu dana.

**Ako > 2 godine, razmotrite distimiju.**

**Str.44**


#### **6.004 Anhedonija**

Jeste li mogli istinski uživati u stvarima poput šetnje, bavljenja vašim hobijima ili interesima, u zajedničkom objedu s prijateljima, pobjedi u igri ili dobivanju komplimenta?

Ili vam se čini da više ne možete naći zadovoljstvo u stvarima u kojima ste prije uživali?

- Koliko vremena (koliki postotak vremena) niste mogli uživati u stvarima onoliko koliko ste običavali?
- Kada ste posljednji put u nečemu zaista uživali? U čemu?
- Imate li potrebu da se pretvarate da ste zadovoljni?

Ovo se mora odnositi na definitivni gubitak u usporedbi na normalno stanje, ali gubitak nije nužno trebao započeti u PERIODU.

Ako > 2 godine, razmotrite distimiju

--	--	--	--

#### **6.005 Trajanje depresivnog raspoloženja ili anhedonije**

Koliko se već dugo ovako osjećate?

Kada ste se zadnje osjećali slobodnim od tog osjećaja?

Unesite broj tjedana do 80 (88 = nesiguran, ali uvijek nastojte ocijeniti približno trajanje. Npr. ako je barem jedan mjesec, označite 04 a ne 88):

Ako > 2 godine, razmotrite distimiju.

Ako je **6.001** ocijenjeno s 1 - 3, pitajte:

Što mislite da je tome uzrok?

Zabilježite odgovore na stavke u djelu 13.

**PRAG** => **na 7.001** **ako nema dokaza depresivnog raspoloženja ili drugih simptoma iz dijela 6**

Ako su simptomi iz djela 6 prisutni izvan konteksta depresije, popunite relevantne stavke.

Ako je ispitanik depresivan više od dvije godine nastavite, ali uzmite u obzir distimiju **6.044- 6.071** kroz cijeli dio osim u slučaju jasno teške i epizodične slike.

**Str. 45**

#### **6.006 Gubitak nade u budućnost**


Kako vidite budućnost?

- Mislite li da ima još dobrih dana pred Vama?
- Koliko vremena sve izgleda posve beznadno?

- Kad ste zadnji put osjećali da možete vidjeti prihvatljivu budućnost? Kad ste zadnji put osjetili da se radujete nečemu u budućnosti?

Ovo bi trebao biti potpuni gubitak vizije budućnosti u usporedbi s normalnim stanjem, ali gubitak nije trebao nužno započeti tijekom PERIODA.

**Razmotriti distimiju ako ovo traje više od 2 godine.**

#### 6.007 Osjećaj gubitka emocija


Ponekad ljudi ne opisuju tugu ili depresiju kao takve, već kažu da su izgubili sposobnost osjećati bilo kakvu emociju. Ne mogu osjećati tugu i ne mogu plakati. Jeste li to zaista iskusili?

- Kako je to u usporedbi s Vašim uobičajenim raspoloženjem?
- Koliko je to bilo ozbiljno ili trajno u PERIODU?
- Možemo li reći da se nikada niste tako osjećali?

Ovo bi trebao biti potpuni gubitak emocija u usporedbi s normalnim stanjem, ali gubitak nije trebao nužno započeti tijekom PERIODA.

Manje izraženi simptomi, ali ne pozitivni=1.

#### 6.008 Gubitak sposobnosti oporavka


Dolazi li i odlazi depresivno raspoloženje ili se čini da je uvijek tu, čak i kao samo u pozadini?

-Bude li bolje ili lošije ovisno o okolnostima, događajima ili je uvijek prilično isto?

0 Odsustvo depresivnog raspoloženja.

1 Depresivno raspoloženje ovisi o okolnostima većinu vremena.

2 Depresivno raspoloženje promjenjivo, ali ne ovisi o događajima.

3 Depresivno raspoloženje postojani u većini vremena i nikad ne nestaje.

**Str. 46**

#### 6.009 Jutarnja depresija


U koje doba dana sjećate najgoru depresiju?

- Postoji li neko vrijeme kada je slabije izražena?

0 Nema depresije ili nije najgora ujutro

1 Najizraženija je ujutro

#### 6.010 Zaokupljenost smrću ili katastrofom


Jeste li skloni razmišljanjima o mogućim nesrećama, o smrti ili uništenju ili katastrofama koje se mogu dogoditi Vama ili drugima?

- Koliko često nemate takve misli?
- Koliko često je razmišljanje zaista intenzivno i kontinuirano?

