



HAL
open science

The Croatian version of the HSCL-25 scale: a one-dimensional tool to diagnose anxiety and depression in primary care

Mélodie Macedo

► To cite this version:

Mélodie Macedo. The Croatian version of the HSCL-25 scale: a one-dimensional tool to diagnose anxiety and depression in primary care. Life Sciences [q-bio]. 2019. dumas-02178874

HAL Id: dumas-02178874

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178874v1>

Submitted on 20 Nov 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 MACEDO Mélodie

Née le 18 janvier 1991 à Saint-Brieuc

Thèse soutenue publiquement le 27 juin 2019

Titre de la thèse:

THE CROATIAN VERSION OF THE HSCL-25 SCALE: A ONE-DIMENSIONAL TOOL TO DIAGNOSE ANXIETY AND DEPRESSION IN PRIMARY CARE

LA VERSION CROATE DE L'ÉCHELLE HSCL-25: UN OUTIL UNIDIMENSIONNEL POUR LE DIAGNOSTIC DE
L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION 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^{ère} 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^{ème} Classe

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

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

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} 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^{ème} 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 de mon **jury** :

Monsieur le Professeur LE RESTE

Médecin Généraliste à Lanmeur

Maitre de stage

Professeur des universités à la faculté de médecine de Brest

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur NABBE

Médecin Généraliste à Plounéour-Trez

Maître de stage, Directeur du Département de Médecine Générale de Brest

Maître de conférence des Universités à la faculté de médecine de Brest

Pour m'avoir inclus dans ce travail de recherche et m'avoir épaulée dans sa rédaction.

Merci pour vos conseils, votre aide dans ma formation médicale

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur LE FLOCH Bernard

Médecin Généraliste au Guilvinec

Maitre de stage

Professeur des Universités à la faculté de médecine de Brest

Merci de m'avoir fait l'honneur de juger cette thèse.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur GUILLOU-LANDREAT Morgane

Médecin psychiatre et Praticien hospitalier CHRU Brest

Merci de m'avoir fait l'honneur de juger cette thèse.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Merci à **M. DANY Antoine**, Maître de conférence et statisticien de l'étude, pour son aide précieuse.

Thanks to **Pr Djurdjica Kasuba Lazic, Vanja Lazic and the team** of University of Zagreb for their help, efficiency and professionalism.

Merci **au groupe de thèse FPDM** pour l'aide apportée à la réalisation de cette thèse, merci **Sandrine** pour ton travail, ton soutien, à nos échanges durant cette dernière étape.

A tous les médecins et professionnels de santé que j'ai eu la chance de rencontrer tout au long de mon parcours et notamment :

Merci au **Dr Jannou** de m'avoir accompagnée lors de mon premier semestre et de m'avoir permis de publier mon premier article.

Merci au **Dr Pitman**, pour ses conseils, sa sympathie et de m'avoir permis de prendre de l'assurance pour mes premiers remplacements.

Merci à ma famille :

A ma **mère**, pour son amour, son soutien infaillible et sa présence sans faille. Obrigada por tudo o que tens feito e fazes por mim minha mãe.

A mon **père**, pour la force et le courage qu'il m'a transmis. Obrigado por me teres tanto ajudado para eu seguir meu percurso.

A ma sœur **Nathalia**, merci de m'avoir montré l'exemple et d'arriver à rire à mon humour douteux.

A mon frère **Edouard**, pour ton esprit vif, ta présence quand je ne m'y attendais pas et parce que qui peut le plus peut le moins.

A mon grand frère **Rafael** pour tes discussions enrichissantes et de m'avoir fait comprendre qu'une information n'est juste qu'auprès de sources fiables.

A mes amis :

Mes amies d'enfance **Andreia, Cristina, Liliana, Ana**, que je porte dans mon cœur, merci d'avoir rempli de bonheur ma jeunesse.

A **Thérèse**, mon amie, pour sa culture, sa gentillesse, son soutien, sa bonté.

A mes amitiés depuis la faculté **Mathilde, Claire, Hélène...** à tous ces moments passés ensemble, à nos colles qui se transformaient en moments de détente, à nos soirées, nos voyages et autres moments à venir.

A **Fatiha**, Dr Halitim, minha bombada, pour faire danser mon esprit et mon corps depuis ce premier semestre rempli de péripéties.

A **Matthieu**, meu amor, pour ton soutien, ton énergie, ta curiosité qui amènent de la chaleur dans ma vie.

Table of content

ABSTRACT	10
BACKGROUND	12
METHOD	15
Study design.....	15
Participants.....	15
Inclusion criteria.....	15
Exclusion criteria.....	16
Sample size.....	16
Ethics.....	17
Statistical analysis.....	17
RESULTS	18
Clinical and demographics results.....	18
Prevalence pitfall.....	19
Contingency.....	20
Internal consistency and dimensional features.....	20
DISCUSSION	24
Main findings.....	24
General discussion.....	24
Research implications.....	26
Strengths.....	26
Limits.....	27
Sample bias.....	27
Information bias.....	28
Confusion bias.....	28
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHY	30
SUPPORTING INFORMATION	33
S1 appendix: Hopkins symptom Checklist in 25 items.....	33
S2 appendix: The HSCL-25 Croatian version (C-HSCL-25).....	38
S3 appendix: The Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry in its Croatian version (C-SCAN).....	41
S4 appendix: Table of prevalences of depression in different Croatian city for calculating the mean and weighted prevalence.....	72
HIPPOCRATIC OATH / SERMENT D'HIPPOCRATE	73

ABSTRACT

Background

The Hopkins Symptom Checklist in 25 items (HSCL-25) helps to assess anxiety and depression in Primary Care. Anxiety and depression show considerable overlap in primary care. This self-administrated questionnaire is valid, reliable and ergonomic in the original US version. It was translated it into Croatian. This study aimed to determine its internal validity and dimensions 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 adult Croatian general practice population was carried out.

Two groups were formed: C-HSCL-25 ≥ 1.75 and C-HSCL-25 < 1.75 . A validated cut-off score of > 1.75 was considered to indicate a clinically relevant level of symptoms of depression and anxiety. In order to obtain two balanced groups, a different method of randomisation was chosen for each group. The C-SCAN was randomly administered to 1 in 2 patients in the C-HSCL-25 ≥ 1.75 group, and to 1 in 16 in the C-HSCL-25 < 1.75 group. The dimensionality using the Principal Component Analysis (PCA) and the internal validity using Cronbach's alpha were calculated.

