Pregled instrumenata procjene anksioznosti i anksioznih poremećaja

Ivančić, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:181703

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Valentina Ivančić

Pregled instrumenata procjene anksioznosti i anksioznih poremećaja

ZAVRŠNI RAD

Mentor: izv. prof. dr. sc. Silvija Ručević

Osijek, 2017.

Sveučilište Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Valentina Ivančić

Pregled instrumenata procjene anksioznosti i anksioznih poremećaja

ZAVRŠNI RAD

Društvene znanosti, psihologija, opća psihologija

Mentor: izv. prof. dr. sc. Silvija Ručević

Osijek, 2017.

SADRŽAJ

Sažetak 5

1. Uvod 1

2. Anksioznost i anksiozni poremećaji 2

2.1. Normalna anksioznost 2

2.2. Anksiozni poremećaji 2

2.2.1. Separacijski anksiozni poremećaj 3

2.2.2. Selektivni mutizam 4

2.2.3. Specifične fobije 4

2.2.4. Socijalna fobija (Socijalni anksiozni poremećaj) 4

2.2.5. Panični poremećaj 4

2.2.6. Agorafobija 5

2.2.7. Generalizirani anksiozni poremećaj 5

3. Instrumenti za mjerenje anksioznosti i anksioznih poremećaja 5

3.1. DIJAGNOSTIČKI INSTRUMENTI 7

3.1.1. Kompozitni međunarodni dijagnostički intervju (Composite International Diagnostic Interview; CIDI, WHO, 1993) 7

3.1.2. Kratki međunarodni neuropsihijatrijski intervju (Mini International Neuropsychiatric Interview; MINI, Sheehan i sur., 1998) 7

3.1.3. Protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; SCAN-2.1., WHO, 1999) 8

3.1.4. Strukturirani klinički intervju za Osi DSM (Structured Clinical Interview for Axis DSM Disorders; SCID, First i sur., 2002) 8

3.2. SPECIFIČNI INSTRUMENTI ZA PROCJENU ANKSIOZNIH POREMEĆAJA 9

3.2.1. Beckov inventar anksioznosti (Beck Anxiety Inventory; BAI, Beck i sur., 1988) 9

3.2.2. Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost (Hamilton Rating Scale for Anxiety; HAM-A, Hamilton, 1959) 10

3.2.3. Bolnička ljestvica za anksioznost i depresiju (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS, Zigmond i Snaith, 1983) 10

3.2.4. Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti (State trait Anxiety Inventory; STAI, Spielberger i sur, 1983) 11

3.2.5. Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62, Vulić-Prtorić, 2004) 12

3.2.6. Liebowitzeva ljestvica za socijalnu anksioznost (Liebowitz Social Anxiety Scale; LSAS, Liebowitz, 1987) 12

3.2.7. Inventar socijalne fobije i anksioznosti (Social Phobia and Anxiety Inventory; SPAI, Beidel, Turner, Stanley, Dancu, 1989) 13

3.2.8. Endlerove multidimenzionalne skale anksioznosti (Endler, Parker, Bagby, & Cox, 1991) 13

4. Zaključak 14
LITERATURA 16

Sažetak

Anksioznost je anticipacija buduće opasnosti koja je povezana s autonomnom podraženosti, mislima o neposrednoj opasnosti i mogućnosti bijega. Anksiozni poremećaji obuhvaćaju poremećaje kojima su zajedničke karakteristike tjeskoba, pretjerani strah i uz njih povezani poremećaji ponašanja. Razvijeni su brojni instrumenti koji služe za što objektivniju procjenu trenutnog kliničkog stanja, razlikovanja simptoma, procjene intenziteta i praćenja tijekom liječenja. U nastavku rada, s naglaskom na njihove parametrijske karakteristike, opisane su sljedeće ljestvice: Kompozitni međunarodni dijagnostički intervju (CIDI), Kratki međunarodni neuropsihijatarski intervju (MINI), Protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji (SCAN), Strukturirani klinički intervju za Osi DSM (SCID), Beckov inventar anksioznosti, Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost (HAM-A), Bolnička ljestvica za anksioznost i depresiju (HADS), Inventar za stanje i karakteristike anksioznosti (STAI), Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62), Liebowitzeva ljestvica za socijalnu anksioznost (LSAS), Inventar socijalne fobije i anksioznosti (SPAI), Endlerove multidimenzionalne skale anksioznosti (EMAS).

Ključne riječi: anksiozni poremećaji, upitnici, skale, valjanost, pouzdanost

1. Uvod

U ovom radu su opisani instrumenti za mjerenje anksioznosti i anksioznih poremećaja i njihove parametrijske karakteristike s naglaskom na pouzdanost i valjanost. U prvom dijelu rada navedeno je što je to anksioznost, anksiozni poremećaji, navedena je klasifikacija anksioznih poremećaja. Zatim su sažeto opisane karakteristike pojedinih anksioznih poremećaja. U sljedećem dijelu navedena važnost korištenja instrumenata pri procjeni anksioznih poremećaja te je navedena i podjela mjernih instrumenata koji služe mjerenju anksioznosti i anksioznih poremećaja. Kliničke mjerne instrumente koji se upotrebljavaju za dijagnozu anksioznosti najčešće upotrebljavaju kliničari ili je za njihovo provođenje potrebna dodatna edukacija. Navedeni instrumenti za mjerenje anksioznosti imaju svoje prednosti i nedostatke te je sukladno njima potrebno odabrati onaj koji će u najboljoj mjeri zadovoljiti ciljeve ispitivanja.

Normalna (fiziološka) anksioznost je ona koja se javlja u svakodnevnim situacijama, npr. pri donošenju odluka, na putovanjima, radnom mjestu, ispitnim situacijama, kontaktu s drugim ljudima i sl. Normalna anksioznost ima adaptivnu funkciju jer nas čini opreznijima, tjera nas na promišljanje, planiranje, omogućuje izbjegavanje ili suprotstavljanje opasnosti. Anksioznost svojim intenzitetom i kvalitetom može prijeći u poremećaj. Zajedničke karakteristike anksioznih poremećaja uključuju: tjeskobu, pretjerani strah i uz njih povezane poremećaje ponašanja. Anksiozni poremećaji međusobno se razlikuju prema vrsti objekta ili situacija koje izazivaju anksioznost, strah, izbjegavajuće ponašanje i popratna kognitivna zamišljanja.