**Ako je sumanutost prisutna boduj u 6.019.**

**Ako traje više od 2 godine, razmotri distimiju.**

### 6.011 Samoubojstvo ili samoozljeđivanje


Jeste li razmišljali da naudite sami sebi ili da čak pokušate samoubojstvo tijekom PERIODA?

- Što se dogodilo?

Razlučiti je li to bilo zbog depresije ili ne:

0 Odsustvo.

1 Svjesno razmatrali samoubojstvo ili samoozljeđivanje (nametljive misli), ali nije učinjen pokušaj

2 Samoozljeđili se ili pokušali bez ozbiljne štete.

3 Kao pod 2, ali sa ozbiljnom štetom.

4 Pokušali samoubojstvo s namjerom da rezultira smrću.

**Ako je 6.011 ocijenjeno s 0, pitati 6.012.**

**Str. 47**

### 6.012 Tedium vitae (umor od života)


Jeste li osjećali tijekom PERIODA da život nije vrijedan življenja ili da Vas ne bi bilo briga ako se ujutro ne probudite?

- Jeste li poželjeli da se smrtno razbolite ili doživite fatalnu nesreću?
- Koliko je vremena taj osjećaj trajao?
- Ponavljajuće misli o smrti ili želji za smrću?

### 6.013 Patološka krivnja


Jeste li skloni okrivljavati sebe zbog nečega što ste učinili ili pomislili, osjećate li se krivim ili se sramite samim sebe?

- Što je to što mislite da ste loše napravili?
- Koliko vremena se niste tako osjećali?
- Koliko često ste osjećali krivnju?

Ocijenite samo ako krivnja nije realna, a ne ako je taj osjećaj opravdan. **6.013** i **6.014** mogu ići jedno s drugim. Ako je tako, ocijenite oba.

**Ako je sumanuta, idite na 6.018.**

### 6.014 Osjećaj nametanja krivnje


Imate li osjećaj da Vas drugi okrivljavaju ili optužuju zbog nekih radnji, propusta ili nedostataka zbog kojeg osjećate krivnju?

- Koliko ste vremena u PERIODU se niste tako osjećali?
- Koliko često ste imali osjećaj da su Vas okrivljavali za nešto zaista ozbiljno?

Ocijenite jedino ako krivnja nije realna. Zanimajte ako su postupci bili za osudu i krivnja je bila opravdana. Ako je sumanuta idite na **19.010**. Provjerite **3.010**.

**Str. 48**

## SAMOPOŠTOVANJE

### 6.015 Gubitak samopoštovanja u odnosu na druge ljude


Osjećate li se samopouzđano, npr. u razgovoru s drugima ili u odnosu prema drugim ljudima?

- Kad ste se zadnji put osjećali tako pouzdano?
- Je li bilo promjene ili je oduvijek bilo tako?

Ovo bi trebao biti potpuni gubitak samopoštovanja u usporedbi sa normalnim stanjem, koji nije nužno započeo tijekom PERIODA.

**Ako je 6.015 svojstveno ispitaniku, razmotrite odgovore na pitanja 27.034.**

**Ako traje više od 2 godine, razmotri distimiju.**

### 6.016 Povlačenje iz društva

Želite li se držati podalje (distancirati) od drugih ljudi? Javljate li se na zvono na vratima i telefon? Pokušavate li izbjeći društvo drugih ljudi?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Provjerite 3.011.

**Ako je 6.016 produženo ili stalno uzmite u obzir ocjenu 27.033.**

### 6.017 Gubitak samopoštovanja

Kako doživljavate sebe u usporedbi s drugim ljudima?

- Osjećate li se manje sposobnima nego oni?
- Na koji način?
- Osjećate li se manje vrijednima ili bezvrijednima?
- Je li to novo ili ste se uvijek tako osjećali?

Ovo bi trebao biti potpuni gubitak samopoštovanja u usporedbi s normalnim stanjem, ali gubitak nije trebao nužno započeti tijekom PERIODA. Bezvrijedan=3.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ako je 6.017 produženo ili stalno uzmite u obzir ocjenu 27.034.**

**Ako je više od 2 godine, razmotrite distimiju.**

Str. 49

Str 50

## OPĆENITO BODOVANJE DEPRESIJE

Da biste bodovali (ocijenili) sljedeće stavke nije potrebno imati potvrđenu dijagnozu depresije. Stavke moraju biti bodovane ako postoji i najmanja sumnja na dijagnozu depresije. **Ako su prisutna oba simptoma i depresije i anksioznosti, somatoformni ili opsesivni simptomi:**

### 6.022 Primarno depresija ili anksioznost

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Spomenuli ste da ste se osjećali tjeskobno i depresivno [ u PERIODU]. Spomenuli ste...(rezimiraj/sažmi Ispitanikove simptome)

- Neki ljudi kažu da se osjećaju depresivno jer imaju fobije ili tjeskobu; pa su nesretni zbog toga. Ako se fobije ili anksioznost povuku, tada se oni neće više osjećati depresivno.

