

Pregled skala i upitnika namijenjenih mjerenju depresivnosti

Špehar, Monika

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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:142:964413>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-10**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Monika Špehar

Pregled skala i upitnika namijenjenih mjerenju depresivnosti

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Silvija Ručević

Sumentor: Dino Krupić

Osijek, 2016.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Monika Špehar

Pregled skala i upitnika namijenjenih mjerenju depresivnosti

Završni rad

Društvene znanosti, psihologija, opća psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Silvija Ručević

Sumentor: Dino Krupić

Osijek, 2016.

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
2. Depresija kao klinički poremećaj i depresivnost kao osobina.....	3
2.1. Simptomi depresije.....	3
2.2. Klasifikacija depresivnih poremećaja.....	4
2.3. Depresivni poremećaj ličnosti.....	6
2.4. Depresivnost kao osobina.....	6
3. Opis podjele mjernih instrumenata na kliničke i istraživačke ljestvice.....	7
3.1. Pregled mjernih instrumenata koji se koriste u svrhu dijagnosticiranja depresije.....	7
3.1.1. Strukturirani klinički intervju za DSM (SCID).....	8
3.1.2. Evaluacija mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj skrbi (PRIME- MD).....	9
3.1.3. Kompozitni međunarodni dijagnostički intervju (CIDI).....	9
3.2. Pregled istraživačkih ljestvica namijenjenih mjerenju depresije.....	10
3.2.1. Hamiltonova skala za depresiju (HAM-D).....	11
3.2.2. Montgomery-Åsberg skala za ispitivanje depresije (MADRS).....	12
3.2.3. Inventar simptomatologije depresije (IDS).....	12
3.2.4. Beckov inventar depresije (BDI).....	13
3.2.5. Skala bolničke anksioznosti i depresije (HADS).....	14
3.2.6. Inventar depresije za djecu (CDI).....	15
3.2.7. Kutcherova skala depresije za adolescente (KADS).....	16
3.2.8. Gerijatrijska skala depresije (GDS).....	16
3.2.9. Skala postporođajne depresije (EPDS).....	17
Pregled kliničkih ljestvica namijenjenih ispitivanju depresivnosti (<i>Tablica 1</i>).....	18
Pregled istraživačkih ljestvica namijenjenih ispitivanju depresivnosti (<i>Tablica 2</i>).....	19
4. Zaključak.....	20
Literatura.....	21

SAŽETAK

Depresija je emocionalno stanje obilježeno negativnim slutnjama i velikom tugom, osjećajem bezvrijednosti i krivnje, povlačenjem od drugih, nesanicom, gubitkom interesa i nepronalaženjem zadovoljstva u aktivnostima u kojima je osoba ranije uživala; smanjuje kvalitetu života te može pridonijeti profesionalnim, bračnim i obiteljskim problemima. Razvijanjem različitih skala i upitnika koji za cilj imaju dijagnozu depresije (kliničke ljestvice) ili proučavanje stupnja u kojemu je prisutna (istraživačke ljestvice) nastoji se osigurati pravovremeno otkrivanje simptoma te pružanje pomoći ugroženoj osobi. U ovom će završnom radu, stavljajući naglasak na psihometrijske karakteristike (prvenstveno pouzdanost i valjanost), biti opisane sljedeće ljestvice: Strukturirani klinički intervju za DSM (SCID), Evaluacija mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj skrbi (PRIME-MD), Kompozitni međunarodni dijagnostički intervju (CIDI), Hamiltonova skala za depresiju (HAM-D), Montgomery-Åsberg skala za ispitivanje depresije (MADRS), Inventar simptomatologije depresije (IDS), Beckov inventar depresije (BDI), Skala bolničke anksioznosti i depresije (HADS), Inventar depresije za djecu (CDI), Kutcherova skala depresije za adolescente (KADS), Gerijatrijska skala depresije (GDS) i Skala postporođajne depresije (EPDS). Pomoću standardiziranih instrumenata poboljšava se proces prikupljanja, sinteze i izvještavanja o mentalnim poremećajima te se osigurava obuhvaćanje svih relevantnih tema, smanjivanje vjerojatnosti propuštanja važnih informacija i sukladnost procjena različitih ispitivača.

Ključne riječi: depresija, upitnici, skale, pouzdanost, valjanost

1. UVOD

Cilj ovog završnog rada je opisati skale i upitnike namijenjene mjerenju depresivnosti stavljajući naglasak na dostupne informacije o psihometrijskim karakteristikama. U prvom dijelu završnog rada opisani su najčešći simptomi depresije, klasifikacija depresivnih poremećaja prema DSM-5, depresivni poremećaj ličnosti te depresivnost kao osobina i depresivne crte ličnosti. U sljedećem dijelu završnog rada opisana je podjela mjernih instrumenata namijenjenih mjerenju depresije na kliničke i istraživačke te su u daljnjim poglavljima opisani pojedini upitnici i skale. Klinički mjerni instrumenti upotrebljavaju se za dijagnozu depresije te ih najčešće provode isključivo kliničari ili je za njihovo provođenje i interpretaciju rezultata potrebna dodatna edukacija. Istraživačke ljestvice namijenjene su proučavanju ozbiljnosti depresije, tj. stupnja u kojemu su kod određene osobe izraženi depresivni simptomi. Sve skale i upitnici imaju svoje prednosti i nedostatke te su se neke pokazale uspješnijima od drugih. U posljednjem dijelu prikazane su dvije tablice mjernih instrumenata kojima se na sistematičan i jednostavan način nastoje pružiti najvažnije informacije o različitim upitnicima i skalama.

Depresivni poremećaji pojavljuju se u mnogo različitih oblika i uključuju različita iskustva raspoloženja, fizičkog funkcioniranja, kvalitete razmišljanja, pogleda na svijet te ponašanja. Depresivne osobe proživljavaju brojne promjene raspoloženja, no razdražljivost je raspoloženje koje je najčešće prisutno. Prateća obilježja depresivnih stanja su i turoban pogled na svijet, promijenjene razine aktivnosti i energije te poremećeni obrasci spavanja. Simptomi depresije mogu biti i promjene apetita te izmijenjena razina motivacije i angažmana u svijetu uz nemogućnost fokusiranja na pozitivne aspekte situacija, a česta neodobravanja drugih osoba također ne olakšavaju situaciju.

Dijagnostički sustavi (DSM-5 i ICD-10) razvijeni su u svrhu klasifikacije depresivnih poremećaja te kako bi se između mnogobrojnih manifestacija depresije odredili ključni simptomi. Depresivni poremećaji su prema DSM-5 navedeni kao posebna skupina mentalnih poremećaja koja obuhvaća nekoliko različitih poremećaja obilježenih smanjenim funkcioniranjem, iritabilnim ponašanjem i raspoloženjem te će biti detaljnije opisani u nastavku ovog završnog rada. DSM-5 ne navodi depresivni poremećaj ličnosti kao vrstu poremećaja ličnosti, no utvrđeno je kako se depresivni simptomi i dijagnoze velike depresivne epizode često pojavljuju kod osoba s dijagnosticiranim nekim poremećajem ličnosti. Brojna su se istraživanja bavila i pitanjem jesu li neke osobe sklonije depresiji od drugih, odnosno razlikuju li se ljudi prema stupnju u kojemu je kod njih prisutna osobina depresivnosti. Bensaeed, Ghanbari Jolfaei, Jomehri i Moradi (2014) su utvrdili kako su osobe s dijagnosticiranom depresijom češće introverti, postižu niže rezultate na

ljestvicama ustrajnosti, te da u usporedbi s kontrolnom skupinom, češće pokazuju ponašanja poput naučene bespomoćnosti, manjka upornosti i marljivosti.