Razvijeni su dijagnostički sustavi Međunarodna klasifikacija bolesti i poremećaja, 10. revizija (MKB-10, 2012) i američki Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-5, 2014) koji pružaju klasifikaciju poremećaja i pružaju kriterije potrebne za određivanje simptoma pojedinih poremećaja, između ostalih i anksioznih poremećaja. Prema DSM-5 u anksiozne poremećaje ubrajaju se: separacijski anksiozni poremećaj, selektivni mutizam, specifične fobije, socijalna fobija, panični poremećaj, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj. Prilikom procjene anksioznosti i anksioznih poremećaja, uz DSM-5 i MKB-10, kliničari koriste kliničke ili istraživačke ljestvice. U ovom radu navedene su i opisane neke od njih: Kompozitni međunarodni dijagnostički intervju (WHO, 1993), Kratki međunarodni neuropsihijatarski intervju (Sheehan i sur., 1998), Protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji (WHO, 1999), Strukturirani klinički intervju za Osi DSM (First, Spitzer, Gibbon, Williams, 2002), Beckov inventar anksioznosti (Beck, Epstein, Brown i Steer, 1988), Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost (Hamilton, 1959), Bolnička ljestvica za

anksioznost i depresiju (Zigmond i Snaith, 1983), Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti (Spielberger i sur., 1983), Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (Vulić-Prtorić, 2004), Liebowitzeva ljestvica za socijalnu anksioznost (Liebowitz, 1987), Inventar socijalne fobije i anksioznosti (Turner, Beidel, Dancu, Stanley, 1989), Endlerove multidimenzionalne skale anksioznosti (Endler, Parker, Bagby, & Cox, 1991).

2. Anksioznost i anksiozni poremećaji

2.1. Normalna anksioznost

Anksioznost je osjećaj koji se odnosi na budućnost, tj. anksiozna osoba očekuje da će se nešto dogoditi. Povezana je s mišićnom napetosti i spremnosti na pripremu za buduću opasnost i izbjegavajućim ponašanjem. Za razliku od anksioznosti, strah se odnosi na emocionalni odgovor na stvarnu ili percipiranu predstojeću opasnost i češće je povezan s izrazitom autonomnom podraženosti, neophodnom za borbu ili bijeg, mislima o neposrednoj opasnosti i mogućnostima bijega (DSM-5, 2014).

Normalna (fiziološka) anksioznost se javlja u svakodnevnim situacijama, npr. pri donošenju odluka, na putovanjima, radnom mjestu, ispitnim situacijama, kontaktu s drugim ljudima i sl. Normalna anksioznost je strah da će se dogoditi nešto loše i neugodno u našim životima, a ona ima adaptivnu funkciju jer nas čini opreznijima, tjera nas na promišljanje, planiranje, omogućuje izbjegavanje ili suprotstavljanje opasnosti (reakcija „borba ili bijeg“). Kod normalne anksioznosti osobu je dovoljno umiriti ili će se ona sama umiriti. Takva se anksioznost odmah povlači nakon prestanka uznemirujuće situacije ili realne opasnosti. Kod patološke treba provesti potpunu psihijatrijsku/psihologijsku evaluaciju i provesti odgovarajući tretman (Begić, 2014). Kako bi se odredilo radi li se o anksioznom poremećaju potrebno je odrediti u kojoj mjeri simptomi karakteristični za anksiozne poremećaje dominiraju i uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja. Prilikom procjene anksioznosti i anksioznih poremećaja koriste se klinički intervju, pregled, podatci dobiveni heteroanamnezom i anamnezom, podatci o funkcioniranju osobe.

2.2. Anksiozni poremećaji

Anksiozni poremećaji uključuju poremećaje kojima su zajedničke karakteristike: tjeskoba, pretjerani strah i uz njih povezani poremećaji ponašanja. Panični napadi su najistaknutiji tip odgovora na strah, no oni nisu povezani samo s anksioznim poremećajima već se mogu javiti i kod drugih psihičkih poremećaja. Anksiozni poremećaji međusobno se razlikuju prema vrsti objekta ili situacija koje izazivaju anksioznost, strah, izbjegavajuće ponašanje i popratna kognitivna zamišljanja. Razlikuju se od uobičajenih razvojnih strahova i

anksioznosti time što su perzistentni, traju šest mjeseci ili duže (iako je kriterij fleksibilan jer je nekada kraćeg trajanja kod djece, npr. kod separacijskog anksioznog poremećaja i selektivnog mutizma), odnosno izraženiji su i/ili traju dulje od odgovarajućeg razvojnog razdoblja.

U anksiozne poremećaje prema DSM-5 klasifikaciji ubrajaju se: separacijski anksiozni poremećaj, selektivni mutizam, specifične fobije, socijalna fobija, panični poremećaj, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj. Većina anksioznih poremećaja javlja se u komorbiditetu s drugim anksioznim i psihičkim poremećajima od kojih je jedna od najčešćih depresija. Prije postavljanja dijagnoze bilo kojeg anksioznog poremećaja važno je provjeriti mogu li se simptomi pripisati fiziološkom učinku neke psihoaktivne tvar/lijeka, drugim zdravstvenim stanjima ili se stanje može objasniti postojanjem nekog drugog psihičkog poremećaja. Anksiozni poremećaji koje može prouzročiti uzimanje psihoaktivne tvari/lijeka kao i neko drugo zdravstveno stanje navedeni su kao posebna kategorija u DSM-u, a uz njih su navedeni i kriteriji za određivanje takvih poremećaja. Još jedna takva kategorija anksioznih poremećaja su i drugi specificirani anksiozni poremećaji u kojima dominiraju simptomi koji su karakteristični za anksiozni poremećaj, ali ne zadovoljavaju u potpunosti kriterije za bilo koji od poremećaja u dijagnostičkoj skupini anksioznih poremećaja. Kliničar prilikom procjene može u posebnim situacijama odabrati da nespecificira razlog zbog kojeg nisu zadovoljeni kriteriji za neki specifični anksiozni poremećaj, a uključuje i situacije u kojima ne postoji dovoljno informacija za postavljanje specifičnije dijagnoze te se takvi poremećaji obuhvaćeni kategorijom nespecificirani anksiozni poremećaji. Kako bi se odredila težina anksioznog poremećaja potrebno je odrediti u kojoj mjeri simptomi karakteristični za anksiozne poremećaje dominiraju i uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja.