- Drugi ljudi kažu ako bi se uspjeli riješiti depresivnog raspoloženja, tada bi prestali biti anksiozni.

- Možete li odabrati kako se vi više osjećate (depresivno ili anksiozno) ili nema razlike između ta dva osjećaja?

Pokušavajte dalje. Pokušajte s primjerima navedenima u nastavku ako smatrate da su prikladni.



Moraju biti prisutni anksioznost i depresija da bi bodovali ovu stavku.

0 Nema simptoma, ili postoje simptomi samo depresije ili samo anksioznosti

1 Anksioznost je primarna. Depresija se ispoljava isključivo u smislu ograničenja koja Ispitnik doživljava zbog simptoma anksioznosti (koje mu se pojavljuju u nekim okolnostima); npr nemogućnost napuštanja kuće, putovanja, druženja s drugim ljudima... ili strah od srčanih bolesti zbog palpitacija.

2 Prisutni su i anksioznost i depresija, ali se čine neovisne jedne o drugima, ili osciliraju u prevladavanju; npr. jednom se depresija čini težom u odnosu na anksioznost ili obrnuto.

3 Primarna je depresija. Anksioznost je ili rezultat depresije (npr Ispitanik je uplašen zbog straha od smrti ili ima suicidalne ideje) ili ima strah od katastrofa, preokupiran je strahom od smrti ili bolesti, strahom od suočavanja s novim danom kada se ujutro probudi, zabrinut je da će se nešto lose dogoditi. Ako su prisutne panične atake i anksioznost vezana uz situaciju, tada su one sekundarne u odnosu na depresiju.

8 Nije sigurno (ne može se postaviti dijagnoza), npr zbog nedostatka informacija

U dijelu 13. ponovno razmotri kliničku prosudbu simptoma depresije u odnosu na druge simptome.

str.51

### 6.023 Odnos somatoformnih prema depresivnim simptomima

Ispitanici sa somatoformnim simptomima mogu poricati da imaju depresivne simptome. Možda će biti potrebno potražiti informacije /podatke iz medicinskih kartona ili medicinske dokumentacije. Ponovno pogledajte, ako je potrebno kako ste bodovali **6.002** i **6.004**. Ako su simptomi depresije bili prisutni u isto vrijeme kada i somatoformni simptomi, koji su biti teži ili počeli prije?

0 Nema simptoma, ili simptomi samo jednog poremećaja

1 Depresivni simptomi su teži/izraženiji ili su počeli prije.

2 Prisutni su simptomi oba poremećaja

3 Somatoformni simptomi su teži/izraženiji ili su prije počeli

8 Nije sigurno (ne može se postaviti dijagnoza), npr zbog nedostatka informacija

### 6.024 Odnos opsesivnih prema depresivnim simptomima

Ako su simptomi depresije prisutni u isto vrijeme kada i opsesivni simptomi, koji su bili teži/izraženiji ili počeli prije? ? [Provjeri **5.009**].

0 Nema simptoma, ili simptomi samo jednog poremećaja

1 Depresivni simptomi su teži/izraženiji ili su počeli prije.

2 Prisutni su simptomi oba poremećaja

3 Opsesivni simptomi su teži/izraženiji ili su prije počeli

8 Nije sigurno (ne može se postaviti dijagnoza), npr zbog nedostatka informacija

### 6.025 Dob prvog pojavljivanja depresivnih simptoma

Koliko ste imali godina kada su Vam se pojavili ti prvi simptomi depresije?

Kada ste se prvi puta osjetili stvarno uznemireni zbog tih simptoma ili kada su simptomi počeli ograničavati Vaše svakodnevno funkcioniranje/aktivnosti?

Provjerite datume LB i prvu pojavu poremećaja na **1.012 i 1.016** i trajanje trenutnih depresivnih simptoma u PS na **6.026**. Ako PE predstavlja recidiv ili ponovno pojavljivanje, zabilježite datume najnovijih epizoda na **6.038 - 6.043**.

Str. 52

### 6.026 Trajanje PERIODA iz Dijela 6 depresivnih simptoma

Za kratke depresivne epizode bitno je detaljno odrediti trajanje da bismo odredili je li 14 dana ili duže.