Results

The overall prevalence of depression was 24.75%. 804 outpatients completed the C-HSCL-25. The Principal Component Analysis showed that C-HSCL-25 is a one-dimensional tool with a Cronbach Alpha of 0.936.

Conclusion

The C-HSCL-25 scale has a high eigenvalue. It's a one-dimensional tool which combined items according anxiety and depression.

RESUMÉ

Contexte

La HSCL-25 permet d'évaluer l'anxiété et la dépression en soins primaires. Anxiété et dépression sont associées en soins primaires. Ce questionnaire auto-administré est valide, fiable et ergonomique dans sa version originale anglosaxonne. Elle a été traduite en Croate. Le but de cette étude était de déterminer sa validité interne et sa dimensionnalité en le comparant à la version Croate du SCAN, un outil d'évaluation clinique en neuropsychiatrie.

Méthode

Une étude quantitative, comparative de non infériorité, multicentrique de la C-HSCL-25 dans une population adulte de médecine générale croate a été réalisée. Deux groupes ont été formés: C-HSCL-25 $\geq 1,75$ et C-HSCL-25 $<1,75$. Un score limite validé supérieur à 1,75 a été considéré comme indiquant un niveau de symptômes de dépression et d'anxiété nécessitant un traitement pour le patient. Afin d'obtenir deux groupes équilibrés, une méthode différente de randomisation a été choisie pour chaque groupe. Le C-SCAN a été administré au hasard 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 $<1,75$. La performance diagnostique a été évaluée et les résultats des tests obtenus dans les deux groupes ont été comparés à leurs résultats C-SCAN.

Résultats

804 patients ont complété le C-HSCL-25. La prévalence globale de la dépression était de 24,75%. L'analyse en composantes principales a montré que la C-HSCL-25 est un outil unidimensionnel doté d'un alpha de Cronbach de 0,936.

Conclusion

L'échelle C-HSCL-25 a une valeur propre élevée. C'est un outil unidimensionnel qui combine l'anxiété et de la dépression.

BACKGROUND

Major depression affects 4.4% of the world population (1). Estimates of the prevalence in the general population vary in Europe but are currently around 6% to 18% (2). Furthermore, the prevalence is twice as high for women (3). A prevalence increase of more than 18% was observed between 2005 and 2015 (4)(5). Within the Croatian population as a whole, the prevalence is estimated to be around 2.2%. It is intriguing to observe that the prevalence of depression in Croatia is currently lower than that in the majority of other countries, especially if the post-war burden. That suggests it is poorly recognized(6).

Depression has a significant impact on emotional, social and occupational life and is a major risk factor for suicide (7). The general practitioner (GP) diagnosis for major depression has a high specificity but a low sensitivity in routine care but, as GPs can also offer efficient follow-up, primary care is a good place to organize treatment (8). This syndromic disorder is not easy to diagnose due to the wide variety of ways in which it may be presented (9). In most European countries, GPs are the first, and often the only, physicians to take care of depressed patients but they generally have little time (10). A fast, efficient and sensitive tool with a reasonable specificity and negative predictive value would add value and save time, thereby improving performance management in primary care. From the many diagnostic tools available for combined European research studies, the HSCL-25 ([S1 appendix](#)) has been selected, using a European consensus procedure, based on a systematic review of the literature. It combines high quality reliability, effectiveness and ergonomics with a conceptual connection to the formal diagnostic criteria of the DSM (11,12).

The HSCL-25 is a short-form diagnostic tool derived from the HSCL-90 (13–16). This is a comprehensive, systematized, semi-directed, clinically self administered questionnaire (15,16).

The specificity compared with clinical interview is robust: between 0.78 to 0.88, the reliability (Alpha de Cronbach) is between 0.87 to 0.97 (14).

The HSCL-25 short length self-administered format is perfectly suited for use in busy primary care settings with many competing demands. It may represent a practical instrument to alert Croatian GPs to potentially depressive or anxious symptomatology.

The score is based on 25 questions divided into two sub-sections related to the presence and intensity of symptoms of depression and anxiety experienced during the previous week. Patients select one of the four responses for each item on a 4-point Likert scale, ranging from 1 (strongly disagree) to 4 (completely agree). Completing the questionnaire takes

between 5 and 10 minutes. The final score is calculated by dividing the sum of the scores of all the items by 25 (the final score ranges from 1.00 to 4.00). A diagnosis of Major Depression, defined as "a case requiring treatment," is above a threshold of 1.75 (17). (S1 appendix)

The HSCL-25 was translated into Croatian (C-HSCL-25) using a well-established procedure in primary care, involving a forward/backward translation based on a Delphi procedure, combined with a cultural check to maintain linguistic and semantic stability (18,19). (S2 appendix)

In 1993, Nettelbladt & al. evaluated the accuracy of the HSCL-25 as a primary care diagnostic questionnaire in Sweden (20). They carried out a study in six Swedish primary healthcare centers in two districts, one rural and one semi-urban, to validate the HSCL-25 against a psychiatric interview using the PSE-9 (Patient State Examination - 9 edition) and establish a cut-off.

A cut-off of 1.55 indicated a patient at risk, a cut-off of 1.75 specified that the patient needed treatment. Sensitivity (Se) of 73%, specificity (Sp) of 76%, Positive Predictive Value (PPV) of 58% and Negative Predictive Value (NPV) of 86% were determined for a cut-off of 1.75. (20). (S1 appendix)

The French HSCL-25 (F-HSCL-25) version was validated according a cut-off of 1.75, using the same process i.e. that a multicentered cross validation study against psychiatric interview using PSE-9. Psychometrics' efficiencies of F-HSCL-25 were: Se 59%, Sp 91%, PPV 70%, and NPV 87%. In France, the effectiveness of the F-HSCL-25 scale in primary care daily practice has been proved in urban, sumi urban and rural area in family daily practice. One more, reliability and dimensionality were determined. It was a reliable (Cronbach's alpha: 0.93) and one-dimensional tool.

The Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) is the successor of the ninth version of the Present State Examination (PSE-9), one of the latest instruments developed by the World Health Organisation for the assessment of psychiatric disorders (16,21). It is a standardized questionnaire using by a psychiatrist or a professional specially trained to the psychiatric examination, which evaluates the mental state. It was translated into Croatian (C-SCAN). (S3 appendix)

The C-HSCL-25 is not currently used by Croatian GPs, but is a potentially promising tool. A parallel study is underway to estimate the external validation of C-HSCL-25.