2.2.1. Separacijski anksiozni poremećaj

Osoba koja ima separacijski anksiozni poremećaj je ustrašena ili anksiozna zbog separacije od osoba kojima je privržena do stupnja koji nije razvojno primjeren. Kod takvih osoba u situacijama u kojima postoji opasnost da se nešto dogodi osobama kojima je privržena ili zbog mogućnosti gubitka ili separacije od istih javlja se anksioznost ili perzistirajući strah. U takvim situacijama kod osoba javljaju se oklijevanje da se udalje od tih osoba, noćne more i tjelesni simptomi uznemirenosti. Ovi simptomi se često razvijaju u djetinjstvu, ali moguće je da se manifestiraju i tijekom odrasle dobi. Kada su odvojeni od važne osobe kojoj su privrženi mogu biti socijalno povučeni, apatični, tužni ili se otežano koncentriraju na igru ili posao.

2.2.2. Selektivni mutizam

Ovaj poremećaj karakterizira trajno zastajanje govora u socijalnim situacijama u kojima se od osobe očekuje da govori, čak iako osoba može normalno govoriti u drugim situacijama. Djeca sa selektivnim mutizmom ne započinju govoriti ili ne odgovaraju kad im se drugi obrate, govore jedino u prisutnosti najbližih članova obitelji. Ovaj poremećaj je često obilježen visokom socijalnom anksioznosti.

2.2.3. Specifične fobije

Osobe s ovim poremećajem ustrašene su ili izbjegavaju situacije ili objekte povezane s njihovom fobijom. Postoje različiti tipovi specifičnih fobija: od životinja, prirodnog okoliša, krvi-injekcije-ozlijede, i drugi. Uobičajeno je da osobe imaju višestruke specifične fobije, pa se tako prosječna osoba sa specifičnom fobijom boji tri objekta ili situacije, dok se u prosjeku 75% osoba boji više od jednog objekta ili situacije. Osobe aktivno izbjegavaju ono čega se boje, a to znači da se ponašaju na načine koji su osmišljeni da spriječe ili minimaliziraju kontakt s objektima i situacijama koje kod njih izazivaju strah ili anksioznost.

2.2.4. Socijalna fobija (Socijalni anksiozni poremećaj)

Kod ove vrste fobije osoba je ustrašena ili anksiozna zbog situacija u kojima dolazi u kontakt s drugim ljudima ili izbjegava socijalnu interakciju i situacije koje uključuju mogućnost da bude izložena evaluaciji drugih. Kognitivno zamišljanje u tim situacijama je da će osobu drugi negativno evaluirati, da je zbunjena, posramljena, odbačena ili da će naljutiti druge. Stupanj i tip straha može varirati s obzirom na situaciju. Osobe sa socijalnom fobijom mogu biti neprimjereno asertivne ili pretjerano submisivne, ili u nekim slučajevima mogu naglašeno kontrolirati razgovor.

2.2.5. Panični poremećaj

Osoba s paničnim poremećajem doživljava ponovljene neočekivane panične napade i trajno je opterećena ili zabrinuta u vezi s tim da će imati panični napad ili zbog paničnih napada na neadaptivne načine mijenja svoje ponašanje. Prilikom paničnog napada pojavljuje se iznenadni strah ili nelagoda koja dostiže vrhunac unutar nekoliko minuta, a udruženi su s tjelesnim i/ili kognitivnim simptomima. Mogu biti očekivani (odgovor na objekt ili situaciju koji tipično izazivaju strah) ili neočekivani (bez jasnog razloga). Učestalost paničnog napada može varirati, a s obzirom na to mogu biti umjereno učestali (npr. jedan napad tjedno tijekom više mjeseci), ili se pojavljuju često (npr. svakodnevno) s tjednim ili mjesečnim razmacima bez ijednog napada, ili rijetko (npr. dva napada mjesečno) tijekom više godina.

2.2.6. Agorafobija

Osobe s agorafobijom osjećaju strah i anksioznost u dvije ili više navedenih situacija: korištenje javnog prijevoza, boravak na otvorenom prostoru, boravak u zatvorenom prostoru, stajanje u redu ili gužvi, kad su sami izvan kuće ili druge situacije. Takve situacije nastoje izbjegavati ili zahtijevaju prisutnost druge osobe. Osobe s agorafobijom se boje da će bijeg iz situacije biti težak ili da pomoć neće biti dostupna u situaciji kad se razviju simptomi slični panici ili drugi simptomi koji vode do onesposobljavanja ili nelagode. Osobe s teškim oblikom agorafobije mogu postati sasvim vezane uz kuću i nesposobne napustiti kuću, što ih dovodi u situaciju da ovise o pomoći i uslugama drugih čak i za osnovne potrebe.

2.2.7. Generalizirani anksiozni poremećaj

Ovaj poremećaj se odnosi na trajnu i pretjeranu anksioznost i zabrinutost vezanu uz različita područja, uključujući profesionalni i školski uspjeh, što je osobi teško kontrolirati. Javljaju se i tjelesni simptomi kao što su nemir, napetost ili uznemirenost, brzo umaranje, teškoće koncentracije, razdražljivost, mišićna tenzija i smetnje spavanja (DSM-5, 2014).

3. Instrumenti za mjerenje anksioznosti i anksioznih poremećaja

Standardizirani oblici testova pomažu uklanjanju pristranosti koja bi mogla utjecati na ispitivanje koje provodi ispitivač. Odgovori na testovima mogu se pretvoriti u bodove, što omogućuje kvantitativno prikazivanje rezultata i na taj način je olakšana komunikacija stručnjaka s klijentom. Testovni podatci omogućavaju usporedbu ispitanikova ponašanja s ponašanjem tisuća drugih ljudi koji su odgovarali na isti test. Testove treba evaluirati s obzirom na njihovu pouzdanost i valjanost (Nietzel, Bernstein i Milich, 2001).