Datum nastupanja PS ili PE

--	--	--	--	--	--	--	--

Trajanje PS ili PE u danima

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum nastupanja RE ili LB

--	--	--	--	--	--	--	--

Trajanje RE ili LB u tjednima

--	--	--	--	--	--	--	--

### 6.027 Ometanje aktivnosti zbog depresije

--	--

Koliko je bilo prepreka u Vašim svakodnevnim aktivnostima zbog depresije?

-Kakav je to bio problem?

Ako se radi o hospitaliziranom pacijentu, razmotrite vrijeme prije hospitalizacije. Provjerite u **13.006**.

0 Nije prisutna značajna depresija.

1 Simptomi prisutni, ali blago ometanje.

2 Umjereno ili povremeno ometanje.

3 Teško do onesposobljavajuće.

Iako je ocjenjivanje atributa tjelesnog uzroka (uključujući alkohola, droga, medicinskih stanja) moguće proizvoljnim korištenjem atribucijske skale sa iscrtanim kućicama ili iz Dijela 13, stavke ispod ocjenjuju organske uzroke na pojedinačnoj ili skupnoj razini.

### 6.028 Organski uzrok depresivnog sindroma

--	--

Koristite četiri kriterija navedena u Dijelu 13.

0 Odsutan.

1 Vjerojatan organski uzrok, ali nije u potpunosti potvrđen.

2 Točan, određen stručnim istraživanjem.

7 Nesigurno je li organski ili ne.

Str. 53

### 6.029 Ustanovi organski uzrok depresivnih simptoma

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Za ustanovljene uzroke unesite MKB-10 slovo i do 4 brojke. Ako nije ustanovljen ostavite prazno. Ako se ocjenjuju dva perioda, koristite gornji red kućica za prvi period (PS) i donji red za drugi period (RE ili LB). Uzrok može biti ocijenjen i sa atribucijskom skalom prema stavkama.

**PRESKOČITI => na 6.044 ako je ovo prva Ispitanikova epizoda ili nije depresivan.**

### STAVKE IZ ANAMNEZE

Jako je važno da se ocijene **6.030-6.036**, ako postoji mogućnost da je prisutan depresivni sindrom. Za povratne epizode (npr. sezonske, brze ciklične) ocijenite **6.037** i **6.072-6.077**. Prava klasifikacija bit će napravljena pomoću kompjuterskog programa.

Ocijenite cijeli tijek kliničke povijesti ako su raspoložive informacije.

#### 6.030 Epizode velikih afektivnih poremećaja

Bile su prisutne barem dvije epizode velikog afektivnog poremećaja (manična, miješana i/ili depresivna) tijekom kliničke povijesti (uključujući PS), koje su bile razgraničene epizodama suprotne ili miješane polarosti, ili odvojene periodom normalnog raspoloženja barem 2 mjeseca.

- 0 Nije ocijenjeno.
- 1 Prisutna samo jedna afektivna epizoda u cijeloj kliničkoj povijesti.
- 2 Barem 2 afektivne epizode.
- 3 3+ epizoda.
- 4 4+ epizoda unutar 12 mjeseci.
- 5 Nedavne 4 epizode unutar 12 mjeseci.
- 8 Nije sigurno.
- 9 Nije primjenjivo. Bez afektivnih epizoda u kliničkoj povijesti.

#### 6.031 Osobnost prije nastupa depresije

- 0 Unutar normalnih okvira.
- 1 Značajna narušenost osobnosti prije prve velike depresivne epizode.

Str. 54

#### 6.032 Jačina afektivnih epizoda

Općenito, koliko su epizode bile intenzivne?

- 0 Nije ocijenjeno.
- 1 Predominantno blage epizode.
- 2 Predominantno umjerene epizode.
- 3 Predominantno teške epizode.
- 8 Nije sigurno kakve su predominantno.
- 9 Bez epizoda/ nije primjenjivo.

#### 6.033 Dvije ili više depresivnih epizoda sa oporavkom

Postoje li barem dvije velike depresivne epizode, da je svaka praćena oporavkom od 2 ili više mjeseci? Uzeti u obzir cijeli klinički tijek.

- 0 Nije ocijenjeno.
- 1 Samo jedna takva epizoda.
- 2 Barem 2 takve epizode.
- 3 Cjelovita remisija između 2 zadnje epizode.
- 8 Nije sigurno.
- 9 Nije primjenjivo.

**6.034 Odgovor na primjerenu antidepresivnu terapiju**

Jesu li simptomi velikog depresivnog poremećaja pokazali dobar odgovor na primjerenu antidepresivnu terapiju?

- 0 Nije ocijenjeno.
- 1 Odgovor nije bio zadovoljavajući.
- 2 Odgovor je bio zadovoljavajući.
- 8 Nije sigurno.
- 9 Nije primjenjivo.