Kliničari i istraživači depresije upotrebljavaju standardizirane metode, što najčešće podrazumijeva ili kliničke ili istraživačke ljestvice. Kliničke ljestvice upotrebljavaju se u dijagnostičke svrhe, tj. za utvrđivanje je li kod osobe prisutan određeni depresivni poremećaj. U ovom završnom radu bit će opisane sljedeće kliničke ljestvice: Strukturirani klinički intervju za DSM (SCID), Evaluacija mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj skrbi (PRIME-MD) i Kompozitni međunarodni dijagnostički intervju (CIDI). Istraživačke ljestvice daju uvid u stupanj izraženosti depresivnih simptoma, a razlikuju se po tome provodi li ih istraživač (tako da intervjuira osobu) ili osoba sama ispunjava upitnik. Opisani instrumenti koje provodi istraživač su Hamiltonova skala za depresiju (HAM-D), Montgomery-Åsberg skala za ispitivanje depresije (MADRS) i Inventar simptomatologije depresije (IDS). Opisane skale samoprocjene: Beckov inventar depresije (BDI) i Skala bolničke anksioznosti i depresije (HADS). Na kraju su opisane ljestvice namijenjene upotrebi na posebnim populacijama: Inventar depresije za djecu (CDI), Kutcherova skala depresije za adolescente (KADS), Gerijatrijska skala depresije (GDS) i Skala postporođajne depresije (EPDS). Upotreba standardiziranih instrumenata poboljšava proces prikupljanja, sinteze i izvještavanja u usporedbi s nestrukturiranim kliničkim ispitivanjima te osigurava obuhvaćanje svih relevantnih tema i smanjivanje vjerojatnosti propuštanja važnih informacija. Prije dijagnosticiranja depresivnog poremećaja kliničar bi trebao napraviti sveobuhvatnu kliničku procjenu stanja pacijenta, osim u slučaju pacijenata s ranije utvrđenim depresivnim poremećajem (Abrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003).

2. DEPRESIJA KAO KLINIČKI POREMEĆAJ I DEPRESIVNOST KAO OSOBINA

Depresija je emocionalno stanje obilježeno negativnim slutnjama i velikom tugom, osjećajem bezvrijednosti i krivnje, povlačenjem od drugih, nesanicom, gubitkom interesa i nepronalaženjem zadovoljstva u aktivnostima u kojima je osoba ranije uživala (Davison i Neale, 1999). Prateća obilježja depresivnih stanja su i promijenjene razine aktivnosti i energije, poremećeni obrasci spavanja, te izmijenjena razina motivacije i angažmana u svijetu. Depresija također može pridonijeti obiteljskim, bračnim i profesionalnim poteškoćama te kod depresivnih majki može usporiti razvoj djece. Depresija nije samo privremeno stanje raspoloženja, to je konstelacija iskustava raspoloženja, fizičkog funkcioniranja, kvalitete razmišljanja, pogleda na svijet te ponašanja.

2.1. Simptomi depresije

Depresivna osoba može biti potištena ili tužna, ali tuga je često manje vidljiva u odnosu na opći gubitak interesa za aktivnosti u kojima je osoba ranije uživala, a razdražljivost je raspoloženje koje je u najvećem stupnju prisutno. Promjene raspoloženja popraćene su turobnim pogledom na svijet u kojemu se na budućnost gleda kao na tmurnu i neprivlačnu, a osoba sebe smatra nesposobnom i punom mana. Upravo zbog tog negativnog pogleda na svijet nerijetko se događa da je kod oboljele osobe smanjena motivacija i upornost, a tipičnim za depresiju smatra se i pojava negativnog interpretiranja sebe i svijeta koji osobu okružuje. Primjerice, depresivna osoba može razmišljati na način- „*Moja mi obitelj pruža podršku, ali ja to ne zaslužujem, te će oni odustati od mene.*“ Drugima takve interpretacije često izgledaju nelogično i iskrivljeno i čini im se da je osoba pretjerano usredotočena na negativne aspekte situacija te da zanemaruje pozitivne ili čak neutralne alternative. Ono što drugima izgleda kao iracionalna reakcija ili pretjerano i sebično samosažaljenje može pridonijeti osjećaju odbačenosti u trenutku kada je depresivnoj osobi najpotrebnija društvena uključenost (Hammen, 2003).

Prateći simptom često je poremećaj hranjenja, bilo da je riječ o gubitku ili pretjeranom apetitu. Ponašanje također prati unutarnje tegobe. Osobe se često povlače u sebe, prestaju s uobičajenim aktivnostima jer u njima ne pronalaze užitak ili nemaju energije za njihovo izvršavanje te izvještavaju kako se osjećaju loše kada su okruženi ljudima. Diskriminacija ljudi za koje postoji mogućnost da su oboljeli od depresije čini ih manje sklonima traženju pomoći te se često događa da doktori i medicinsko osoblje ne prepoznaju simptome. Bez obzira na učestalost i ozbiljnost depresivnih poremećaja, nerijetko ih društvo, članovi obitelji, pa čak i oboljela osoba pogrešno shvaćaju objašnjavajući ih manjkom volje, slabostima karaktera ili smanjenoj

sposobnosti samokontrole (Baldwin i Birtwistle, 2002). Kada se svi ovi faktori uzmu u obzir, može se zaključiti kako je depresija veliki javno-zdravstveni problem.

2.2. Klasifikacija depresivnih poremećaja

Kroz povijest se spoznala fenomenologija depresije te su razvijeni dijagnostički sustavi kako bi se između mnogobrojnih manifestacija depresije odredili ključni simptomi i kako bi se definirala točka u kojoj depresivno raspoloženje prelazi u kliničko stanje. Iz različitih nastojanja da se osigura pouzdana i sistematična definicija razvili su se Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (*DSM*) i Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (*ICD*).

Depresivni poremećaji su prema DSM-5 (2014) posebna skupina duševnih poremećaja (u ranijim izdanjima DSM-a uvrštavani pod poremećaje raspoloženja) koji uključuju: disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj (uključujući veliku depresivnu epizodu), perzistentni poremećaj (distimija), premenstrualni disforični poremećaj, depresivni poremećaj raspoloženja prouzrokovan psihoaktivnom tvari/lijekom, depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, drugi specificirani depresivni poremećaj i nespecificirani depresivni poremećaj.

Disruptivni poremećaj disregulacije raspoloženja dijagnosticira se samo kod djece do 12 godina starosti kako bi se izbjeglo pretjerano dijagnosticiranje i liječenje bipolarnog poremećaja jer se pokazalo kako djeca s ovim obrascem ponašanja kasnije u životu češće razvijaju unipolarnu depresiju nego bipolarni poremećaj. Obilježja ovog poremećaja uključuju nekontrolirano ponašanje te kroničnu, tešku i perzistentnu razdražljivost koja ima dvije kliničke manifestacije-izljevi bijesa i kronično, razdražljivo ili ljutito ponašanje prisutno između epizoda izljeva bijesa.

Veliki depresivni poremećaj karakteriziran je zasebnim epizodama koje traju najmanje dva tjedna i uključuju jasne promjene u afektivnom, kognitivnom i neurovegetativnom funkcioniranju te razdobljima remisija između epizoda. Izrazito je važno razlikovanje normalne tuge i duboke žalosti od velike depresivne epizode. Žalovanje je obilježeno prevladavajućim osjećajima praznine i gubitka, dok je to u velikoj depresivnoj epizodi trajno depresivno raspoloženje i nesposobnost anticipacije sreće ili zadovoljstva. Kod žalovanja dolazi do slabljenja intenziteta tuge tijekom dana ili tjedana, tuga se pojavljuje u valovima koji pokazuju tendenciju vezivanja uz misli koje podsjećaju na preminuloga. S druge strane, depresivno raspoloženje u velikoj depresivnoj epizodi značajno je trajnije i nije vezano uz specifične misli ili preokupacije. Sadržaj misli pri žalovanju općenito je obilježen uspomenama na preminule, više nego prebacivanjima sebi ili pesimističnim razmišljanjima, svojstvenim velikoj depresivnoj epizodi. Također, u žalovanju je samopoštovanje

općenito sačuvano, dok su osjećaji bezvrijednosti i mržnje spram sebe u velikoj depresivnoj epizodi vrlo česti.

Kronični oblik depresije, perzistentni depresivni poremećaj (distimija) obilježava depresivno raspoloženje koje se pojavljuje veći dio dana, prisutno je u većem broju dana nego što nije prisutno i traje najmanje dvije godine (jednu godinu za djecu i adolescente). Za dijagnozu distimije važno je da razdoblje bez simptoma ne traje dulje od dva mjeseca i da osobe svoje raspoloženje opisuju kao tužno ili duboko potišteno.

Glavna obilježja premensturalnog disforičnog poremećaja su pokazivanje labilnog raspoloženja, razdražljivosti, simptoma anksioznosti i disforije koji se pojavljuju učestalo tijekom premenstrualne faze ciklusa i povlače se oko početka menstruacije ili odmah nakon. Simptomi moraju biti prisutni u većem broju menstruacijskih ciklusa tijekom protekle godine i moraju imati neželjene učinke na radne i socijalne aktivnosti.