Instrumenti koji služe za procjenu anksioznosti razvili su se radi objektivnije procjene trenutnog kliničkog stanja, razlikovanja simptoma, procjene njihovog intenziteta i praćenja tijekom liječenja. Za što bolju kliničku primjenu instrumenata za procjenu anksioznosti i anksioznih poremećaja potrebna je dostupnost svih potrebnih informacija, poznavanje ljestvice, dobar intervju, obuhvaćanje svih pitanja bez izostavljanja i točna procjena simptoma. Kako bi se razlikovala normalna anksioznost od anksioznog stanja i poremećaja koriste se dijagnostički kriteriji prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i poremećaja, 10. revizija i američkom Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, peto izdanje (DSM-5). Prilikom procjene anksioznosti i anksioznih poremećaja u svakodnevnoj kliničkoj i psihijatrijskoj praksi koriste se klinički intervju, pregled, podatci dobiveni heteroanamnezom i anamnezom, podatci o funkcioniranju osobe, a važno je i pratiti tijek poremećaja i za vrijeme liječenja. U procjenu anksioznosti kod osobe koja ima simptome anksioznosti treba uključiti reviziju simptoma, prepisane lijekove, uzimanje alkohola, droga i kave, fizikalni pregled s

naglaskom na područja simptoma i funkcionalna ispitivanja (poželjno bi bilo provesti osnovni fizikalni pregled i laboratorijske pretrage). Klinički instrumenti mogu biti konstruirani u obliku ljestvice ili upitnika. Intenzitet simptoma se može mjeriti pomoću ljestvica, dok se prisutnost simptoma otkriva pomoću upitnika koji su često samoprocjene. Važno je odabrati instrument mjerenja koji će zadovoljiti ciljeve ispitivanja, također treba procijeniti pouzdanost i osjetljivost ljestvice, njene psihometrijske karakteristike, jednostavnost i vrijeme potrebno za primjenu i obradu rezultata. Iako se ljestvice mogu konstruirati za neka specifična mjerenja, često se koriste već poznate ljestvice, npr. Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost (HAMA) koja se koristi više od desetljeća. Ponekad je potrebno preuzeti ljestvicu ili upitnik iz drugog govornog i kulturološkog područja, pa ih je potrebno prevesti na hrvatski i napraviti određene izmjene kako bi se instrument prilagodio kulturi tog govornog područja. Kada se instrument preuzima i prevodi s drugog govornog područja potrebno ga je validirati. Osim takve vrste validacije, instrumenti za mjerenje psihičkih poremećaja trebaju se validirati za određene dobne skupine, npr. dječju i stariju odraslu dob. Za korištenje nekih ljestvica potrebno je tražiti dopuštenje autora ili kupiti instrument, što također treba uzeti u obzir prilikom odabira instrumenta. Za svaki instrument mjerenja postoji priručnik ili smjernice koje objašnjavaju njegovu primjenu, sustav procjenjivanja, granične vrijednosti i ostale specifične informacije (definicije pojedinih čestica i ključne točke). Većina ljestvica procjenjuje stanje ili ponašanje ispitanika tijekom definiranog vremena. Tijekom kliničkog intervjua, koji može biti strukturirani, polustrukturirani i nestrukturirani (ovisi o uvjetima ljestvice i/ili sklonostima kliničara), dobivaju se podatci potrebni za ispunjavanje ljestvice. Tijekom procjenjivanja je važno procijeniti točno ono što je rečeno ili opaženo, ne uzimajući u obzir psihološka, psihodinamska ili bilo koja druga objašnjenja. Savjetuje se skupljanje dostatnih i adekvatnih informacija kako bi procjena bila što kvalitetnija. Bitna je i pripremljenost i educiranost ispitivača, prostor u kojem se ispitivanje provodi, priprema ispitanika kako bi se eliminirale poteškoće u komunikaciji. Ispitanik se treba osjećati sigurno kako bi mogao odgovoriti na pitanja adekvatno, što je zadatak kliničara da takvu atmosferu i osigura. Pacijent treba dati pristanak na ispitivanje te je iz tog razloga važno da je upoznat s razlogom ispitivanja i procedurom. Upotreba što objektivnijih ljestvica daje i pouzdaniju informaciju o napretku terapije nego subjektivna procjena. Ocjenske ljestvice mogu biti dijagnostičke i simptomske, koje ispunjava ispitivač/istraživač, i samoocjenske koje popunjava sam ispitanik (Bajs, Janović, Ivezić i Bajs, 2007).

3.1. DIJAGNOSTIČKI INSTRUMENTI

Dijagnostičke ljestvice su instrumenti koji služe za identificiranje psihičkog poremećaja kod ispitanika. Njihova primjena obično zahtijeva od 45 do 90 minuta, predviđeni su za jednokratnu procjenu, a mogu se primijeniti samostalno ili u kombinaciji s nekim drugim kliničkim instrumentom. Vrlo se često koriste u istraživanjima pri odabiru homogene skupine ispitanika, dok se rijetko koriste u kliničkom radu zbog vremena primjene (Bajs i sur., 2007).

3.1.1. Kompozitni međunarodni dijagnostički intervju (Composite International Diagnostic Interview; CIDI, WHO, 1993)

Kompozitni međunarodni dijagnostički intervju se koristi za dijagnosticiranje psihičkih bolesti. Ljestvica se koristi uz MKB-10 i DSM-IV. Ljestvicu mogu primijeniti i ne-kliničari, ali je potrebna edukacija. Za provedbu je potrebno od 60 do 90 minuta. Originalna verzija je primjenjiva u različitim kulturama i prevedena je na 16 jezika (Arbrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003). Upotrebljava se u kliničke i u istraživačke svrhe. Što se tiče parametrijskih karakteristika Wittchen (1993) je utvrdio kako je test-retest pouzdanost izrazito dobra gotovo za sve dijagnoze (*kappa* vrijednost iznad 0.60). Andrews i Peters (1998) su utvrdili kako je pouzdanost između procjenjivača izrazito dobra (*kappa* vrijednost iznad 0.90). Također, Janca i sur. (1992; prema Andrews i Peters, 1998) navode kako je povezanost dijagnoza generiranih iz CIDI i dijagnoza stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja zadovoljavajuća (*kappa*= 0.77). S obzirom na navedena istraživanja može se zaključiti kako ovaj mjerni instrument ima zadovoljavajuću pouzdanost bilo da se radi o pouzdanosti između procjenjivača ili test-retest pouzdanosti.