**6.035 Jedna ili više maničnih ili mješovitih epizoda tijekom kliničke povijesti**

Je li bila prisutna barem jedna manična, hipomanična ili mješovita epizoda tijekom kliničke povijesti (uključujući PS/PE)?

- 0 Nije ocijenjeno
- 1 Nije postojala nijedna hipo/manična ili mješovita epizoda.
- 2 Barem jedna manična ili hipomanična ili mješovita epizoda.
- 8 Nije sigurno.
- 9 Nije primjenjivo.

**Str. 55**

**6.036 Mješovite epizode tijekom kliničke povijesti**

Ocijeniti jesu li mješovite epizode trenutno prisutne ili su bile prisutne u prošlosti (vidjeti u Glosaru definiciju mješovitih epizoda)

- 0 Nije ocijenjeno.
- 1 Nije bilo mješovitih epizoda.
- 2 Jedna ili više mješovitih epizoda u prošlosti koje su trajale barem 1 tjedan.
- 3 Jedna ili više mješovitih epizoda u prošlosti koje su trajale barem 2 tjedna
- 4 Trenutačna mješovita epizoda traje barem 1 tjedan.
- 5 Trenutačna mješovita epizoda traje barem 2 tjedna.
- 8 Nije sigurno.

**6.037 Datumi 6 zadnjih epizoda depresivnih poremećaja prije PE**

Ovo ocjenjivanje je potrebno zbog klasifikacije sezonskih, brzih cikličkih i drugih epizoda koje uključuju klinički bitne simptome iz Dijelova 6, 7 i 8.

- 0 Nije potrebno datirati popis depresivnih epizoda iz afektivnih poremećaja.
- 1 Datirano je do 6 zadnjih depresivnih epizoda prije PE ili PS.
- 2 Kao 1, ali odvojene SCAN ocjene prijašnjih epizoda.
- 3 Zabilježene samo podskupine prijašnjih epizoda.
- 8 Nije sigurno; ispitanik ne daje zadovoljavajuće prikaze prošlih depresivnih epizoda.
- 9 Nije primjenjivo: razlozi.....

**6.038 Datum prve prošle depresivne epizode**

6.038 Datum druge prošle depresivne epizode

6.040 Datum treće prošle depresivne epizode

6.041 Datum četvrte prošle depresivne epizode

6.042 Datum pete prošle depresivne epizode

6.043 Datum šeste prošle depresivne epizode

#### KONTROLNA LISTA (stavke 6.044-6.077)

Str 56.

#### PERZISTENTNO (KONTINUIRANO) DEPRESIVNO STANJE, DISTIMIJA

Distimija se sastoji od ustrajne potištenosti ili sumornosti koja traje najmanje 2 godine; s problemima sa spavanjem, niskom razinom energije, umorom od života i premišljanjem. Međutim, postoji svakodnevno funkcioniranje (iako osjećaj neadekvatnosti) i povremena kratkotrajna razdoblja normalnog raspoloženja. Većina stavki na kontrolnoj listi je obuhvaćena u Dijelu 6 ili drugdje u PSE a ispitivač će zabilježiti koje se često pojavljuju tijekom dvogodišnjeg perioda.

Bilo bi korisno razmotriti karton (dokumentirane slučajeve) i/ili konzultirati svjedoka.

Ocjenite samo za razdoblje od 2 godine prije intervjua. Nemojte zapisivati datume u opcionalnu listu depresivnih epizoda **6.038-6.043, 1.020-1.025**.

[**6.044** i najmanje tri od mogućnosti **6.045-6.059** trebaju biti prisutni tijekom barem nekih od epizoda tijekom dvije godine]

**6.044 2+ godina depresije; remisija samo nekoliko tjedan**

(0 = ne, 1 = da, 8 = nepoznato).

**Preskoči => na 6.072 ako je 6.044 = 0**

Boduj stavke **6.045-6.061**:

0 Ne.

1 Da, ali izolirana pojava (Stavke kontrolne liste pokrivene drugdje u PSE ispunjavaju određene kriterije težine.

2 Prisutne u isto vrijeme kao i sve ostale stavke ocjenjene sa 2

**(6.045-6.061)**

9 NA. (Nije primjenjivo)

**6.045 Smanjenje energije ili aktivnosti (7.006, vidi 22.003, 22.005)**

6.046 Insomnija (8.009 i 8.011-8.015)

6.047 Hipsomnija (8.016)

6.048 Gubitak samopouzdanja, osjećaj neadekvatnosti ili nisko samopoštovanje (6.015, 6.016)

6.049 Teškoće koncentracije ili donošenja odluka (7.002, 7.003)

Str.57

6.050 Česta plačljivost (6.003)