Depresivni poremećaj prouzročen psihoaktivnom tvari/lijekom uključuje simptome jednake velikom depresivnom poremećaju, međutim, depresivni simptomi povezani su s uzimanjem, ubrizgivanjem ili inhalacijom neke psihoaktivne tvari (npr. droga, toksin, drugi lijekovi) i traju dulje od očekivanog trajanja fizioloških učinaka intoksikacije.

Depresivni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja karakterizira upadljivo i perzistentno razdoblje depresivnog raspoloženja ili značajnog smanjenja uživanja u (gotovo) svim aktivnostima koje se smatra izravnim patofiziološkim učinkom drugog zdravstvenog stanja.

Kategorija drugih specificiranih depresivnih poremećaja odnosi se na stanja koja ne zadovoljavaju sve kriterije za ijedan od depresivnih poremećaja, ali čiji simptomi su karakteristični depresivnima i uzrokuju značajnu patnju ili oštećenja u socijalnom, radnom i drugim važnim područjima funkcioniranja, primjerice, kratkotrajna depresivna epizoda (4-13 dana) ili ponavljajuća kratkotrajna depresija.

Kategorija nespecificirani depresivni poremećaj odnosi se na izjave osobe o simptomima karakterističnim za depresivni poremećaj koji kod nje uzrokuju klinički značajnu nelagodu i poteškoće u socijalnom, poslovnom i drugim aspektima funkcioniranja, no u potpunosti ne zadovoljavaju kriterij niti za jedan poremećaj u dijagnostičkom razredu. Razlika od specificiranog je u tome što dijagnoza u potpunosti ovisi o kliničaru koji odlučuje ne navesti razlog zbog kojega kriteriji nisu dostatni za dijagnozu nekog depresivnog poremećaja, primjerice, situacija u hitnoj službi kada kliničar sumnja na prisustvo psihičkog poremećaja, no nema dovoljno vremena za temeljitu kliničku analizu te se osobu upućuje na daljnje analize jer su potrebne dodatne informacije za donošenje konačne odluke o ne(prisustvu) poremećaja.

2.3. Depresivni poremećaj ličnosti

Depresivni poremećaj ličnosti se prema DSM-5 ne navodi kao zasebna vrsta poremećaja ličnosti, ali pokazalo se kako su unutar drugih poremećaja ličnosti, najčešće graničnog poremećaja, depresivni simptomi i dijagnoze velikog depresivnog poremećaja vrlo česti. Granični poremećaj ličnosti vrlo je heterogena skupina dijagnoza u kojima se pokazuje veliko preklapanje simptomatologije kako s drugim poremećajima ličnosti, tako i s bipolarnim te depresivnim poremećajima (Davison i Neale, 1999). Također, kao prijedlog za buduća klinička istraživanja u DSM-5 (2014) navedeni su depresivni poremećaji s kratkotrajnom hipomanijom te perzistentni poremećaj žalovanja koji se od normalnog žalovanja razlikuje po intenzivnim reakcijama žalovanja 12 mjeseci nakon smrti bliske osobe, a od depresivnih poremećaja se razlikuje po fokusiranju osobe samo na gubitak.

2.4. Depresivnost kao osobina

Osim opisanih depresivnih poremećaja u domeni raspoloženja ili ličnosti, pokazalo se kako neke osobe imaju izraženiju osobinu *depresivnosti* koja ih čini sklonijima depresivnom raspoloženju, pokazivanju depresivnih simptoma i proživljavanju izoliranih epizoda depresivnih poremećaja, te i tu činjenicu treba uzeti u obzir pri formiranju kliničke slike (DSM-5, 2014). Iz tih su se pretpostavki razvili modeli koji na različite načine pokušavaju objasniti prirodu povezanosti osobina ličnosti i sklonosti depresiji, no rezultati empirijskih provjera tih modela nisu jednoznačni, te se ne može sa sigurnošću govoriti o uzročno-posljedičnoj vezi (Kotov, Gamez, Schmidt i Watson, 2010). Osobine se razlikuju od simptoma na način da simptomi pokazuju tendenciju ublažavanja tijekom vremena, dok su osobine trajnije. Ono što je važno napomenuti je da su i simptomi i osobine podložni intervenciji, odnosno sve što se čini kako bi se utjecalo na simptome depresivnih poremećaja u konačnici ima i utjecaj na dugoročne obrasce funkcioniranja, tj. osobine ličnosti (DSM-5, 2014). Istraživanja depresivnih crta ličnosti pokazala su kako osobe s dijagnosticiranom depresijom postižu visoke rezultate na ljestvici neuroticizma, češće su introverti, postižu niže rezultate na ljestvicama ustrajnosti, samo-usmjerenosti i spremnosti na suradnju, te da, u usporedbi s kontrolnom skupinom, češće pokazuju ponašanja poput naučene bespomoćnosti, manjka upornosti i marljivosti (Bensaeed, Ghanbari Jolfaei, Jomehri i Moradi, 2014). Na osobnoj razini, depresija smanjuje kvalitetu života te može pridonijeti profesionalnim, bračnim i obiteljskim problemima. Razvijanjem različitih skala i upitnika kojima je cilj dijagnosticiranje depresije ili proučavanje stupnja u kojemu je prisutna nastoji se osigurati pravovremeno otkrivanje simptoma te pružanje pomoći ugroženoj osobi. Opis različitih

instrumenata namijenjenih dijagnosticiranju depresivnih poremećaja ili istraživanju stupnja izraženosti depresivnih simptoma tema je idućeg dijela ovog završnog rada.

3. OPIS PODJELE MJERNIH INSTRUMENATA NA KLINIČKE I ISTRAŽIVAČKE LJESTVICE

Upotreba standardiziranih metoda procjene i kvantitativne psihopatologije relativno je rijetka pojava u psihijatriji. Glavni cilj kvantitativne psihopatologije je standardizirati dijagnostičke kategorije kako bi se poboljšala točnost dijagnoza i screeninga, procijenio stupanj izraženosti simptoma ili poremećaja, te procijenili učinci tretmana. Dijagnostičke su kategorije pouzdane u smislu razine oko koje se kliničari mogu međusobno složiti je li kod osobe određeni poremećaj prisutan ili ne, no ne postoji apsolutni kriterij prema kojemu se sve psihijatrijske dijagnoze mogu procjenjivati. Cilj procjene depresije je izmjeriti ozbiljnost depresivnih simptoma u terminima kako izraženosti individualnih simptoma, tako i ukupnog broja depresivnih simptoma koji su bili prisutni. Pomoću kliničkih ljestvica utvrđuje se dijagnoza, odnosno je li kod osobe prisutan određeni depresivni poremećaj ili ne, a istraživačke ljestvice daju uvid u stupanj izraženosti depresivnih simptoma (Abrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003).

U idućem dijelu završnog rada bit će opisani klinički instrumenti namijenjeni dijagnozi depresivnih poremećaja te istraživačke ljestvice namijenjene procjeni stupnja izraženosti depresivnih simptoma. Istraživačke ljestvice se dijele s obzirom na to je li za provođenje potreban istraživač koji (najčešće) intervjuira osobu ili ispitanik sam ispunjava određenu skalu te se njegov ukupni rezultat potom uspoređuje sa standardom. Posljednje četiri opisane ljestvice namijenjene su upotrebi na posebnim populacijama. U svrhu sistematičnijeg i jednostavnijeg prikaza opisanih instrumenata na kraju glavnog dijela ovog završnog rada nalaze se dvije pregledne tablice.

3.1 Pregled mjernih instrumenata koji se koriste u svrhu dijagnosticiranja depresije

Većinu ovdje opisanih instrumenata može provoditi samo kliničar koji posjeduje bogato znanje iz područja psihopatologije, no primjerice, CIDI može provoditi i osoba koja nije kliničar, ali je prošla edukaciju. Opisani se instrumenti također razlikuju po stupnju u kojemu slijede kriterije iz DSM klasifikacije. Pregled opisanih kliničkih instrumenata može se pronaći u Tablici 1.