3.1.2. Kratki međunarodni neuropsihijatrijski intervju (Mini International Neuropsychiatric Interview; MINI, Sheehan i sur., 1998)

MINI je kratka strukturirana dijagnostička ljestvica za dijagnosticiranje psihičkih poremećaja u skladu s DSM-IV i MKB-10. Instrument je podijeljen na module u skladu s dijagnostičkim kategorijama koje se promatraju (Bajs i sur., 2007). Kako bi ljestvica bila što sažetija, usmjerena je na dijagnosticiranje trenutnih poremećaja, dok je manji naglasak na poremećaje koji su se pojavljivali tijekom života (osim onih koji su relevantni za sadašnjost). Za većinu dijagnostičkih sekcija ljestvice, u slučaju negativnog odgovora koriste se jedno ili dva dodatna pitanja kako bi se isključila dijagnoza, dok se u slučaju pozitivnog odgovora propituju ostali kriteriji potrebni za postavljanje dijagnoze. Zbog takvog načina ispitivanja skraćuje se vrijeme ispitivanja što je jedna od prednosti ove dijagnostičke ljestvice. Također, još jedna prednost je i to što su moduli poredani logičkim slijedom, npr. generalni anksiozni poremećaj se nalazi na kraju anksioznih poremećaja i ne propituje se ako je neki drugi anksiozni

poremećaj prisutan kod osobe. Iako je sažetost jedna od prednosti ljestvice ona utječe i na jedan od nedostataka a to je da za većinu poremećaja nema zabilježenih dijagnoza ranije iz života osobe. Također, pomoću ove ljestvice nije moguće odrediti podtipove psihičkih poremećaja (Lecrubier i sur., 1997). Lecrubier i sur. (1997) su metodom test-retest provjeravali pouzdanost ove ljestvice. Utvrdili su kako je kappa koeficijent visok, a kreće između 0.76 i 0.93. Također, visoka pouzdanost je utvrđena i između procjenjivača koja se kretala od 0.88 do 1.0 (kappa koeficijent). Što se tiče usporedbe instrumenata MINI i CIDI, utvrđeno je kako postoji veliko podudaranje; tako za panični poremećaj kappa iznosi 0.68, agorafobiju 0.58, socijalnu fobiju 0.54, dok su kappa koeficijenti za generalizirani anksiozni poremećaj i specifičnu fobiju bili nešto niži (kappa= 0.40) (Lecrubier i sur., 1997). Ljestvicu mogu primijeniti ispitivači nakon edukacije, a za provođenje je potrebno 15 do 20 minuta (Bajs i sur., 2007).

3.1.3. Protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; SCAN-2.1., WHO, 1999)

Protokole za kliničku procjenu u neuropsihijatriji razvila je Svjetska zdravstvena organizacija (Bajs i sur., 2007). SCAN ljestvica nastala je kao deveta varijacija poznate ljestvice „Present state examination“ dok je SCAN-2. njena deseta verzija. SCAN-2.1. je izmijenjena verzija SCAN-2. SCAN-2.1. je ljestvica koja služi za dijagnosticiranje psihičkih poremećaja kod odraslih osoba i osim što daje uvid u trenutačno stanje, moguće je pratiti cjelokupni tijek psihičkog poremećaja. Ljestvica uzima u obzir i informacije iz drugih izvora kako što su medicinska dokumentacija i heteroanamneza. Prikupljeni podatci se analiziraju računalnim programom za SCAN (koji daje dijagnoze temeljene na MKB-10 ili DSM-IV kriterijima (Rijnders i sur., 2000). Primjenjuju ga educirani psihijatri ili psiholozi, dok je za provedbu potrebno 90 do 120 min) (Bajs i sur., 2007). Rijnders i sur. (2000) utvrdili su kako je test-retest pouzdanost zadovoljavajuća, koeficijent kappa iznosi 0.62, a za dijagnostičke kategorije i dijagnostičke grupe je umjerena do dobra (kappa koeficijent se kreće u rasponu od 0.24 do 0.64). Što se tiče pojedinih kategorija koje se odnose na anksiozne poremećaje koeficijent kappa iznosi 0.49. Poklapanje između ispitivača, kad se radilo o dijagnostičkoj skupini, iznosilo je 87%, a za dijagnostičke čestice 94%.

3.1.4. Strukturirani klinički intervju za Osi DSM (Structured Clinical Interview for Axis DSM Disorders; SCID, First i sur., 2002)

Strukturirani klinički intervju za Osi DMS je dijagnostički instrument koji se podjednako koristi u istraživanjima i kliničkoj praksi i jedan je od najraširenijih i najkorištenijih dijagnostičkih instrumenata. Ljestvica se sastoji od višemodularnog strukturiranog intervjua, a

koristi se za dobivanje informacija za dijagnosticiranje psihičkih poremećaja odraslih osoba prema DSM kriteriju. Uključuje devet modula: epizode raspoloženja, psihotični simptomi, diferencijalni psihotični poremećaji, diferencijalni poremećaji raspoloženja, zlouporaba supstanci, anksioznost, somatoformni poremećaji, poremećaji hranjenja i poremećaji prilagodbe. Nakon što kliničar napravi procjenu glavnih problema, ciljano koristi jedan od različitih modula. Intervju provodi trenirani ispitivač, a za provedbu je potrebno 60 do 90 min (Bajs i sur., 2007). Postoje dvije verzije ovog instrumenta: istraživačka (SCID-I) i klinička (SCID-CV) (Arbrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003). Pouzdanost između ispitivača provjeravale su razne studije, pa tako su pouzdanost SCID-I provjeravali Martin, Pllock, Bukstein i Lynch, 1999; Zanarini i Frankenburg, 2011; Zanarini i sur. 2000 (prema Lobbestael, Leurgans i Arntz, 2011), a SCIDI-II Maffei i sur., 1997; Weertman, Arntz, Dreessen, van Velzen i Vertommen, 2003 (prema Lobbestael, Leurgans i Arntz, 2011). Kod oba instrumenta u studijama je utvrđena umjerena do odlična pouzdanost. Lobbestael i sur. (2011) utvrdili su kako se kappa koeficijent za SCID-II za Os I kreće između 0.61 i 0.83., sa srednjom kappom od 0.71. Zadovoljavajuće poklapanje ispitivača pronađeno je kod polovine poremećaja, od anksioznih poremećaja to su panični poremećaj, agorafobija i generalizirani anksiozni poremećaj, a visoko poklapanje utvrđeno je za socijalnu fobiju, specifične fobije (Lobbestael i sur., 2011).

3.2. SPECIFIČNI INSTRUMENTI ZA PROCJENU ANKSIOZNIH POREMEĆAJA

Specifični instrumenti za procjenu anksioznih poremećaja mogu se koristiti u svakodnevnom kliničkom i istraživačkom radu, a služe za procjenu pojavnosti i intenziteta simptoma, praćenje tijeka poremećaja i ishoda terapije u određenom anksioznom poremećaju. Hrvatski znanstvenici na području psihijatrije također koriste pojedine ljestvice u svojim znanstvenim istraživanjima.