6.051 Generalizirani gubitak interesa ili uživanja u ugodnim aktivnostima (6.004)

6.052 Gubitak interesa ili užitka u seksu (8.024 i 8.025)

6.053 Osjećaj beznadnosti ili očajanja (6.006)

6.054 Smanjena produktivnost, učinkovitost ili opažena nesposobnost nošenja sa uobičajenim odgovornostima u svakodnevnom životu (7.007)

6.055 Pesimizam o budućnosti ili žaljenje za prošlosti

6.056 Socijalno povlačenje (6.016)

6.057 Smanjena razgovorljivost

6.058 Slabi apetit ili prejedanje (8.005, 8.006, 8.007)

6.059 Kronična iscrpljenost ili umor (3.007)

6.060 Osjećaji krivnje (6.013)

6.061 Subjektivni osjećaji iritabilnosti ili pretjerane ljutnje (3.009)

6.062 Interferencija sa aktivnostima obzirom na simptome ocijenjene u 6.044-6.061

Spomenuli ste [sumiraj simptome] tijekom PERIODA. Sve u svemu, koliko je to puno interferiralo sa Vašim svakodnevnim aktivnostima zbog ovih problema?

Ocijeni interferenciju:

0 distimični simptomi nisu prisutni u signifikantnom stupnju

1 simptom/i prisutni, ali mala interferencija

2 umjerena ili intermitentna interferencija

3 teška ili onesposobljavajuća interferencija

6.063 Dob početka sadašnje epizode distimije

Str. 58

Boduj stavke 6.064 - 6.066 i 6.068 - 6.069:

0 Ne

1 Da

6.064 Je li epizoda depresije prethodila sadašnjoj epizodi distimije?

6.065 Ako je 6.064 = 1, je li postojalo razdoblje pune remisije, koje je trajalo 6 mjeseci ili više, između ove dvije epizode?

6.066 Je li depresija počela unazad dvije godine od sadašnje epizode distimije? Bodujte čak i ako niste sigurni jesu li ispunjeni svi kriteriji za glavnu depresivnu epizodu.

**6.067 Dob kada se prvi puta pojavila distimija**

**6.068 Je li epizoda depresije prethodila prvoj epizodi distimije?**

**6.069 Ako je 6.068 = 1, je li postojalo razdoblje pune remisije, koje je trajalo 6 mjeseci ili više, između prijašnje dvije epizode?**

Boduj prisutnost fizičkog uzroka (uključujući alkohol, droge/lijekovi, medicinsko stanje itd.) simptoma distimije koristeći etiologiju za svaku stavku ili ispod gdje se boduje organski uzrok distimije distimije.

**6.070 Organski uzrok (simptoma) distimije**

Koristi četiri kriterija nabrojanih u odjeljku 13

- 0 Nema simptoma.
- 1 Najvjerojatnije organski uzrok, ne u potpunosti potvrđen.
- 2 U potpunosti potvrđeno s medicinskim ispitivanjem
- 8 Nije poznato je li organski uzrok ili ne.

**6.071 Utvrdi organski uzrok simptoma distimije**

Za identifikaciju, unesi dijagnozu iz MKB-10 poglavlja, najviše 4 slova. Ako nema organskog uzroka, ostavi prazno. Organski uzrok također može biti bodovan na atribucijskog skali kojoj pripada stavka.

**Razmotri ciklotimiju u 10.031 - 10.057.**

Str. 59

## KRATKOTRAJNI POVRATNI (PONAVLJAJUĆI) DEPRESIVNI POREMEĆAJ

Ocijenite sljedeće stavke.

- 0 Odsutan.
- 1 Prisutan.
- 8 NK (nepoznato).

**6.072 Kratkotrajna povratna depresivna faza**

Mora biti prisutna kratka depresivna faza koja se ponavljala najmanje jednom (jedan puta) mjesečno tijekom protekle godine.

**6.073 Kratko trajanje depresivne faze**

Faze depresije morale su trajati manje od dva tjedna a obično samo 2-3 dana tijekom protekle godine.

**6.074 Ne samo u odnosu na menstrualni ciklus**

Faze depresije nebi se trebale pojaviti samo u odnosu na menstrualni ciklus, npr. Tijekom zadnjeg tjedna luteinske faze s remisijom unutar nekoliko dana od početka menstruacije.

**6.075 Ometanje aktivnosti zbog kratkotrajnog povratnog depresivnog poremećaja**

- 0 Sindrom odsutan ili nije ocjenjen.
- 1 Sindrom prisutan, ali blago ometanje.
- 2 Umjereno ili povremeno ometanje.
- 3 Teško do onesposobljavajuće ometanje.