The aim of this project is to determine both dimensionality and internal validity of the HSCL-25 Croatian version (C-HSCL-25) in Croatian general practice by comparing it with 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.

Outpatients had to complete the C-HSCL-25 self-questionnaire and put it back 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.

Croatian GPs, specialists in family medicine conducted the C-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

Outpatients received information about the study and invitation to participate from their GPs and nurses in GP practice, and receiving consent form. Participants were recruited spontaneously to ensure the representativeness of the recruited population.

Inclusion criteria

The patients needed to be adults (over 18 years) and had to give their written informed consent to participate.

Exclusion criteria

To avoid possible cases of puerperal depression, which requires specific management, women with a reported pregnancy were not included in the study (22–24). Also excluded were adults consulting for administrative purposes, patients known to be schizophrenic or having related disorders and patients requiring emergency care.

Sample size

Two types of outpatient were possible:

- Patient C-HSCL-25 score ≥ 1.75 or HSCL+ or positive.
- Patient C-HSCL-25 score < 1.75 or 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 outpatients were offered a psychiatric interview using C-SCAN. If the patient had:

- A C-HSCL+, the C-SCAN was performed within one week of inclusion.
- A C-HSCL-, the C-SCAN was performed within one month.

For patients not randomly selected, the study was terminated. But, for each patient with a C-HSCL-25 score of ≥ 1.75 , a consultation with her GP was systematically proposed.

These ratios assume a prevalence of depression between 5% and 12% which gives reasonable precision in estimating diagnostic performance (5). 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. Patients had to give their written, ethical consent to participate.

The investigating physician informed all patients with a score of ≥ 1.75 , 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 final analysis of the data was to be carried out after the database freezes at the end of the data review meeting. The database 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 and 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).

To determine the dimensions of the C-HSCL-25 scale, a Principal Component Analysis (PCA) was carried out on the distribution of the items (25–27). To simplify the interpretation of results, a Varimax rotation was performed (28). The internal consistency (Cronbach's Alpha calculation) of each dimension was calculated.

RESULTS

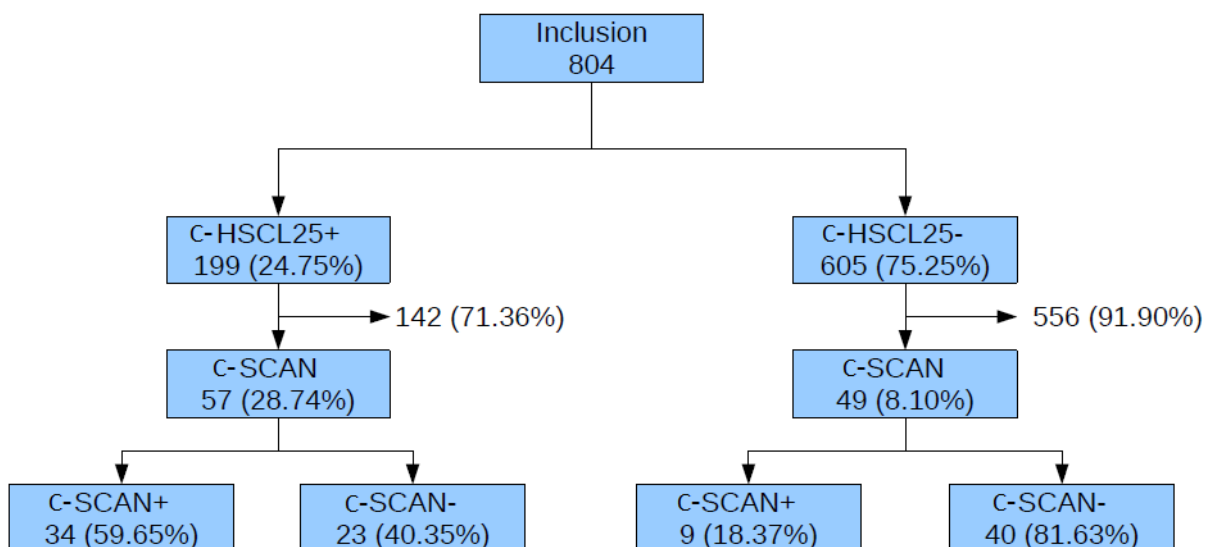
The duration of participation for each patient was mostly 1 week with a median of 8,57 days. The study was carried out in 6 centres in Zagreb and its area. The outpatients mostly live in urban areas but around 30% of participants live in semi-urban area. : Fažana (Istria) (DRG) semi-urban; New Zagreb (ĐKL) urban; Zagreb West (IK) urban; Zagreb East (MC) urban; Zagreb East (SV) urban; Zagreb center (JE) urban.

Six GPs, specialists in family medicine conducted the interview using C-SCAN.

Clinical and demographics results

The flow diagram (figure 1) shows the numbers of outpatients who had filled in the C-HSCL-25 and the psychiatric examination using C-SCAN, according randomization.

Figure 1- Flow diagram



805 outpatients completed the C-HSCL-25: 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.

C-HSCL- group (<1.75), 605 outpatients:

- 49 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)

C- HSCL+ group (≥ 1.75), 199 outpatients:

- 57 took the C-SCAN test (they were randomized according to a ratio of 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 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 randomization used a different step in each sub-group. These imbalances required a prevalence correction to ensure contingency data.

The study included 804 Croatian outpatients consulting their GP. Patients were aged between 18 and 94 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, which enable results comparable to other studies set in primary care.

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 positive	$\mu = 50.52 \pm \sigma = 16.24$ [18.35 – 91] $Q_{25,50,75} : 40.61, 48.37, 62.27$		
	C-HSCL-25 negative	$\mu = 51.2 \pm \sigma = 16.64$ [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 positive	F : 148 (74.37), M : 51 (25.63)		
	C-HSCL-25 negatif	F : 393 (64.96), M : 212 (35.04)		

Contingency

49 patients in the C-HSCL- group had to take the C-SCAN; 57 patients in the C-HSCL+ group had to take the C-SCAN. Contingency data are expressed in Table 2 and Table 3.