3.2.1. Beckov inventar anksioznosti (Beck Anxiety Inventory; BAI, Beck i sur., 1988)

Beckov inventar anksioznosti služi za mjerenje generalizirane anksioznosti i razlikovanje simptoma anksioznosti od depresije. Sastoji se od 21 čestice na koje ispitanik odgovara na ljestvici od 0 do 3, pri čemu 0 označava se kod ispitanika ne pojavljuje određeni simptom, a 3 da je simptom jako izražen. Ukupan rezultat ljestvice označava stupanja anksioznosti kod ispitanika, pri čemu veći rezultat upućuje na veći intenzitet anksioznosti. Primjena zahtjeva 5-10 minuta, a namijenjena je odraslim osobama (Julian, 2011). Ljestvica je jednostavna za primjenu zbog čega je vrlo često korištena u svakodnevnoj kliničkoj praksi, a koristi se i u Hrvatskoj (Bajs i sur., 2007). Što se tiče njene konstruktne valjanosti, u brojnim studijama pokazalo se dobro poklapanje BAI s drugim instrumentima koje mjere anksioznost,

uključujući Hamiltonovu ocjensku ljestvicu anksioznosti (r= 0.51) i Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti (STAI) (r=0.47-0.58) (Morin i sur., 1999; prema Julian, 2011). Što se tiče unutarnje pouzdanosti ona je visoka, pri čemu se Cronbach alfa kreće od 0.9 do 0.94, a testiranje je provedeno na velikim uzorcima psihijatrijskih pacijenata, studenata, zdravih odraslih osoba. Test-retest pouzdanost je zadovoljavajuća, a iznosi 0.62 (interval od sedam tjedana) i 0.93 (interval od tjedan dana) (Fydrich, Dowdall, Chambless, 1993; Creamer, Foran, Bell, 1995; Osman, Barrios, Aukes, Osman, 1993; prema Julian, 2011).

3.2.2. Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost (Hamilton Rating Scale for Anxiety; HAM-A, Hamilton, 1959)

Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost služi za procjenu simptoma anksioznosti, a originalno je zamišljena za procjenu simptoma kod osoba koje već imaju anksiozni poremećaj i nije osobito korisna kod procjene anksioznih simptoma u drugim psihičkim poremećajima. Ljestvicu čini 14 čestica koje se ocjenjuju od 0 do 4 (0= ne postoji, 4= značajno izražen), posljednja čestica uključuje procjenu ponašanja tijekom kliničkog intervjua. Ljestvica se temelji na somatskim simptomima i oslanja se na subjektivni iskaz pacijenta. Omogućava mjerenje promjene simptoma tijekom vremena. Ima široku primjenu, a jednostavna je za provesti. Nedostatci ove ljestvice su nemogućnost generalizirane procjene anksioznih simptoma u drugim psihičkim poremećajima i oslanjanje na subjektivne iskaze pacijenta o somatskim simptomima. Kod depresivnih pacijenata treba se koristiti s Hamiltonovom ocjenskom ljestvicom za depresiju (Hamilton Rating Scale for Depression; HAM-D). U mnogim studijama koristila se za procjenu terapijskog učinka (Bajs i sur., 2007). Bruss i sur. (1994, prema Shear i sur., 2001) navode kako se pouzdanost između procjenjivača kreće između 0.74 i 0.96. (interklas koeficijent korelacije; ICC). Shear i sur. (2001) utvrdili su kako je test-retest pouzdanost za HAM-A iznosi 0.86 (ICC), pouzdanost između procjenjivača 0.98 (ICC). Korelacija među česticama kretala se između 0.94 do 0.98, osim 14. čestice kod koje je ICC iznosio 0.76. Ukupni rezultat na HAM-A-a visoko korelira sa Strukturiranim intervjuom za Hamiltonovu skalu anksioznosti (Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Scale; SIGH-A, Williams, 1988), pri čemu je $r=0.77$ ($p<0.01$) prvi dan testiranja, i $r=0.75$ ($p<0.01$) drugi dan testiranja, a dobivena je i zadovoljavajuća korelacija s Beckovim inventarom anksioznosti (r=0.53).

3.2.3. Bolnička ljestvica za anksioznost i depresiju (Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS, Zigmond i Snaith, 1983)

Bolnička ljestvica za anksioznost i depresiju se koristi u medicinskim ustanovama za otkrivanje simptoma depresije i anksioznosti. Ima 14 čestica, od kojih se njih 7 odnosi na

depresiju, a 7 na anksioznost. Ljestvica je samoocjenska, a intenzitet simptoma se procjenjuje na ljestvici od 0 do 3 (0= uopće ne, 3= cijelo vrijeme). Validirana je u psihijatrijskoj općoj populaciji za odrasle i adolescente. Prava korištenja pripadaju National Foundation for Educational Research (Bajs i sur., 2007). Dio ljestvice koji se odnosi na anksioznost naziva se Bolnička ljestvica za anksioznost (HADS-A), a on uključuje čestice koje procjenjuju generaliziranu anksioznost uključujući napetost, zabrinutost, strah, paniku, poteškoće u opuštanju i odmaranju. Primjena zahtjeva manje od 5 minuta. Prednost ove ljestvice je jednostavna primjena za procjenu anksioznosti, a može se primijeniti i u evaluaciji liječenja. Jedan od nedostataka skale je to što ne može detektirati prisutnost nekog specifičnog anksioznog poremećaja, već je usmjerena na mjerenje generalne anksioznosti (Julian, 2011). Brojne studije su dvofaktorskim modelom pokazale opravdanim korištenje subskale anksioznosti kako zasebne skale. Cronbachov alfa za HADS-A varira između 0.68 do 0.93 (srednji 0.83). Korelacija između HADS-A-a i drugih uobičajeno korištenih upitnika se kreće od zadovoljavajuće (r=0.49) do relativno visoke (r=0.83) (Bjelland, Dahl, Hauq, Neckelmann, 2002).