3.1.1 Strukturirani klinički intervju za DSM (*The Structured Clinical Interview for DSM-SCID*)

SCID uključuje devet dijagnostičkih modula: epizode raspoloženja, psihotični simptomi, diferencijalni psihotični poremećaji, diferencijalni poremećaji raspoloženja, zloupotreba tvari, anksioznost, somatoformni poremećaji, poremećaji hranjenja i poremećaji prilagodbe. SCID-omena poremećaja raspoloženja (SCI-MOODS) je strukturirani klinički intervju dizajniran u svrhu procjenjivanja raznih znakova i simptoma poremećaja raspoloženja koji se javljaju tijekom života. SCI-MOODS kao zasebna domena SCID instrumenta nastao je 1999. godine (Fagiolini i sur., 1999) s namjerom osiguravanja široke pokrivenosti psihijatrijskih dijagnoza prema DSM kriterijima. U odnosu na postojeće instrumente, dizajniran je na način da bude što jednostavniji za upotrebu i, kao posljedica toga, da njegovo provođenje zahtjeva manje vremena i uvježbavanja. Ovo je instrument kojega mora provoditi kliničar i koji generira dijagnoze prema DSM-5 kriteriju. Može se koristiti kako kod osoba sa psihijatrijskom dijagnozom, tako i kod osoba koje su u procesu psihopatološke evaluacije te postoji istraživačka (SCID-I) i klinička (SCID-CV) verzija ovog instrumenta. SCI-MOODS se sastoji od 140 čestica grupiranih u četiri domene: raspoloženje (50 čestica), energija (21 čestica), kognicija (46 čestica) te ritmičnost i vegetativne funkcije (23 čestice). Prve tri domene podijeljene su na depresivne i manične subdomene. Vrijeme potrebno za provođenje ovog instrumenta je oko jednog sata, ovisno o kliničkim simptomima ispitanika (Abrabzadeh-Bouchez i Lépine, 2003).

Originalna validacija SCI-MOODS instrumenta (Fagiolini i sur., 1999) pokazala je kako je SCI-MOODS koristan alat za procjenu poremećaja raspoloženja. Svaka ljestvica zasebno ima dobru unutarnju konzistenciju i korelacije između njih su pozitivne i visoke što znači da je *a priori* grupiranje u četiri različite domene opravdano jer su te domene aspekti jednog fenomena-područja raspoloženja. Cronbach alpha koeficijenti unutarnje konzistencije glavne četiri domene, kao i šest subdomena, kreću se između .79 i .92. Korelacije domena međusobno kreću se između .63 i .85 što ukazuje snažan međuodnos domena. Štoviše, korelacije svake od tri manične subdomene s drugima, kao i svih depresivnih subdomena s drugima pokazale su se višima nego one između maničnih i depresivnih subdomena. Test-retest pouzdanost također se pokazala dobrom, pri čemu su nešto niži, ali zadovoljavajući, koeficijenti dobiveni u maničnim subdomenama (od .86 do .89), u odnosu na depresivne subdomene (od .95 do .96). Također, utvrđeno je kako SCI-MOODS dobro razlikuje osobe s poremećajem raspoloženja od kontrolne skupine, kao i osobe s unipolarnim i bipolarnim poremećajem. SCID se najčešće koristi kao zlatni standard za procjenu valjanosti različitih skala, uključujući skale depresije. Pokazalo se da s većinom mjera visoko korelira, poput

Beckovog inventara depresije i PRIME-MD, te se može zaključiti kako je SCID-MOODS valjan instrument za dijagnozu depresivnih poremećaja (Sanchez-Villegas i sur., 2008).

3.1.2. Evaluacija mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj skrbi (Primary Care Evaluation of Mental Disorders- PRIME-MD)

PRIME-MD je instrument namijenjen upotrebi u općoj praksi pri dijagnozi mentalnih poremećaja s kojima se liječnici najčešće susreću. Spitzer i sur. (1994) razvili su ovaj instrument kao bi olakšali i ubrzali dijagnozu mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj skrbi. PRIME-MD se koristi kao alat za brzu procjenu pacijenata s anksioznim, depresivnim i somatskim simptomima, dakle ima kliničku namjenu. Instrument je sastavljen od dva dijela: jednostranog upitnika kojega osoba samostalno ispunjava prije kontakta s liječnikom (27 čestica) i strukturiranog intervjua kojeg provodi liječnik koji procjenjuje mentalne poremećaje u pet dijagnostičkih područja prema DSM-IV kriteriju: poremećaji raspoloženja, hranjenja, anksiozni, somatski te poremećaji povezani s konzumacijom alkohola. Modul poremećaja raspoloženja sadrži 17 čestica vezanih uz simptome depresije. Prosječno vrijeme potrebno za provedbu ovog instrumenta je 20 minuta (Abrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003).

Istraživanja su pokazala (Smarr, 2003) kako su slaganja između liječnika primarne zdravstvene skrbi (na PRIME-MD) i stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja prilikom ponovnog intervjuiranja za sve psihijatrijske dijagnoze bila dobra ($kappa = .71$) te su također zadovoljavajuća za modul raspoloženja ($kappa = .61$) što ukazuje na zadovoljavajuću pouzdanost. Spitzer i sur. (1994) dobili su slične rezultate pri prvoj validaciji ovog instrumenta, $kappa = .71$, postotak preklapanja dijagnoza svih poremećaja bio je 88%. S obzirom na to da su čestice na PRIME-MD napravljene prema DSM kriteriju, ovaj instrument ima zadovoljavajuću sadržajnu valjanost i može se smatrati dobrim dijagnostičkim alatom. Ograničenja ovog instrumenta su ta što obuhvaća samo nekoliko dijagnoza poremećaja i ignorira određene aspekte kriterija koje obuhvaća, poput onih koji se odnose na generalno smanjeno funkcioniranje (Abrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003).

3.1.3. Kompozitni međunarodni dijagnostički intervju (Composite International Diagnostic Interview- CIDI)

CIDI je izrazito strukturiran instrument namijenjen evaluaciji mentalnih poremećaja u različitim kulturama te je konstruiran 1988. na zahtjev Svjetske zdravstvene organizacije (Robins i sur., 1988). CIDI zadovoljava ICD-10 i DSM-IV kriterije, napravljen je kako bi ga mogli provoditi ne-kliničari uz minimalno uvježbavanje, a originalna verzija je s ciljem da bude primjenjiva u različitim kulturama publicirana na 16 jezika. CIDI se smatra izrazito strukturiranim

instrumentom budući da je točno određeno koje se pitanje postavlja sljedeće, kada ispitivač zna da je prikupio dovoljno informacija da može označiti izraženost određenog simptoma te što treba snimiti (Wittchen, 1993). Prvenstveno je bio namijenjen epidemiološkim istraživanjima, no kasnije se upotrebljava kako u kliničke, tako i u istraživačke svrhe (Kessler i Üstün, 2004). CIDI se sastoji od 41 dijela kojima se procjenjuje sveukupno funkcioniranje osobe (od screeninga i pregleda životnih simptoma, do svih poremećaja navedenih u DSM i ICD). Intervju obuhvaća ukupno 276 pitanja vezanih uz simptome kojima se generira 76 ICD-10 i 56 DSM-III dijagnoza. Provedba ovog instrumenta traje oko dva sata, ovisno o broju dijelova na kojima osoba postigne pozitivan rezultat (Abrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003).

CIDI je izrazito kompleksan instrument te se malo istraživanja bavilo provjeravanjem pouzdanosti, isključivo dijelova intervjuova vezanih uz depresiju. Wittchen (1993) je utvrdio kako je test-retest pouzdanost, provjeravana na način da su osobe ponovno intervjuirane nakon tri dana, izrazito dobra za gotovo sve dijagnoze ($kappa$ vrijednosti iznad .60), iznimka su samo bipolarni poremećaj ($kappa = .59$), distimija ($kappa = .52$) i jednostavne fobije ($kappa = .59$). Andrews i Peters (1998) su utvrdili kako je pouzdanost između različitih procjenjivača također izrazito dobra ($kappa$ vrijednosti iznad .90). Kao i s većinom izrazito strukturiranih instrumenata, malo se istraživanja bavilo valjanosti CIDI. Wittchen (1993) je utvrdio kako je valjanost ovog instrumenta zadovoljavajuća, a Janca i sur. (1992; prema Andrews i Peters, 1998) su utvrdili kako je povezanost dijagnoza generiranih iz CIDI i dijagnoza stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja zadovoljavajuća ($kappa = .77$).