Table 2 - Contingency table before correcting for the unbalanced randomised recrutement

	C-SCAN POSITIF	C-SCAN NEGATIF
C-HSCL-25 POSITIF	34	23
C-HSCL-25 NEGATIF	9	40

Table 3 - Contingency table after correcting for the unbalanced randomised recrutement

	C-SCAN POSITIF	C-SCAN NEGATIF
C-HSCL-25 POSITIF	15.65	10.59
C-HSCL-25 NEGATIF	14.65	65.11

Internal consistency and dimensional features

According to the PCA, two dimensions are retained:

- A group 1 (corresponding to an "anxiety" dimension), items 1-11;13 ;20 ;22 ; 24-25
- A group 2 (corresponding to a "depression" dimension), items 12 ;15-19 ;21 ;23

In the HSCL-25 original version, items related to anxiety are items 1–10; items related to depression are items 11–25

The table 4 presents the distribution that could be obtained if two dimensions were retained (as described in the literature: depression and anxiety). A different distribution of items between our study and HSCL-25 original version was highlighted.

Table 4 - Weight of items in each dimension according to PCA

ITEMS	1 factor selected	2 factors selected	
	Axis 1 (Depression and Anxiety combined)	Axis 1 (Anxiety)	Axis 2 (Depression)
ITEM 1	0.622	0.505	0.37
ITEM 2	0.684	0.546	0.417
ITEM 3	0.668	0.712	0.21
ITEM 4	0.631	0.65	0.223
ITEM 5	0.629	0.677	0.19
ITEM 6	0.555	0.622	0.141
ITEM 7	0.697	0.646	0.325
ITEM 8	0.486	0.623	0.038
ITEM 9	0.718	0.528	0.485
ITEM 10	0.738	0.616	0.421
ITEM 11	0.636	0.656	0.225
ITEM 12	0.636	0.275	0.643
ITEM 13	0.63	0.449	0.442
ITEM 14	0.378	0.271	0.263
ITEM 15	0.687	0.302	0.688
ITEM 16	0.765	0.32	0.785
ITEM 17	0.652	0.325	0.611
ITEM 18	0.348	-0.104	0.63
ITEM 19	0.679	0.275	0.707
ITEM 20	0.742	0.543	0.505
ITEM 21	0.719	0.411	0.607
ITEM 22	0.727	0.573	0.45
ITEM 23	0.7	0.312	0.696
ITEM 24	0.546	0.507	0.253
ITEM 25	0.569	0.493	0.304

1- in dark grey items related to anxiety 2- in light grey items related to depression

The Cronbach's Alpha was calculated for a one-dimensional and a two-dimensional tool (table 5).

Table 5 - The C-HSCL-25 Cronbach's Alpha

DIMENSIONS	CRONBACH'S ALPHA
1 dimension only	
Item axis 1	0.936
2 dimensions selected according to PCA	
Group 1 (items 1-11;13 ;20 ;22 ; 24-25) anxiety	0.914
Group 2 (items 12 ;15-19 ;21 ;23) depression	0.853

The table shows the analysis that contains the value of the Cronbach alpha index. The item 14 doesn't improve the Cronbach alpha.

The value is 0.936 in a one-dimensional analysis. This result was upper the minimum threshold of 0.7 (Nunnaly, 1978).

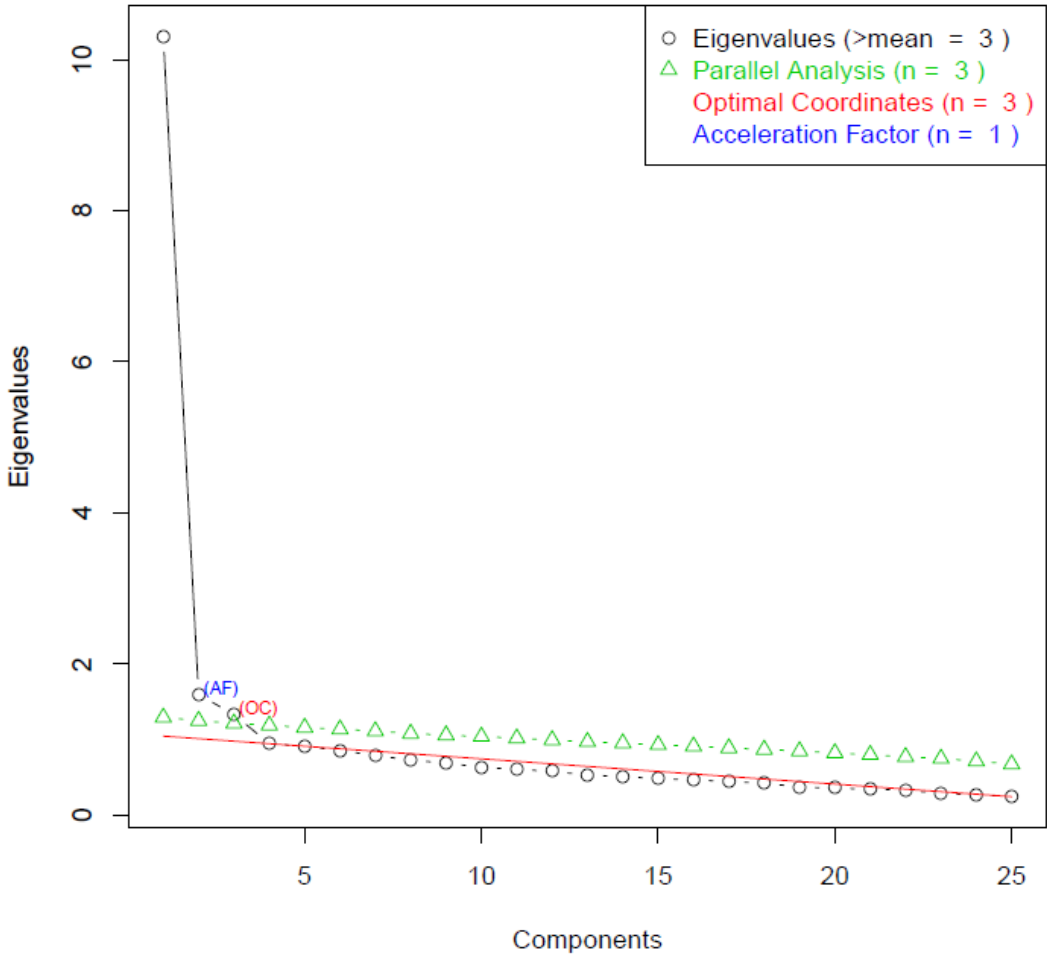
This 0.7 tag is arbitrary, but widely accepted by the scientific community. Consequently, C-HSCL-25 scale composed of 25 items obtained a satisfactory internal consistency.