3.2.4. Upitnik anksioznosti kao stanja i osobine ličnosti (State trait Anxiety Inventory; STAI, Spielberger i sur, 1983)

STAI služi za razlikovanje anksioznosti kao stanja i kao osobine ličnosti kod odraslih osoba. Ljestvica je samoocjenska i sadrži 40 čestica, od kojih se njih 20 odnosi na aktualno stanje pacijenta (S-ljestvica), a drugih 20 na anksioznost kao osobinu ličnosti (O-ljestvica). Razvijena je i verzija za djecu (State trait Anxiety Inventory for Children; STAIC, Spielberger, Edwards, Lushene i Montuori, Platzek, 1973) s istim brojem čestica. Odgovori na ljestvici koja mjeri anksioznost kao stanje bilježe se od 1 do 4 s obzirom na intenzitet (1-uopće ne, 4-jako) i na subskali za anksioznost kao osobinu ličnosti s obzirom na to često osoba ima određeni osjećaj (1-uopće ne; 4-gotovo uvijek). Namijenjena je odraslim osobama, a za ispunjavanje je potrebno približno deset minuta (Julian, 2011). Tijekom konstrukcije testa ispitano je više od 10,000 odraslih osoba i adolescenata. Korelacija između STAI i Taylorove manifestne skale anksioznosti iznosi 0.73, a između STAI i Scheierevog upitnika anksioznosti iznosi 0.85 (Taylor, 1983; prema Julian, 2011). Koeficijent unutarnje konzistentnosti se kreće od 0.86 do 0.95, a test-retest pouzdanost od 0.65 do 0.75. Također, koeficijent unutarnje konzistentnosti iznosi 0.86 srednjoškolce, a 0.95 za vojnike (Spielberger i sur., 1983). Prava korištenja pripadaju autoru C. Spielbergeru (Bajs i sur., 2007).

3.2.5. Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62, Vulić-Prtorić, 2004)

Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente (SKAD-62) namijenjena je ispitivanju strahova i anksioznosti kod djece i adolescenata (od 10 do 18 godina starosti). SKAD-62 se može koristiti u svrhu kliničke procjene, planiranja, praćenja i evaluacije psihološkog tretmana, savjetovanja i znanstvenih istraživanja. Konstruirana je na temelju rezultata kliničkih istraživanja, teorijskih opisivanja anksioznosti, opisa anksioznih simptoma, sindroma i poremećaja u DSM-VI klasifikaciji. Sastoji se od 62 čestice, koje opisuju najčešće strahove, simptome i sindrome anksioznosti u djetinjstvu i adolescenciji. Čini ju osam subskala: skala ispitne anksioznosti, skala separacijske anksioznosti, skala socijalne anksioznosti, skala anksiozna osjetljivost/ panični napadi/ agorafobija, skala opsesvno-kompulzivnih simptoma, skala zabrinutosti, skala somatizacije, skala specifičnih strahova i fobija. Može se primijeniti pojedinačno ili grupno, a vrijeme potrebno za odgovaranje je u prosijeku 15 minuta. Odgovori se bilježe na ljestvici od pet stupnjeva. Koeficijenti unutarnje konzistencije (Cronbach alfa koeficijenti) za pojedine skale utvrđeni su na normativnom uzorku od 300 djece i adolescenata i kreću se u rasponu od 0.67 do 0.87, a za cijelu skalu koeficijent unutarnje konzistencije iznosi 0.95 (Vulić-Prtorić, 2004).

3.2.6. Liebowitzeva ljestvica za socijalnu anksioznost (Liebowitz Social Anxiety Scale; LSAS, Liebowitz, 1987)

Liebowitzeva ljestvica za socijalnu anksioznost ocjenjuje strah/anksioznost i izbjegavanje. Sastoji se od 24 čestice. Čestice predstavljaju uobičajene situacije predstavljanja u javnosti (njih 13) ili socijalne situacije (njih 11). Svaka situacija se ocjenjuje ocjenom od 0 do 3 (0= nema ili nikada, 3= jako ili učestalo). LSAS se sastoji od šest subskala. Rezultati se formiraju za ukupan strah, strah od socijalne interakcije, strah od nastupa, ukupno izbjegavanja, izbjegavanje socijalne interakcije i izbjegavanje nastupa. Ukupni rezultat se dobije zbrajanjem rezultata ukupnog straha i ukupnog izbjegavanja. Cronbach alfa za ukupni rezultat na LSAS iznosi 0.96, ukupni strah 0.92, strah od socijalne interakcije 0.89, strah od nastupa 0.81, ukupno izbjegavanje 0.92, izbjegavanje socijalne interakcije 0.89 i izbjegavanje nastupa 0.83. Što se tiče valjanosti, LSAS ukupni rezultat zadovoljavajuće korelira sa Skalom za anksioznost prilikom socijalne interakcije (SIAS) (r=0.73), sa Skalom izbjegavanja socijalnog kontakta i distresa (SADS) (r=0.63), Skalom socijalne fobije (SPS) (r=0.61). Primjenjuje ju kliničar ili educirani ispitivač, a za popunjavanje je potrebno 15 minuta (Heimberg i sur., 1999). Prava korištenja pripadaju autoru M. Leibowitzu (Bajs i sur., 2007).

3.2.7. Inventar socijalne fobije i anksioznosti (Social Phobia and Anxiety Inventory; SPAI, Beidel, Turner, Stanley, Dancu, 1989)

Inventar socijalne fobije i anksioznosti je ljestvica koja služi za procjenu kognitivnih, somatskih simptoma i izbjegavanja u nizu socijalnih i agorafobičnih situacija. Ukupni rezultat na ljestvici predstavlja intenzitet socijalne fobije. Ljestvicu čine dvije subskale, od čega se jedna odnosi na socijalnu fobiju, a druga na agorafobiju. Može se koristiti za brzi informativni pregled u medicinskim ustanovama, školama, domovima i penalnim ustanovama. Ljestvicu je moguće primijeniti i u poslovnim situacijama prilikom procjene osoba koje imaju poteškoće u situacijama koje zahtijevaju socijalnu interakciju ili javni nastup. Primjena traje od 20 do 30 minuta, a primijeniti je može kliničar ili educirani ispitivač. Prava korištenja ima autor S. M. Turner (Bajs i sur., 2007). Clark, Turner, Beidel, Donovan, Kirisci, Jacob (1994) navode kako Cronbach alfa za subskalu socijalne fobije iznosi 0.97, a za subskalu agorafobije 0.91, dok za ukupni rezultat na ljestvici Cronbach alfa iznosi 0.97. Što se tiče valjanosti, pokazano je kako ima dobru konstruktnu valjanost. U istraživanju Clarka i sur. (1994) dobivena je značajna statistička povezanost rezultata na STAI ljestvici i drugih mjera socijalne fobije kod adolescenata, pa se tako korelacija kretala od 0.51 do 0.37, dok je dobivena negativna povezanost s mjerom za heteroseksualnom interakcijom (The Survey of Heterosexual Interaction; SHI, Twentyman, Boland, McFall, 1981) i asretivnosti (The Assertiveness subscale of the Adolescent Assertion Expression Scale; AAES, Connor, Dann, Twentyman, 1982) (-0.45 i -0.29).