**Str. 60**

Iako je ocjenjivanje atributa tjelesnog uzroka (uključujući alkohol, drogu, medicinska stanja) moguće proizvoljnim korištenjem atribucijske skale sa iscrtanim kućicama ili iz Dijela 13 niže navedene stavke omogućuju ponovno ocjenjivanje organskog uzroka na razini dijela (odjeljka) ili sindroma.

**6.076 Organski uzroci kratke depresivne faze**

Koristite četiri kriterija navedena u Dijelu 13.

- 0 Odsutan.
- 1 Vjerojatno organski uzrok, ali nije u potpunosti potvrđen.
- 2 Definitivno (organski uzrok) potvrđen stručnim istraživanjem
- 8 Nesigurno je li organski ili ne

**6.077 Ustanovi organski uzrok kratkotrajne depresivne faze**

Za ustanovljene uzroke unesite MKB -10 slovo i do 4 brojke. Ako nije ustanovljeno ostavite prazno. Ako se ocjenjuju dva perioda koristite gornji red kućice za prvi period (PS) i donji red za drugi period (RE ili LB). Organski uzrok se također može ocijeniti i sa atribucijskom skalom prema stavkama.



#### S4 Appendix: Calculation of the Croatian prevalence of depression

N O	GP	Gender	1.Rural- 2.Sem.urb. 3.Urban	MKB 10: F32,F3 3	N patient on GP list 0-99y	N patient >18 y	Prevalenc e F32, F33 For >18y
1.	L.Jakelic (Slav)	F	R	112	2056	1875	<b>5,6%</b>
2.	D.Lazic (ZG)	F	U	96	1582	1350	<b>7,1%</b>
3.	J.Buljan (Slav)	M	R	49	2001	1656	<b>3,0%</b>
4.	D. Ferlin (Istria)	M	U	20	1668	1564	<b>1,3%</b>
5.	Istria 1	F	U	44	1415	1250	<b>3,5%</b>
6.	Istria 2	F	U	4	1894	1828	<b>0,2%</b>
7.	Istria 3	F	U	11	2130		
8.	Istria 4	M	U	18	1621		
9.	V.Bralic (ZG)	F	U	47	1936	1770	<b>2,7%</b>
10.	S.Stojanovic (ZG)	F	U	24	2320	1966	<b>1,2%</b>
11.	A. Prolic (Sinj)	M	R	104	2119	1894	<b>5,5%</b>
12.	J. Evic (ZG)	F	U	75	2573	2290	<b>3,3%</b>
13.	D. Racki (Istria)	F	U	97	1300	1025	<b>9,5%</b>
14.	J. Stanic (ZG)	F	U	95	1787	1602	<b>5,9%</b>
15.	J.Nedic(Slav)	F	SU	425	1703	1534	<b>2,8%</b>
16.	Peček (Slav)	F	SU	110	1947		
17.	Tomljanovic (Slav)	F	SU	364	2077	1892	<b>19,2%</b>
18.	Milicic (Slav)	F	SU	143	1891	1763	<b>8,1%</b>

## S5 Appendix: Calculation of the F-HSCL-25 predictive values

Table 2. Contingency table C-HSCL-25/C-SCAN, before prevalence correction

		C-SCAN		TOTAL
		« Positive »	« Negative »	
C-HSCL-25	« Positive »	34	23	57
	« Negative »	9	40	49
TOTAL		43	63	106

We could calculate PPV and NPV directly from the contingency table, according to the following formulas:

$$PPV = TP / (TP + FP) = 34 / (34 + 23) = 0.60$$

$$NPV = TN / (TN + FN) = 40 / (40 + 9) = 0.82$$

However, the sampling step was artificial. It was determined by the protocol to improve the feasibility of the study, as 1/16 (C-HSCL-) and 1/2 (C-HSCL +) patient. The prevalence is not respected.

We could not apply the contingency table directly, according to the formulas for Se and Sp

### Corrective formulas to obtain Se and Sp

The probability of the test being positive or negative from the contingency table should be calculated as follows:

The number of positive tests (C-HSCL  $\geq$  1.75) divided by the number of patients included:

$$P(C-HSCL+) = (C-HSCL+) / N$$

The number of negative tests (C-HSCL < 1.75) divided by the number of patients included:

$$P(C-HSCL-) = (C-HSCL-) / N$$

$$N = 804$$

$$P(C-HSCL+) = (C-HSCL+) / N = 199 / 804 = 0.25$$

$$P(C-HSCL-) = (C-HSCL-) / N = 605 / 804 = 0.75$$

Now we are able to calculate the corrected proportions for the contingency table:

Proportion of True Positive = PPV \* P (C-HSCL +) = 0.60\*0.25 = 0.15

Proportion of True Negative = NPV \* P (C-HSCL-) = 0.82\*0.75 = 0.62

Proportion of False positive = (1-PPV) \* P (C-HSCL +) = (1-0.6)\*0.25 = 0.1

Proportion of False Negative = (1-NPV) \* P (C-HSCL-) = (1-0.82)\*0.75 = 0.14

**Table 3. Estimated contingency table C-HSCL-25/C-SCAN, after prevalence correction**

		C-SCAN		TOTAL
		« Positive »	« Negative »	
C-HSCL- 25	« Positive »	15.65 (15%)	10.59 (10%)	26.24
	« Negative »	14.65 (14%)	65.11 (62%)	79.76
TOTAL		30.3	75.7	106

The corrected number on the contingency table can then be calculated by multiplying by the number of patients who have passed the C-SCAN (106 outpatients).

Then directly apply the calculation formulas:

$$Se = TP / (TP + FN) = 15.65 / (15.65 + 14.65) = 0.59$$

$$Sp = TN / (TN + FP) = 65.11 / (65.11 + 10.59) = 0.86$$

The calculation of the NPV and the PPV from the initial or modified contingency table were, of course, identical.

This could be expressed concisely and applied rapidly by using the following corrective formulas directly:

$$Se = PPV * P(HSCL+) / [P(HSCL+) * PPV] + [P(HSCL-) * (1-NPV)]$$

$$Sp = NPV * P(HSCL-) / [P(HSCL+) * PPV] + [P(HSCL-) * (1-NPV)]$$

Se = Sensitivity; Sp = Specificity; P: Prevalence; PPV = Positive Predictive Value; NPV = Negative Predictive Value; P(C-HSCL+) = Patient C-HSCL+ frequency; P(C-HSCL-) = Patient C-HSCL- frequency

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

**BLONDIAU (Sandrine) – The Croatian version of the HSCL-25 scale: an external validation study set against SCAN, in primary care daily practice.**

**Th. : Méd. : Brest 2019**

**RESUME :**

**Contexte**

La dépression est une maladie très courante en Europe. L'échelle HSCL-25 aide à évaluer l'anxiété et la dépression en soin primaire. Elle a été traduite en croate. Le but de cette étude était de déterminer la validation externe de l'HSCL-25 traduite en croate (C-HSCL-25) en la comparant à la version croate du SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) (C-SCAN).

**Méthode**

Une étude quantitative de validation croisée, comparative, de non-infériorité et multi-centrique de la C-HSCL-25 dans une population adulte de médecine générale croate a été réalisée. Deux groupes ont été formés : C-HSCL-25+ et C-HSCL-25-. Un score limite validé supérieur à 1,75 indiquait de symptômes de dépression et d'anxiété. Le C-SCAN a été administré aléatoirement à 1 patient sur 2 dans le groupe C-HSCL-25  $\geq$  1,75 et à 1 sur 16 dans le groupe C-HSCL-25  $<$ 1,75. Les données d'efficacité de la C-HSCL-25 que sont la valeur prédictive Positive (VPP), la valeur prédictive Négative (VPN), la Sensibilité (Se) et la Spécificité (Sp) ont été calculées en comparant à celles du C-SCAN après correction de la prévalence.

**Résultats**

La prévalence globale était de 24.75%. 804 patients ont rempli la C-HSCL-25 ; respectivement 605 dans le groupe C-HSCL-25- et 199 dans le groupe C-HSCL-25+. Les patients ont été randomisés pour passer le C-SCAN ; respectivement 49 dans le groupe C-HSCL-25- et 57 dans le groupe C-HSCL-25+. Après correction de la prévalence, les données d'efficacité étaient : VPP 59.6%, VPN 81.6%, Se 51.6%, Sp 86%.

**Conclusion**

La C-HSCL-25 est un outil efficace pour diagnostiquer l'anxiété et la dépression en soins primaires. La spécificité élevée ajoute de l'intérêt à la recherche dans la pratique quotidienne. La dimensionnalité et la fiabilité ont été complétées dans une étude complémentaire. L'ensemble des données psychométriques déterminera son intérêt dans la recherche en soins primaires.

**MOTS CLES:**

Dépression

Anxiété

Hopkins Symptom Checklist en 25 items (HSCL-25)

Soins primaires

Diagnostic

**JURY :**

Président : M. LE RESTE

Membres : M. NABBE

M. LE FLOCH

Mme GUILLOU-LANDREAT

**DATE DE SOUTENANCE :**

27 juin 2019