3.2. Pregled istraživačkih ljestvica namijenjenih mjerenju depresije

Ove se ljestvice razlikuju s obzirom na to provodi li ih istraživač (strukturirani intervju) ili osoba sama ispunjava određeni upitnik čiji se ukupni rezultat zatim uspoređuje s nekim standardom te se, s obzirom na to, određuje u kojoj su mjeri kod osobe prisutni depresivni simptomi. Prve tri opisane skale ubrajaju se u ljestvice u kojima depresivne simptome procjenjuje istraživač, iduće dvije su skale samoprocjene, a posljednje četiri upotrebljavaju se pri mjerenju depresije na posebnim populacijama (djeca, adolescenti, starije osobe i postporođajna depresija). Mnoga su se istraživanja bavila razlikama samoprocjene i procjenama kliničara. Pokazalo se kako su podudaranja dijagnoza prihvatljiva, no uočene su neke razlike. Primjerice, kliničare se obučava da točnije označavaju stupanj izraženosti simptoma depresije pa su im stoga dijagnoze valjanije, no s druge strane, samoprocjene depresije su osjetljivije pri detektiranju promjena kod blažih oblika depresivnih poremećaja (Cusin, Yang, Yeung i Fava, 2009). Pregled opisanih istraživačkih instrumenata može se pronaći u Tablici 2.

3.2.1. Hamiltonova skala za depresiju (*Hamilton Rating Scale for Depression-HAM-D*)

HAM-D je jedna od najranije razvijenih (Hamilton, 1960) i najviše upotrebljivanih skala za mjerenje depresivnosti primjenjiva na djecu i odrasle. Provodi ju kliničar na način da intervjuira osobu, a svrha je procijeniti stupanj izraženosti depresije kod osobe s primarnim depresivnim oboljenjem. HAM-D je multidimenzionalna skala na kojoj identičan rezultat dvaju pacijenata može imati različito kliničko značenje. Ova je skala također korisna za praćenje promjena depresivnih simptoma tijekom liječenja (Abrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003). Originalna verzija HAM-D uključivala je 21 česticu, ali je Hamilton (Cusin, Yang, Yeung i Fava, 2009) naglasio kako se posljednje četiri čestice (dnevne varijacije, depersonalizacija/derealizacija, paranoidni simptomi i opsesivno-kompulzivni simptomi) ne bi trebale ubrajati u ukupan rezultat jer su takvi simptomi ili rijetki ili ne odražavaju izraženost depresije. Iz tih je zaključaka proizašla verzija sa 17 čestica koja je postala standard pri kliničkim ispitivanjima depresije (Cusin, Yang, Yeung i Fava, 2009), no postoje i verzije s 23 i 26 čestica. Prosječno vremensko trajanje provođenja ove skale je 12 minuta.

Istraživanja su pokazala (Bagby i sur., 2004; prema Cusin, Yang, Yeung i Fava, 2009) kako Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije HAM-D skale iznosi $\alpha = .83$, a meta-analizom preko 70 istraživanja utvrđeno je kako čestice na HAM-D skali imaju zadovoljavajuću pouzdanost. Test-retest pouzdanost ove skale pokazala se visokom ($r = .81$), čak i kada su je provodili minimalno trenirani ocjenjivači iz različitih disciplina. Što se tiče konvergentne valjanosti HAM-D skale, pokazalo kako visoko korelira sa skalama poput MADRS ili IDS-C (kasnije opisane) koje provodi kliničar. Novijom revizijom ove skale (Carneiro, Fernandes i Moreno, 2015) utvrđeno je kako se koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha kreće u intervalu od .71 do .85 što se može smatrati zadovoljavajućom pouzdanosti. HAM-D i ovim je istraživanjem također proglašena valjanom skalom, dobivena je visoka korelacija s MADRS skalom ($r = .84$), ali se HAM-D nije pokazala uspješnom u diferenciranju unipolarne i bipolarne depresije.

Glavne zamjerke ovoj skali su: propust uključivanja svih simptoma velikog depresivnog poremećaja (posebice neurovegetativnih simptoma poput pretjeranog spavanja ili konzumiranja hrane), zadržavanje čestica za koje se pokazalo da mjere različite konstrukte (npr. razdražljivost i anksioznost), dodjeljivanje nejednake težine različitim simptomima (npr. nesаница se može ocjenjivati na šest razina, a umor na samo dvije). Kako bi se poboljšala pouzdanost među procjenjivačima, razvijen je strukturirani intervju za HAM-D koji se koristi pri uvježbavanju kliničara i pri kliničkim istraživanjima te se njegova uporaba povezuje s boljim koeficijentom unutarnje konzistencije.

3.2.2. *Montgomery-Åsberg skala za ispitivanje depresije (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale-MADRS)*

MADRS (Montgomery i Åsberg, 1979) je unidimenzionalna skala koja je više usmjerena na psihološke nego na somatske aspekte depresije te je provodi kliničar. S obzirom da ova skala nije nadopunjavana, primarni joj cilj nije utvrđivanje neurovegetativnih simptoma, već joj je svrha mjerenje učinkovitosti liječenja depresije, pri čemu se prate i uspoređuju promjene ukupnog rezultata na upitniku prije, tijekom i po završetku liječenja. Skala se sastoji od 10 čestica i prosječno vrijeme rješavanja je oko 15 minuta (Filipčić, 2008).

Cunningham i sur. (2011) su utvrdili kako je koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha za ovu skalu visok $r = .90$. Novijom revizijom ove skale (Carneiro, Fernandes i Moreno, 2015) utvrđeno je kako koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha varira između .70 i .84 što se može smatrati zadovoljavajućom pouzdanosti. Što se tiče valjanosti, MADRS, kao što je spomenuto ranije, dobro korelira s HAM-D ($r = .84$) koji se, uz SCID, smatra zlatnim standardom za usporedbu valjanosti različitih skala depresije te da se, samim tim, može smatrati valjanom mjerom za procjenu izraženosti simptoma depresivnih poremećaja. Filipčić (2008) također navodi kako je pouzdanost između procjenjivača visoka, a rezultat na skali značajno korelira s standardiziranim mjerom depresije HAM-D. Također, sposobnost skale da razlikuje osobe koje reagiraju i one koje ne reagiraju na antidepresive bolja je od HAM-D skale, što ukazuje na bolju osjetljivost za promjene.

3.2.3. *Inventar simptomatologije depresije (Inventory of Depressive Symptomatology-IDS)*

IDS (Rush i sur., 1986) je skala koju provodi kliničar, a nastala je s ciljem umanjivanja nedostataka HAM-D i MADRS skala na način da su se uključile sve domene velikog depresivnog poremećaja, kao i melankolična i atipična obilježja. Inventar se može koristiti kako u kliničke, tako i u istraživačke svrhe. Skaliranjem svake čestice omogućeno je mjerenje blažih simptoma velikog depresivnog poremećaja, osiguravajući jednaku težinu različitim domenama simptoma i jasnije definicije čestica (primjerice, anksioznost i razdražljivost ocjenjuju se odvojeno). Originalna verzija imala je 28 čestica, ali su kasnije nadodane dvije čestice kako bi se bolje obuhvatila atipična obilježja velikog depresivnog poremećaja. Postoji i kraća verzija, sa 16 čestica, te verzija koju osoba sama ispunjava koja se sastoji od 30 čestica. Za provođenje verzije od 16 čestica potrebno je od 5 do 7 minuta, a verzije od 30 čestica oko 15 minuta.

Corruble i sur. (1999) su utvrdili kako koeficijent unutarnje konzistencije ove skale Cronbach alpha iznosi .75 što je zadovoljavajuća pouzdanost. Trivedi i sur. (2004) su analizom psihometrijskih karakteristika utvrdili kako Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije za

verziju od 16 čestica koju osoba sama ispunjava iznosi .86, a za njezinu kliničku inačicu iznosi .85. Kao što bi se moglo i očekivati, pouzdanost dulje verzije (30 čestica) još je bolja, pri čemu Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije za kliničku ljestvicu iznosi .90, a za ljestvicu koju osoba sama ispunjava iznosi .92. Što se tiče konvergentne valjanosti pokazalo se kako IDS visoko korelira s MADRS ($r = .71$) te se pokazalo kako ima veću osjetljivost na promjene u odnosu na MADRS. Korelacije ove skale s HAM-D skalom također su vrlo visoke, $r = .92$, a s BDI $r = .62$ što ukazuje na zadovoljavajuću valjanost ove skale (Cusin, Yang, Yeung i Fava, 2009).