Since the questionnaire contains 25 elements, it can have up to 25 dimensions. The first point of the graph (Figure 2) indicates the amount of information provided by the first dimension. This point has a high eigenvalue.

The second point provides information on the second dimension. This point has a lower eigenvalue than the previous one.

The important difference between the first and second dimensions and the significant break in the curve shows that C-HSCL-25 is a one-dimension tool (Figure 2), anxiety and depression are intimately combined.

Figure 2- Eigenvalues diagram



DISCUSSION

Main findings

C-HSCL-25 is a reliable one-dimensional tool. It was a consistent scale, since the elements (depression and anxiety) converged towards the same result (29,30). The Cronbach's Alpha of 0.936 proved to have a high internal consistency with outpatients (31–33).

The main result is that the C-HSCL-25 must be definitely considered as a one-dimensional tool for finding the combined anxiety and depression and that all with a great reliability.

General discussion

Cronbach's alpha of 0.936 was consistent of the French Cronbach's alpha (0.93) and other Cronbach's alpha highlighted in literature (0.87 to 0.97)(14) . The standard criterion was the psychiatric interview using PSE-9 in France and using the SCAN in Croatia. PSE and SCAN are close, the checking by psychiatrists was ensured in each country, wich allowed the comparison.

The Principal component analysis (PCA) shows that the items taken as a whole, for each subgroup, taking into account their desire to find anxiety or depression have great reliability. By cons, there is no guarantee that an item taking separately, respond to a concept directly related to depression or anxiety. This is what was found by comparing the French and Croatian factor analyzes. When 2 dimensions are selected the items do not match (table 6) and not match to the HSCL-25 original version (S1 Appendix). We can't trust a single item, anxiety and depression are combined.(34)

Table 6 - PCA comparison between Croatia and France

	CROATIAN STUDY			FRENCH STUDY		
	1 factor selected	2 factors selected		1 factor selected	2 factors selected	
ITEMS	Axis 1 (Depression and anxiety combined)	Axis 1 (Anxiety)	Axis 2 (Depression)	Axis 1 (Depression and anxiety combined)	Axis 1 (Depression)	Axis 2 (Anxiety)
ITEM 1	0.622	0.505	0.37	0.54	0.19	0.60
ITEM 2	0.684	0.546	0.417	0.58	0.25	0.68
ITEM 3	0.668	0.712	0.21	0.50	0.17	0.56
ITEM 4	0.631	0.65	0.223	0.69	0.27	0.73
ITEM 5	0.629	0.677	0.19	0.51	0.08	0.67
ITEM 6	0.555	0.622	0.141	0.53	0.19	0.57
ITEM 7	0.697	0.646	0.325	0.72	0.36	0.67
ITEM 8	0.486	0.623	0.038	0.48	0.22	0.47
ITEM 9	0.718	0.528	0.485	0.71	0.38	0.63
ITEM 10	0.738	0.616	0.421	0.67	0.38	0.57
ITEM 11	0.636	0.656	0.225	0.60	0.57	0.27
ITEM 12	0.636	0.275	0.643	0.69	0.58	0.39
ITEM 13	0.63	0.449	0.442	0.56	0.43	0.36
ITEM 14	0.378	0.271	0.263	0.45	0.46	0.16
ITEM 15	0.687	0.302	0.688	0.67	0.64	0.30
ITEM 16	0.765	0.32	0.785	0.73	0.70	0.33
ITEM 17	0.652	0.325	0.611	0.75	0.69	0.35
ITEM 18	0.348	-0.104	0.63	0.55	0.61	0.15
ITEM 19	0.679	0.275	0.707	0.68	0.65	0.30
ITEM 20	0.742	0.543	0.505	0.68	0.39	0.58
ITEM 21	0.719	0.411	0.607	0.68	0.75	0.19
ITEM 22	0.727	0.573	0.45	0.63	0.71	0.16
ITEM 23	0.7	0.312	0.696	0.68	0.69	0.25
ITEM 24	0.546	0.507	0.253	0.54	0.48	0.28
ITEM 25	0.569	0.493	0.304	0.59	0.36	0.47
TOTAL	0.936	0.914	0.853	0.93	0.89	0.87

1 - in dark grey items related to anxiety 2- in light grey items related to depression

HSCL-25 originated from HSCL-90. HSCL-90 focused on core and peripheral anxiety and depression symptoms. The HSCL-25 combined anxiety and depression assessment (14,35,36). Other tools can be used in primary care. Researchers will make their choices according to their objectives, systematic reviews or Meta analyses would then be very useful to them.

In primary care research, the multiplicity of users requires the use of tools with high consistency (29). Using a self-questionnaire with a high consistency allows a rating, reliable and independent to GPs.

HSCL-25 is a self-questionnaire, this specificity focused on patients makes it impossible to analyse results provided by inter-examiners. The Cohen's Kappa calculation was not possible. Its format is not an interview-style conducted by an examiner, as is the case for example for HADS.

Research implications

A parallel study about its external validity shows a high specificity. Its design and ease of use guarantee its feasibility. The characteristics of C-HSCL-25 make this tool suitable for research, rooted as it is in daily practice. Its use by healthcare professionals with basic diagnostic skills in mental health could be an advantage in multidisciplinary research. 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 already been carried out in Norway and in Sweden respectively (37).

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 collection 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 Nettelblatt's and French Studies. The sample characteristics are close to European population-based norms which make it feasible to generalize from these results (2).

Limits

Sample bias

There is a difference between the literature prevalence and our study prevalence. 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 (38,39).

Moreover, this study focused on the GP's outpatients (38). White's diagram highlights that on a population of 1000 adults exposed to a health problem in the month, there were 750 people who could experience a health problem. Referring to the classical definition of primary care, only when a person consults with a health care practitioner begins primary care, about 250 of the 750 people with a health condition, or a quarter population of departure. This phenomenon can explain the focusing of health problems in daily practice surgeries and increasing prevalence.(38)

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 imbalance did not influence the statistical power of the global study.

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

Selection bias

Significant number of patients who was C-HSCL-25 + refused the invitation for C-SCAN interview offered by their GP for several reasons:

- They mentioned many reasons feeling bad/sad, but they not considered themselves as depressed (family problems, serious diseases in family, unemployment or job loss, break up with their partner, poor socioeconomic situation).
- 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 think that talking about depression in our society is stigmatisation for many people
- They were absent the week after filling out the C-HSCL-25 questionnaire.