3.2.8. Endlerove multidimenzionalne skale anksioznosti (Endler, Parker, Bagby, & Cox, 1991)

Endlerove multidimenzionalne skale anksioznosti (EMAS) sastoji se od tri subskale: EMAS-State za procjenu stanja anksioznosti, EMAS-Trait za procjenu crte anksioznosti i EMAS-Perception za procjenu percepcije vrste i jačine prijetnje izazvane specifičnom situacijom. Subskale se mogu primijeniti zajedno ili zasebno. Ispitanik bilježi odgovore za što je potrebno 25 minuta. Namjenjena je adolescentima i djeci. Endlerove multidimenzionalne skale za mjerenje stanja i crte anksioznosti (EMAS) prevedene su i prilagođene za hrvatsku populaciju. Psihometrijska kvaliteta skala provjeravana je na različitim uzorcima (srednjoškolci, studenti, stomatološki pacijenti, vojnici). Rezultati provedenih analiza u istraživanjima potvrdili su faktorsku strukturu originalne EMAS-State skale i njenu jako visoku unutarnju pouzdanost (Cronbach alpha koeficijenti) koja je u rasponu od 0.83 do 0.96. (Sorić, 2002).

4. Zaključak

Instrumenti za procjenu anksioznosti razvili su se radi objektivnije procjene trenutnog kliničkog stanja, razlikovanja simptoma, procjene njihovog intenziteta i praćenja tijekom liječenja. Kako bi klinička procjena bila što bolja potrebna je dostupnost svih potrebnih informacija, poznavanje ljestvice, dobar intervju, obuhvaćanje svih pitanja bez izostavljanja i točna procjena simptoma. Kako bi klinička procjena pomoću mjernog instrumenta bila što bolja

treba procijeniti pouzdanost i osjetljivost ljestvice, njene psihometrijske karakteristike, jednostavnost i vrijeme potrebno za primjenu i obradu rezultata. Svaki od navedenih instrumenata, s obzirom na svoje psihometrijske karakteristike, ima svoje prednosti i nedostatke i s obzirom na to treba odabrati onaj koji zadovoljava ciljeve ispitivanja. Mjerni instrumenti u skladu su s teorijama, te se mijenjaju i revidiraju s novim nalazima istraživanja stoga je važno uvijek provjeravati i psihometrijske karakteristike mjernih instrumenata kako bi pružili što točnije rezultate i kako bi se na što primjereniji način moglo pomoći osobi koja pati od nekog anksioznog poremećaja.

LITERATURA

Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. 5. izd.* Međunarodna verzija. Jastrebarsko, Naklada Slap.

Andrews, G. & Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 80-88.

Arbrabzdadeh-Bouchez, S. & Lépine, J.P. (2003). *Measurements of Depression and Anxiety Disorders*. U Kasper, S., den Boer, J.A. & Ad Sitsen, J.M., Handbook of Depression and Anxiety (str. 127-151). New York: Marcel Dekker.

Bajs, M., Janović, Š., Ivezić, S. Š, Bajs, M. (2007). Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja, *Medix*, (71), 75-78.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.

Begić, D. (2014) *Psihopatologija.* Zagreb, Hrvatska: Medicinska naklada.

Beidel, D., Turner, S., Stanley, M., Dancu, C. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. *Behavior Therapy*, 20, 417-427.

Bjelland, I., Dahl, A.A., Hauq, T.T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review, *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (2), 69-77.

Clark, D. B., Turner, S. M., Beidel, D. C., Donovan, J. E., Kirisci, L., Jacob, R. G. (1994). Reliability and Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Adolescents, *Psychological Assessment*, 6 (2), 135-140.

Endler, N. S., Parker, J. D., Bagby, R. M., Cox, B. J. (1991). Multidimensionality of state and trait anxiety: factor structure of the Endler Multidimensional Anxiety Scales. *Journal of personality and social psychology*, 60 (6), 919-926.

First, M. B., Spitzer, R. L, Gibbon M., and Williams, J. B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. (SCID-I/NP*), New York, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. and Williams, J. B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P),* New York, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology,* 32, 50–55.

Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safrene, S. A., Brown, E. J., Schneir, F. R., Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale, *Psychological Medicine,* 29, 199-212.

Julian, L. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A), *Psychological Measures,* 63(S11), S467-S472.

Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K.H., Janavs, J., Dunbar, G.C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI, *Eur Psychiatry*, 12, 224-231.

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry,* 22, 141–173.

Lobbestael, J., Leurgans, M., Arntz, A. (2011). Inter-Rater Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II), *Clinical Psychology and Psychoterapy*, 18, 75-79.

Nietzel, M.T., Bernstein, D.A. i Milich, R. (2001). *Uvod u kliničku psihologiju,* Jastrebarsko, Naklada Slap.

Rijanders, C. A.T., van den Berg, J. F. M., Hodiamont, P. P. G., Nienhuis, F. J., Furer, J. W., Mulder, J., Giel, R. (2000). Psychometric properties of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN-2.1), *Social Psychiatry Epidemiology*, 35, 348-352.

Shear, M. K, Bilt, J. V., Rucci, P., Endicott, J., Lydiard, B., Otto, M. W., Pollack, M. H., Chandler, L., Williams, J., Ali, A., Frank, D. M. (2001). Reliability and validity of a

structured interview guide for the Hamilton anxiety rating scale (SIGH-A), *Depression and Anxiety*, 13, 166-178.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10, *Journal of clinical Psychiatry*, 59, 22-33.

Sorić, I. (2002). *Endlerove multidimenzionalne skale anksioznosti, Zbirka psihologijskih skala i upitnika,* Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Zadru, Sv.1, 115-123.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Svjetska zdravstvena organizacija. (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija. Svezak 1. Drugo izdanje*. Zagreb, Medicinska naklada.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu C., Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social phobia and Anxiety Inventory. *Psychol Assess*, 1, 35–40.

Vulić-Prtorić, A. (2004). *Skala strahova i anksioznosti za djecu i adolescente-SKAD-62.* Jastrebarsko, Naklada Slap.

Wittchen, H.U. (1993). Reliability and Validity Studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A Critical Review. *Journal of Psychiatric Research*, 28 (1), 57-84.

World Health Organization. (1993). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), version 2.1*. Geneva.WHO.

World Health Organization. (1999). *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (Version 2.1)*. Geneva, WHO – Assessment, Classification and Epidemiology.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361–370.