3.2.4. Beckov inventar depresije (Beck Depression Inventory-BDI)

BDI (Beck i sur., 1961) je samoprocjena karakterističnih simptoma depresije te je jedan od najčešće korištenih instrumenata. Razvijen je kako bi se procijenio stupanj izraženosti depresivnih simptoma kod odraslih osoba i adolescenata starijih od 13 godina s ranije dijagnosticiranim depresivnim poremećajem. Originalna je verzija uključivala 21 česticu iz različitih domena simptoma kojima se ispituju poremećaji raspoloženja, gubitak nade, osjećaj odbačenosti, nesposobnost uživanja, osjećaj krivice, potreba za kaznom, mržnja spram sebe, samoosuđivanje, rizik samoubojstva, plačljivost, razdražljivost, poremećaj u odnosu s drugim ljudima, neodlučnost, negativna slika o sebi, smanjenje sposobnosti za rad, poremećaji spavanja, umor, nedostatak apetita, mršavljenje, hipohondrija i gubitak seksualne želje (Filipčić, 2008). Nakon publikacije DSM-IV izašla je i druga verzija ove skale, BDI-II, u kojoj su dodane četiri nove čestice, a neke stare su izbačene kako bi nova skala bolje reflektirala nove kriterije za dijagnozu velikog depresivnog poremećaja. Beck, Steer i Brown (1996) su također preformulirali sve čestice kako bi bile jasnije te se vremenski okvir u kojemu je osoba odgovarala o prisutnosti simptoma povećao s jednog na posljednja dva tjedna, uključujući i dan ispitivanja. Vremensko trajanje ispunjavanja je oko 5 minuta, primjena je jednostavna i prilagođena korisnicima, a ispitivač može čitati čestice osobama s poteškoćama u čitanju ili s koncentracijom.

Beck, Steer i Garbin (1988) su meta-analizom utvrdili kako je koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha BDI skale .86 za osobe sa psihijatrijskom dijagnozom, a .81 za nepsihijatrijski uzorak što se smatra zadovoljavajućom pouzdanosti. Cusin, Yang, Yeung i Fava (2009) su utvrdili kako Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije BDI skale iznosi $\alpha = .92$. Zbog učinaka pamćenja često dolazi do spurioznog povećanja test-retest pouzdanosti te se računanje iste komplicira i često izbjegava. Kjærgaard i sur. (2014) također su dobili slične rezultate, utvrdili su kako BDI ima visok koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha ($\alpha = .89$) što sugerira zadovoljavajuću pouzdanost. Procjena konvergentne valjanosti BDI-II skale pokazala se izrazito varijabilnom, Beck i sur. (1986) pokazali su kako su korelacije skale s

kliničkim mjerama $r = .72$, a s skalom HAM-D $r = .57$. Uspoređivane su dijagnoze (Kjærgaard i sur., 2014) generirane s BDI i one generirane SCID-om, te je dobiven *Cohenov kappa* .40 što se smatra niskom vrijednosti te se objasnilo time da je od 20 ispitanika s dijagnosticiranim velikim depresivnim poremećajem, troje imalo vrlo nizak rezultat na BDI što je moglo biti posljedica njihovih atipičnih simptoma (koje BDI ne obuhvaća) ili prekratkog vremenskog razdoblja za procjenu (dva tjedna).

3.2.5. Skala bolničke anksioznosti i depresije (*Hospital anxiety and depression scale-HADS*)

HADS je samoprocjena koju osobi najčešće daje liječnik opće prakse, ne upotrebljava se kao alat za dijagnozu depresivnih i anksioznih poremećaja (Whelan-Goodinson, Ponsford i Schönberger, 2009). Originalno su ga razvili Zigmond i Snaith (1983) kako bi utvrdili razine anksioznosti i depresije u općoj populaciji (16-65 godina). Općenito je utvrđeno kako HADS ne treba biti ograničen samo na bolničku populaciju, upotreba je primjerena i na općoj populaciji te na osobama s dijagnosticiranim mentalnim poremećajem. Sastoji se od 14 čestica, sedam opisuje anksiozne (HADS-A), a sedam depresivne simptome (HADS-D) te se od osobe zahtijeva da označi izraženost simptoma na Likertovoj skali od 0 do 3, gdje 3 upućuje na veću izraženost simptoma, a 0 na (gotovo) potpuni izostanak simptoma. Trajanje ispunjavanja je između 5 i 10 minuta.

Zigmond i Snaith (1983) su pri konstrukciji HADS naglasili kako je to pouzdan instrument za otkrivanje klinički značajne anksioznosti i depresije, da je također valjana mjera izraženosti tih poremećaja te da ponavljanim provedbom ovog instrumenta, kao posljedica češćeg dolaska osobe u bolnicu, liječnici prikupljaju korisne informacije o napretku poremećaja. Smarr (2003) je utvrdila kako se Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije ovog instrumenta kreće u rasponu od .78 do .93 za HADS-A te od .82 do .90 za HADS-D. Što se tiče test-retest pouzdanosti, pokazalo se kako se smanjuje prolaskom vremena, ukoliko je drugo testiranje provedeno najkasnije dva tjedna nakon prvog korelacije su bile veće od .80, od dva do šest tjedana $r = .73 - .76$, šest tjedana nakon prvotnog testiranja korelacije su bile oko .70. Whelan-Goodinson, Ponsford i Schönberger (2009) su utvrdili kako je pouzdanost cijele HADS skale izražena u obliku Cronbach alpha koeficijenta unutarnje konzistencije $\alpha = .94$, pri čemu je za HADS-A $\alpha = .92$, a za HADS-D $\alpha = .88$ što sugerira homogenost ove skale. Bjelland, Dahl, Haug i Neckelmann (2002) su također ispitali pouzdanost ove skale te su utvrdili kako Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije za HADS-A varira između .68 i .93, a za HADS-D između .67 i .90 što sugerira da HADS ima zadovoljavajuću pouzdanost. Kako bi se utvrdila konvergentna valjanost HADS-a, rezultati su uspoređivani s onima na SCID-u, osobe s dijagnosticiranim depresivnim poremećajem prema

SCID-IV imale su veće prosječne rezultate na HADS-D nego one koje nemaju dijagnosticiran poremećaj. Sličan obrazac dobiven je i na subskali anksioznosti. Bjelland, Dahl, Haug i Neckelmann (2002) su također utvrdili kako je konvergentna valjanost zadovoljavajuća jer se pokazalo kako ovaj instrument korelira u rasponu od .60 do .80 s BDI i MADRS, te su i divergentnu valjanost proglasili zadovoljavajućom jer korelacije između dvije subskale variraju od .40 do .74. Smarr (2003) je utvrdila kako HADS kod srčanih bolesnika predviđa kvalitetu života u iduće dvije godine te da je kod osoba s urološkim tegobama predvidio operacijske ishode, što sugerira kako ima dobru prognostičku valjanost.

3.2.6. Inventar depresije za djecu (The Children's Depression Inventory- CDI)

CDI (Kovacs, 1981) je samoprocjena namijenjena osobama između 7 i 17 godina starosti. Razvijen je na temelju Beckovog inventara depresije namijenjenog uporabi na odrasloj populaciji te je prilagođen korištenju sa djecom. Prvenstveno se koristi za proučavanje kognitivnih, bihevioralnih i neurovegetativnih simptoma depresije kod djece. CDI se sastoji od 27 čestica na kojima se traži da ispitanik procijeni u kojoj mjeri je iskusio različite tvrdnje u posljednja dva tjedna, a trajanje ispunjavanja ovog upitnika je oko 20 minuta.

Finch, Saylor, Edwards i McIntosh (1987) su utvrdili kako test-retest pouzdanost CDI iznosi .82 dva tjedna nakon prvotnog testiranja, a nakon dužih vremenskih perioda kreće se u intervalu od .66 do .67. Ovi autori naglašavaju kako je navedena pouzdanost zadovoljavajuća s obzirom na to da uzorak čine djeca školske dobi s čestim promjenama raspoloženja, no značajna smanjenja korelacija tijekom vremena sugeriraju kako se iz samo jednog testiranja s CDI ne bi trebale donositi dijagnostičke odluke. Saylor, Finch, Spirito i Bennet (1984) su utvrdili kako test-retest pouzdanost nakon tjedan dana iznosi .87 za populaciju djece s emocionalnim poteškoćama, ali $r = .38$ za populaciju bez poteškoća. Koeficijent unutarnje konzistencije Kuder-Richardson iznosio je .94 za normalnu populaciju, a .80 za populaciju s emocionalnim poteškoćama što se tumači kao zadovoljavajuća pouzdanost. Kako bi provjerili kriterijsku valjanost, istraživači su proučavali sposobnost CDI da razlikuje djecu sa i bez emocionalnih poteškoća. Pokazalo se kako CDI značajno razlikuje ove dvije skupine te se zaključilo kako ima zadovoljavajuću kriterijsku valjanost. Autori naglašavaju kako konstrukt koji se mjeri s CDI nije stabilan tijekom vremena te da u obzir treba uzeti činjenicu da su različita istraživanja valjanosti CDI skale dobila nesuglasne rezultate (Saylor, Finch, Spirito i Bennet, 1984).