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 every patient without external influence completed the self-administered questionnaire. The delay between the self-administered questionnaire and the C-SCAN interview was short in order to reduce confusion bias. 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 information was checked one last time and the database was frozen before statistical work to prevent any confusion bias.

CONCLUSION

The C-HSCL-25 with its high internal consistency guarantees its reliability.

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 on the subject of depression.

BIBLIOGRAPHY

1. Organization WH. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2016. 131 p.
2. 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 May;192(5):362–7.
3. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry.* 2001 Oct;179(4):308–16.
4. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet.* 2016 Oct 8;388(10053):1545–602.
5. BECK F, GUIGNARD R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *SANTE HOMME.* 2012 Sep;(421):43–5.
6. Stojanović-Spehar S, Blazeković-Milaković S, Amerl-Sakić V, Kolić N, Supe S. Depression prevalence and estimation of psychosocial parameters within adult population in city of Zagreb. *Psychiatr Danub.* 2009 Dec;21(4):497–507.
7. Robert M, Léon C. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016 p. 8.
8. Hérique A, Kahn J-P. Réalités et recommandations dans la prescription et l'observance des antidépresseurs en médecine générale : évaluation des pratiques dans le traitement de la dépression en Lorraine et Champagne-Ardenne. *L'Encéphale.* 2009 Feb 1;35(1):73–9.
9. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2000 Nov;177(5):396–401.
10. Dabi F, Bourguine A. Les français et le système de santé. Vague 3. IFOP; 2013 Oct. Report No.: 1–18475.
11. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, Munoz Perez MA, Argyriadou S, Claveria A, et al. Which DSM validated tools for diagnosing depression are usable in primary care research? A systematic literature review. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2017;39:99–105.
12. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, Beck-Robert E, Assenova R, Lazic D, et al. One consensual depression diagnosis tool to serve many countries: a challenge! A RAND/UCLA methodology. *BMC Res Notes.* 2018 Jan 3;11(1):4.
13. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci.* 1974 Jan 1;19(1):1–15.
14. Lipman RS, Covi L, Shapiro AK. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL)--factors derived from the HSCL-90. *J Affect Disord.* 1979 Mar;1(1):9–24.

15. Lesage AD, Cyr M, Toupin J. Reliable use of the Present State Examination by psychiatric nurses for clinical studies of psychotic and nonpsychotic patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1991 Feb;83(2):121–4.
16. Wing JK, Sartorius N, Cooper JE. Measurement and classification of psychiatric symptoms : an instruction manual for the PSE and Catego Program. London : Cambridge University Press; 1974.
17. Mattisson C, Bogren M, Horstmann V. Correspondence between clinical diagnoses of depressive and anxiety disorders and diagnostic screening via the Hopkins Symptom Check List-25 in the Lundby Study. *Nord J Psychiatry.* 2013 Jun 1;67(3):204–13.
18. Brislin RW. Back-Translation for Cross-Cultural Research. *J Cross-Cult Psychol.* 1970 Sep 1;1(3):185–216.
19. 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.
20. 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 Jul;28(3):130–3.
21. Aboraya A, Tien A, Stevenson J, Crosby K. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN): introduction to WV's mental health community. *W V Med J.* 1998 Dec;94(6):326–8.
22. Grazioli R, Terry DJ. The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *Br J Clin Psychol.* 2000 Nov;39 (Pt 4):329–47.
23. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety.* 2014 Jun;31(6):459–71.
24. Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Feb;192(2):522–6.
25. Spearman C. 'General Intelligence,' Objectively Determined and Measured. *Am J Psychol.* 1904;15(2):201–92.
26. Green CD. Introduction to 'Experimental Psychology and the Laboratory in Toronto' by Albert H. Abbott 1900. [Internet]. *Classics in the History of Psychology.* 2002 [cited 2019 May 12]. Available from: <http://psychclassics.yorku.ca/index.htm>.
27. Hotelling H. Analysis of a complex of statistical variables into principal components. *J Educ Psychol.* 1933;24(6):417–41.
28. Gefen D, Straub D. A Practical Guide To Factorial Validity Using PLS-Graph: Tutorial And Annotated Example. *CAIS Commun Assoc Inf Syst.* 2005;16:5.
29. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011 Jun 27;2:53–5.

30. Ponterotto JG, Ruckdeschel DE. An Overview of Coefficient Alpha and a Reliability Matrix for Estimating Adequacy of Internal Consistency Coefficients with Psychological Research Measures. *Percept Mot Skills*. 2007 Dec 1;105(3):997–1014.
31. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol*. 1993;78(1):98–104.
32. Bernardi RA. Validating Research Results when Cronbach'S Alpha is Below .70: A Methodological Procedure. *Educ Psychol Meas*. 1994 Sep 1;54(3):766–75.
33. Gliem JA, Gliem RR. Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. :7.
34. Nabbe P, Reste JYL, Guillou-Landreat M, Gatineau F, Floch BL, Montier T, et al. The French version of the HSCL-25 has now been validated for use in primary care. *PLOS ONE*. 2019 Apr 4;14(4):e0214804.
35. Al-Turkait FA, Ohaeri JU, El-Abbasi A-HM, Naguy A. Relationship between symptoms of anxiety and depression in a sample of Arab college students using the Hopkins Symptom Checklist 25. *Psychopathology*. 2011;44(4):230–41.
36. 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 Dec;161(12):2163–77.
37. 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 Jun 1;45(4):357–65.
38. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961 Nov 2;265:885–92.
39. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med*. 2010 Aug;8(4):348–53.

SUPPORTING INFORMATION

S1 appendix: Hopkins symptom Checklist in 25 items

HSCL-25 is a symptom self-assessment scale, dating back to the 1950s [1][2].

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 [1][2][3]. 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) [1][2].

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) [1].

This tool was originally developed for non-traumatized populations but was later adapted and widely used for evaluation in traumatized populations [4].

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 [1].

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 [2][3][5].

HSCL-25 has been used to identify psychiatric pathologies in primary care, family planning services, refugee populations and migrant populations [6].

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 [4].

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 [7].

Patients select one of four responses for each item on a 4-point Likert scale, ranging from 1 to 4 [3][5]:

- 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 [5].

The patient is considered as a "probable psychiatric case" if the final score of HSCL-25 is greater than or equal to 1.55 [8].

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" [4][7][8]. This threshold level is recommended as a predictive value of mental disorder in the individual assessment by clinical interview [5].

The duration of administration of HSCL-25 is between 5 and 10 minutes [9].