3.2.7. Kutcherova skala depresije za adolescente (*Kutcher Adolescent Depression Scale-KADS*)

Kutcher i sur. (2003) su razvili skalu samoprocjene kako bi identificirali adolescente (12 do 18 godina) s depresivnim poremećajima te kako bi utvrdili promjene tijekom vremena. S obzirom na činjenicu kako je ova skala primarno kreirana kako bi se istraživala učinkovitost farmakoloških tretmana, strukturirana je na način da bude osjetljiva na promjene te je stoga primjenjiva kako u kliničke, tako i u istraživačke svrhe. Skala se sastoji od 11 čestica koje mjere efikasnost tretmana liječenja velikog depresivnog poremećaja kod adolescenata. Najčešće korištene skale za samoprocjenu depresije kod adolescenata prije razvijanja KADS-a bile su Beckov inventar depresije i Inventar depresije za djecu, no Brooks i Kutcher (2001; prema Kutcher i sur., 2003) su utvrdili kako na populaciji adolescenata ove skale nemaju zadovoljavajuću diskriminatornu valjanost.

Shojaee, Bulut i Shahidi (2016) provjerili su psihometrijske karakteristike ove skale i utvrđeno je kako KADS ima dvofaktorsku strukturu: osnovni simptomi depresije te suicidalni i fizički faktor. Koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha za cijelu skalu iznosi .88, za prvi faktor $\alpha = .87$, a za drugi $\alpha = .56$ što su sve zadovoljavajuće vrijednosti pouzdanosti. Niža vrijednost na drugom faktoru objašnjena je manjim brojem čestica. Kutcher i sur. (2003) su utvrdili kako Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije varira od .80 do .87 što se može smatrati zadovoljavajućom do vrlo dobrom pouzdanosti. Korelacija između dvaju faktora iznosi .48 što je dovoljno niska vrijednost koja ne uključuje dovoljno značajna preklapanja faktora. Konvergentna valjanost se ispitala proučavanjem povezanosti skale KADS s općom kliničkom procjenom i mjerom depresije kod djece, pokazalo se kako je s mjerom depresije kod djece KADS bila najbolje povezana ($r = .41$), a najlošije s općom kliničkom procjenom ($r = -.16$, korelacija je negativna jer visok rezultat na općoj kliničkoj procjeni predstavlja visoku razinu funkcioniranja). Sve su korelacije bile statistički značajne, ali niske što su istraživači objasnili time da su procjene kliničkog stanja pružali promatrači iz 30 različitih centara što je utjecalo na veličinu korelacija.

3.2.8. Gerijatrijska skala depresije (*The Geriatric Depression Scale-GDS*)

GDS (Yesavage i sur., 1982) je skala samoprocjene namijenjena mjerenju depresivnih simptoma kod starijih osoba te se najčešće koristi u istraživačke svrhe. Važnost razvijanja ovakve skale je činjenica da su simptomi poput poteškoća sa spavanjem, manjka energije i manjka seksualne želje česti kod nedeprativnih starijih osoba i, samim tim, druge skale najčešće nisu prikladne budući da je potrebno koristiti drugačije opise simptoma. GDS je sastavljen od 30 pitanja na koje osoba odgovara s da/ne, a čestice reflektiraju raznovrsnost simptoma povezanih s

depresijom, uključujući loše raspoloženje, manjak motivacije, orijentaciju prema prošlosti umjesto budućnosti, kognitivne poteškoće, opsesivne karakteristike i uznemirenost. Vrijeme ispunjavanja je oko 45 minuta (Abrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003).

Originalnom publikacijom (Yesavage i sur., 1982) ove skale provedena je i analiza njezinih psihometrijskih karakteristika te je utvrđeno kako GDS ima visok koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha ($\alpha = .94$), zadovoljavajuću test-retest pouzdanost ($r = .85$) te konvergentnu valjanost (korelacija s HAM-D iznosila .83). Dodatno, pokazalo se kako je GDS stabilna mjera depresivnih simptoma tijekom razdoblja hospitalizacije i da je pod manjim utjecajem akutnih zdravstvenih stanja. Leshner i Berryhill (1994) su ispitali pouzdanost i valjanost kraće verzije GDS (15 čestica) i utvrdili kako se duža verzija može zamijeniti kraćom, osim u slučajevima osoba s demencijom. Utvrđena je visoka korelacija između kraće i duže verzije ($r = .89$), a također su zabilježene i podjednake vrijednosti u području osjetljivosti. Ertan i sur. (2005) su proučavali psihometrijske karakteristike GDS na populaciji osoba s Parkinsonovom bolesti. Pri tome je utvrđen Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije od .92. Također, potvrđeno je kako GDS dobro diferencira osobe sa i bez dijagnoze depresivnih poremećaja što ukazuje na zadovoljavajuću valjanost ove skale i primjerenost njene upotrebe na populaciji starijih osoba s Parkinsonovom bolesti.

3.2.9. Skala postporođajne depresije (*The Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS*)

Postporođajna se depresija najčešće javlja 4 do 8 tjedana nakon poroda, iako se može javiti i kasnije, tijekom prve godine djetetova života. EPDS (Cox, Holden i Sagovsky, 1987) je samoprocjena koja se sastoji od 10 čestica i kojom se najčešće obavlja screening za depresivne poremećaje. No, istovremeno mjeri i stupanj izraženosti simptoma, dakle koristi se i u kliničke i u istraživačke svrhe. Ova se skala pokazala vrlo korisnom u općoj praksi u svrhu otkrivanja depresivnog poremećaja nakon poroda. Još jedna prednost ove skale je ta što se mnoga uobičajena somatska obilježja kod žena nakon porođaja, poput promjene spavanja ili energije, ne gledaju kao patološka (Abrabzdadeh-Bouchez i Lépine, 2003). Vrijeme ispunjavanja je oko 10 minuta.

Bergink i sur. (2011) su ispitali pouzdanost EPDS-a tijekom trudnoće. Utvrđeno je kako je koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha za svako tromjesečje iznosio $\alpha_1 = .82$, $\alpha_2 = .83$ i $\alpha_3 = .84$, a test-retest pouzdanost varirala je od $r = .55$ do $r = .63$ što ukazuje na zadovoljavajuću pouzdanost ove skale. Meta-analizom 18 istraživanja s EPD skalom (Eberhard-Gran i sur., 2001) utvrđeno je kako je EPDS valjana mjera izraženosti depresivnih poremećaja s obzirom da su postignuta velika preklapanja dijagnoza generiranih drugim mjerama poput MADRS (86%) i SCID (80%).

Tablica 1. Pregled kliničkih ljestvica namijenjenih ispitivanju depresivnosti

Naziv (kratica) i godina nastanka	Vrsta instrumenta	Primjena	Broj čestica	Trajanje ispunjavanja	Sadržajna valjanost	Pouzdanost	Valjanost	Populacija
SCI-MOODS (1999)	Intervju	Klinička i istraživačka	140	~ 60 minuta	4 domene intervjuja obuhvaćaju raspoloženje, energiju, kogniciju, ritmičnost i vegetativne funkcije.	$\alpha = 0.79 - 0.92$ Test- retest $r = .95 - .96$	Koristi se kao standard za procjenu valjanosti svih skala pa postiže visoke korelacije sa svim mjerama.	Odrasle osobe
PRIME-MD (1994)	2 dijela: upitnik i intervju	Klinička	27 (upitnik) i 17 vezanih uz depresiju na intervjuu	~ 20 minuta	Poremećaji raspoloženja, hranjenja, anksiozni, somatski te poremećaji povezani s konzumacijom alkohola.	Između procjenjivača ($r = .61$)	$r = .87$ s drugom mjerom zdravlja pacijenata	Odrasle osobe
CIDI (1988)	Intervju	Klinička i istraživačka	276	~ 120 minuta	76 ICD-10 i 56 DSM-III dijagnoza.	Između procjenjivača (kappa iznad .90)	Usporedbe sa stručnjacima (kappa=.77)	Odrasle osobe