The HSCL-25 original version:

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

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

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 inervju (dd/mm/gggg)

12. SCOR SCANa

Ime: _____ Prezime _____ broj telefona: _____

Datum rođenja: _____

Datum ispunjavanja upitnika: _____

*Molim Vas, pročitajte svako pitanje, procijenite svoje osjećaje i na skali za svako pitanje izaberite jedan odgovor koji najbolje opisuje kako ste se osjećali **tijekom prošlog tjedna**.*

		<i>Nimalo</i>	<i>Malo</i>	<i>Dosta</i>	<i>Jako</i>
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

HSCL-25 original version compared to Croatian version

HSCL-25 ORIGINAL VERSION	CROATIAN HSCL-25
Choose the best answer for how you felt over the past week	Izaberite jedan odgovor koji najbolje opisuje kako ste se osjećali tijekom prošlog tjedna:
Being scared for no reason	Bili ste bezrazložno uplašeni
Feeling fearful	Bojali ste se
Faintness	Bili ste slabi
Nervousness	Bili ste nervozni
Heart racing	Ubrzano vam je lupalo srce
Trembling	Drhtali ste
Feeling tense	Bili ste napeti
Headache	Boljela vas glava
Feeling panic	Bili ste u panici
Feeling restless	Bili ste uznemireni
Feeling low in energy	Niste imali dovoljno energije
Blaming oneself	Okrivljavali ste se
Crying easily	Bili ste plačljivi
Losing sexual interest	Niste bili zainteresirani za spolni odnos
Feeling lonely	Bili ste usamljeni
Feeling hopeless	Osjećali ste sebeznažno
Feeling blue	Bili ste sjetni
Thinking of ending one's life	Razmišljali ste da si oduzmete život
Feeling trapped	Osjećali ste se kao da ste u klopci
Worrying too much	Bili ste previše zabrinuti
Feeling no interest	Bez interesa za bilo što
Feeling that everything is an effort	Sve vam je bilo naporno
Feelings of Worthlessness	Osjećali ste se bezvrijedno
Poor appetite	Imali ste slab apetit
Sleep disturbance	Imali ste problema sa spavanjem

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.

- Doprši 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

- Doprši stavke **2.102-2.117**.
- Dođi do informacija heteroanamnestički /kartona.
- Doprši 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:

III:

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...

III:

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

III:

(Drugi uvod i objašnjenje)

Slazete 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?

1.001 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.012 Epizoda depresivnih simptoma	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.013 Epizoda maničnih simptoma	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.014 Epizoda psihotičnih simptoma	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.017 Dob prvog nastupa maničnih simptoma	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.018 Dob prvog nastupa psihotičnih simptoma	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.019 Kvaliteta remisija između epizoda	<input type="text"/>

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 <i>Epizoda 2</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.022 <i>Epizoda 3</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.023 <i>Epizoda 4</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.024 <i>Epizoda 5</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.025 <i>Epizoda 6</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 (nemetljivost i razina intereferiranja 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
2 Dobro

3 Osrednje
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 štrevalo“, 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 slatkišima, 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 somatoformnih 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 umjerene 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 ocijeniš 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 uživate?*

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 Subjektivan 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 = umjeren. 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??
- Trpíte 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 da ljudi razgovaraju 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)

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

trajanje PS ili PE u danima

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

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

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

trajanje RE ili LB u tjednima

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

str.35, 36-prazna

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

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

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 prisutani, ali s malo ometanja.

2 Umjerena ili povremena ometanja.

3 Teške do onesposobljavajuće 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**

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

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 **Utvdite organski uzrok simptoma iz dijela 3**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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, kardiotorakalnu 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 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	<i>Osjećate li da vam ponekad nedostaje zraka ili kao da se gušite</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.004+	<i>Javlja li vam se katkad lupanje srca, ubrzani rad srca, preskakanje srca</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.005	<i>Osjećate li kao da ćete pasti u nesvijest, ili vam se javi nestabilnost, vrtoglavica?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.006	<i>Imate li ikada osjećaj da vam trnu prsti ili vam je lice utrnulo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Str. 39		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.007	<i>Javi li vam se katkad osjećaj nelagode, težine ili bolova u prsima?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.008+	<i>Jesu li vam suha usta (koja nije povezana sa uzimanjem lijekova ili dehidracijom)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.009	<i>Imate li osjećaj "knedle u grlu", otežanog gutanja?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.010+	<i>Znoje li Vam se dlanovi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.011+	<i>Da li Vam se tresu tj drhte ruke/noge?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.012	<i>Oblijeva li Vas hladan/vrući znoj?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.013	<i>Imate li ikad osjećaj "kao da nisam ovdje", poput glumca. Dogodi li Vam se da izgubite osjećaj za realnost?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.014	<i>Imate li mučninu, bolove, grčeve, nelagodu u trbuhu mučnina?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.015 **Imate li strah od umiranja?**

4.016 **Imate li osjećaj kao da Vas netko davi?**

4.017 **Imate li osjećaj da ćete poludjeti ili da ćete pasti u nesvijest?**

Str. 40

4.018 **Imate li Strah da će se dogoditi nešto loše?, Da li intenzivno reagirate na manje podražaje poput trube auta?**

4.019 **Imate li još koje simptome, npr učestalo mokrenje?**

PRAG => na 5.001 ako su 4.001 i 4.002 ocijenjeni sa 0 i ako nisu prisutni simptomi tjeskobe

Ukoliko postoji evidencija o prošlim simptomima anksioznosti, pitajte:

Smatrate da ste imali nekada problema s tjeskobom ili bezrazložnim strahom, ali već određeni period nemate. Da li je to zbog toga što ste izbjegavali situacije koje bi mogle provocirati tjeskobnost ili bezrazložne strahove?

PRESKOČITI => na 4.027 ako nema prisutnih simptoma tjeskobe zbog izbjegavanja.

4.020 **Učestalost paničnih napadaja sa simptomima od strane autonomnog živčanog sustava**

Jeste li imali napadaj panike ili anksioznosti sa nekim od ovih simptoma koji su u vrlo kratkom vremenskom roku postali nepodnošljivi?

- *Možete li opisati tipičan nedavni napadaj?*
- *Koliko često se napadi pojavljuju, recimo u periodu od 4 tjedna?*
- *Događaju li se napadaji samo u određenim situacijama?*
- *Kojim situacijama?*

Ocjenite jesu li se napadaji dogodili iznenada, u fobičnim situacijama ili su provocirani određenim alarmantnim/uznemirujućim mislima ili unutarnjim senzacijama.

Najčešće se pojavljuju iznenada sa naglom progresijom do maksimuma.

Uzeti u obzir doprinos moguće kardiorakalne bolesti, psihičke bolesti/uzroke.

Zabilježiti broj napadaja u periodu od 4 tjedna do 40.

Ukoliko postoji sumnja u pojavu napadaja panike, označite sa 88.

00 Bez napadaja

40 40 ili više

55 Psihoteični simptomi otežavaju evaluaciju

88 NK.

Str. 41

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*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 Samoozlijedili 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 sumanut, 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. Zanimarite 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?

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.

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

Ako je više od 2 godine, razmotrite distimiju.

Str. 49

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, somatofornni ili opsesivni simptomi:**

6.022 Primarno depresija ili anksioznost

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 somatofornnih prema depresivnim simptomima

Ispitanici sa somatofornnim 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 somatofornni 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.
- 8 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 polarnosti, 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 trenutačno 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 Hiprsomnija (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 ineresa 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 značajnom 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 atribucijskoj 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 ocijenjen.

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

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

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: Table of prevalences of depression in different Croatian city for calculating the mean and weighted prevalence

NO	GP	gender	1.Rural- 2.Sem.urb. 3.Urban	MKB 10: F32,F33	N patient on GP list 0-99y	N patient >18 y	Prevalence F32, F33 For >18y
1.	L.Jakelic (Slav)	F	R	112	2056	1875	5,6%
2.	D.Lazic (ZG)	F	U	96	1582	1350	7,1%
3.	J.Buljan (Slav)	M	R	49	2001	1656	3,0%
4.	D. Ferlin (Istria)	M	U	20	1668	1564	1,3%
5.	Istria 1	F	U	44	1415	1250	3,5%
6.	Istria 2	F	U	4	1894	1828	0,2%
7.	Istria 3	F	U	11	2130		
8.	Istria 4	M	U	18	1621		
9.	V.Bralic (ZG)	F	U	47	1936	1770	2,7%
10.	S.Stojanovic (ZG)	F	U	24	2320	1966	1,2%
11.	A. Prolic (Sinj)	M	R	104	2119	1894	5,5%
12.	J. Evic (ZG)	F	U	75	2573	2290	3,3%
13.	D. Racki (Istria)	F	U	97	1300	1025	9,5%
14.	J. Stanic (ZG)	F	U	95	1787	1602	5,9%
15.	J.Nedic(Slav)	F	SU	425	1703	1534	2,8%
16.	Peček (Slav)	F	SU	110	1947		
17.	Tomljanovic (Slav)	F	SU	364	2077	1892	19,2%
18.	Milicic (Slav)	F	SU	143	1891	1763	8,1%

HIPPOCRATIC OATH / 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.

MACEDO (Mélodie) – THE CROATIAN VERSION OF THE HSCL-25 SCALE: A ONE-DIMENSIONAL TOOL TO DIAGNOSE ANXIETY AND DEPRESSION IN PRIMARY CARE.
Th.: Méd. : Brest 2019

ABSTRACT

Background: The Hopkins Symptom Checklist in 25 items (HSCL-25) helps to assess anxiety and depression in Primary Care. Anxiety and depression show considerable overlap in primary care. This self-administrated questionnaire is valid, reliable and ergonomic in the original US version. It was translated it into Croatian. This study aimed to determine its internal validity and dimensions 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 adult Croatian general practice population was carried out.

Two groups were formed: C-HSCL-25 ≥ 1.75 and C-HSCL-25 < 1.75 . A validated cut-off score of > 1.75 was considered to indicate a clinically relevant level of symptoms of depression and anxiety. In order to obtain two balanced groups, a different method of randomisation was chosen for each group. The C-SCAN was randomly administered to 1 in 2 patients in the C-HSCL-25 ≥ 1.75 group, and to 1 in 16 in the C-HSCL-25 < 1.75 group. The dimensionality using the Principal Component Analysis (PCA) and the internal validity using Cronbach's alpha were calculated.

Results: The overall prevalence of depression was 24.75%. 804 outpatients completed the C-HSCL-25. The Principal Component Analysis showed that C-HSCL-25 is a one-dimensional tool with a Cronbach Alpha of 0.936.

Conclusion: The C-HSCL-25 scale has a high eigenvalue. It's a one-dimensional tool which combined items according anxiety and depression.

RESUMÉ

Contexte : La HSCL-25 permet d'évaluer l'anxiété et la dépression en soins primaires. Anxiété et dépression sont associées en soins primaires. Ce questionnaire auto-administré est valide, fiable et ergonomique dans sa version originale anglosaxonne. Elle a été traduite en Croate. Le but de cette étude était de déterminer sa validité interne et sa dimensionnalité en le comparant à la version Croate du SCAN, un outil d'évaluation clinique en neuropsychiatrie.

Méthode : Une étude quantitative, comparative de non infériorité, multicentrique de la C-HSCL-25 dans une population adulte de médecine générale croate a été réalisée. Deux groupes ont été formés: C-HSCL-25 $\geq 1,75$ et C-HSCL-25 $< 1,75$. Un score limite validé supérieur à 1,75 a été considéré comme indiquant un niveau de symptômes de dépression et d'anxiété nécessitant un traitement pour le patient. Afin d'obtenir deux groupes équilibrés, une méthode différente de randomisation a été choisie pour chaque groupe. Le C-SCAN a été administré au hasard 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 $< 1,75$. La performance diagnostique a été évaluée et les résultats des tests obtenus dans les deux groupes ont été comparés à leurs résultats C-SCAN.

Résultats : 804 patients ont complété le C-HSCL-25. La prévalence globale de la dépression était de 24,75%. L'analyse en composantes principales a montré que la C-HSCL-25 est un outil unidimensionnel doté d'un alpha de Cronbach de 0,936.

Conclusion : L'échelle C-HSCL-25 a une valeur propre élevée. C'est un outil unidimensionnel qui combine l'anxiété et de la dépression.

MOTS CLES :

DEPRESSION

ANXIETY

HOPKINS SYMPTOMS CHEKLIST IN 25 ITEMS (HSCL-25)

PRIMARY CARE

DIAGNOSIS

JURY :

Président : M. LE RESTE

Membres : M. NABBE

M. LE FLOCH

Mme GUILLOU-LANDREAT

DATE DE SOUTENANCE :

27 juin 2019