Tablica 2. Pregled istraživačkih ljestvica namijenjenih ispitivanju depresivnosti

Naziv (kratica) i godina nastanka	Vrsta instrumenta	Primjena	Broj čestica	Trajanje ispunjavanja	Sadržajna valjanost	Pouzdanost	Valjanost	Populacija
HAM-D (1960)	Intervju	Istraživačka	23	~ 12 minuta	Stupanj izraženosti depresije i reaktivnost na tretman.	$\alpha = .71 - .85$ Test- retest (r=.81)	MADRS (r=.84)	Djeca i odrasli
MADRS (1979)	Intervju	Istraživačka	10	~ 15 minuta	Stupanj izraženosti depresije i reaktivnost na antidepressive.	$\alpha = .70- .84$	HAM-D (r=.84)	Opća populacija
IDS (1986)	Intervju	Klinička i istraživačka	28	~ 15 minuta	Slična HAM-D i MADRS, dodatno su uključene sve domene velikog depresivnog poremećaja.	$\alpha = .75$ Između procjenjivača (r=.95)	MADRS (r=.71) HAM (r=.92) BDI (r=.62)	Opća populacija
BDI (1961)	Upitnik	Istraživačka	21	5-10 minuta	Kognitivni, afektivni, somatski i vegetativni aspekti depresije.	$\alpha = .89 - .92$	HAM-D (r=.57) SCID (kappa=.40)	Adolescenti (stariji od 13) i odrasle osobe
HADS (1983)	Upitnik	Istraživačka	14	5-10 minuta	Izmiješane čestice koje mjere depresivne i anksiozne simptome.	$\alpha = .67 - .92$ Test-retest r= .80 >6 tj. r=.70	MADRS i BDI (r=.60 - .80) SCID (t (98) =6.84, p<.001)	16-65 godina
CDI (1981)	Upitnik	Istraživačka	27	~ 20 minuta	Kognitivne, bihevioralne i neurovegetativne čestice vezane uz simptome depresije.	Test-retest (r=.80 -.87) >2 tj. (r=.67) K-R (.80-.94)	Nesuglasni rezultati	7-17 godina
KADS (2003)	Upitnik	Istraživačka	11	~ 15 minuta	Efikasnost tretmana liječenja velikog depresivnog poremećaja kod adolescenata.	$\alpha = .80 - .88$	Klinička procjena (r= -.16)	12-18 godina
GDS (1982)	Upitnik	Klinička i istraživačka	30	~ 45 minuta	Afektivni i kognitivni simptomi česti u starijoj životnoj dobi.	$\alpha = .94$ Test-retest (.84)	HAM-D r= .83	Osobe starije životne dobi.
EPDS (1987)	Upitnik	Klinička i istraživačka	10	~ 10 minuta	Izraženost depresivnih simptoma.	$\alpha = .82 - .84$ Test-retest (.55 - .63)	Dijagnoze MADRS (86%) SCID (80%)	Trudnice i majke novorođenčadi

4. ZAKLJUČAK

Ovim završnim radom nastojale su se pružiti osnovne informacije o nekim ljestvicama koje ispituju depresivnost. Depresija je fenomen sastavljen od mnogo različitih psiholoških i ponašajnih aspekata, međutim, prilikom mjerenja depresivnosti, kliničari i istraživači često su skloni suziti opseg skala i upitnika samo na one koji ispituju psihološke komponente, posebice raspoloženje. Problem s ovim načinom istraživanja depresivnosti je zanemarivanje drugih aspekata, poput obrazaca govora ili motornih poteškoća čiji se utjecaj ne bi trebao umanjivati jer će se jedino temeljitim pristupom moći pokušati razumjeti priroda ovog kompleksnog kliničkog stanja. Depresivni su poremećaji jedna od najbrže rastućih dijagnoza modernog doba te prilikom odabira dijagnostičkog ili istraživačkog instrumenta treba imati na umu kako niti jedna od navedenih skala nije savršena u smislu primjenjivosti na sve populacije. Iako su provedene brojne revizije navedenih skala i upitnika te provjere njihovih psihometrijskih karakteristika, svakako je važno napomenuti kako su potrebna buduća istraživanja različitih faktora rizika za razvoj depresivnih poremećaja te validacije skala i upitnika budući da se pokazalo kako postoje brojna kulturalna, dobna i praktična ograničenja.

LITERATURA

- Abrabzdadeh-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.
- 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.
- Baldwin, D. S. & Birtwistle, J. (2002). *An atlas of depression*. New York: The Parthenon Publishing Group.
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bensaeed, S., Ghanbari Jolfaei, A., Jomehri, F. & Moradi, A. (2014). The Relationship between Major Depressive Disorder and Personality Traits. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9 (1), 37-41.
- Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, M.P., Wijnen, H., Bunevicius, R., van Baar, A. & Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 70 (4): 385–389.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Carneiro, A. M., Fernandes, F. & Moreno, R.A. (2015). Hamilton depression rating scale and Montgomery–Åsberg depression rating scale in depressed and bipolar I patients: psychometric properties in a Brazilian sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 42, 1-8.
- Corruble, E., Legrand, J.M., Duret, C., Charles, G. & Guelf, J. D. (1999). IDS-C and IDS-SR: Psychometric properties in depressed in-patients. *Journal of Affective Disorders*, 56, 95-101.

- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cusin, C., Yang, H., Yeung, A. & Fava, M. (2009). Rating Scales for Depression. U Baer. L. i Blais, M. A., *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health* (str. 7-37). New York: Humana Press.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S. & Ove Samuelsen, S. (2001). Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104 (4), 243-249.
- Ertan, F. S., Ertan, T., Kızıltan, H. & Uygucgil, H. (2015). Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale in depression in Parkinson's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*, 76 (10), 1445-1447.
- Fagiolini, A., Dell'osso, L., Pini, S., Armani, A., Bauanami, S., Rucc, P., Cassano, G.B., Endicott, J., Maser, J., Shear, M.K., Grochocinski, V.J. & Frank, E. (1999). Validity and reliability of a new instrument for assessing mood symptomatology: the Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (SCI-MOODS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 8 (2), 71-82.
- Filipčić, I. (2008). *Učestalost depresije i utjecaj liječenja depresije na kvalitetu života bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Finch, A.J., Saylor, C.F., Edwards, G.L. & McIntosh, J.A. (1987). Children's Depression Inventory: Reliability Over Repeated Administrations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16 (4), 339-341.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hammen, C. (2003). Mood Disorders. U Weiner, I.B., *Handbook of Psychology- Volume 8: Clinical Psychology* (str. 93-118). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Kessler, R. C. & Üstün, B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13 (2), 93-121.

- Kjærgaard, M., Arfwedson Wang, C. E., Waterloo, K. & Jorde, R. (2014). A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II, the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, and the Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample from a healthy population. *Scandinavian Journal of Psychology* 55, 83–89.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. & Watson, D. (2010). Linking “Big” Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 768-821.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in schoolaged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Kutcher, S., Brooks, S.J. & Krulewicz, S.P. (2003). The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of Its Evaluative Properties over the Course of an 8-Week Pediatric Pharmacotherapy Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13 (3), 337-349.
- Leshner, E. L. & Berryhill, J. S. (1994). Validation of the Geriatric Depression Scale - Short Form Among Inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (2), 256- 260.
- Montgomery, S.A & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134 (4), 382–389.
- Robins, L., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J., Babor, T., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D., Sartorius, N. & Towle, L. (1988). The Composite International Diagnostic Interview An Epidemiologic Instrument Suitable for Use in Conjunction With Different Diagnostic Systems and in Different Cultures. *Archives of general psychiatry*, 45 (12), 1069-1077.
- Rush A.J., Giles D.E., Schlessner M.A., Fulton C.L., Weissenburger J., Burns C. (1986) The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65–87.
- Sanchez-Villegas, A., Schlatter, J., Ortuno, F., Lahortiga, F., Pla, J., Benito, S. & Martinez-Gonzalez, M. (2008). Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry*, 8, 1-8.
- Saylor, C.F., Finch, A.J., Spirito, A. & Bennet, B. (1984). The Children's Depression Inventory: A Systematic Evaluation of Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (6), 955-967.

- Shojaee, M., Bulut, O. & Shahidi, M. (2016). Examining Psychometric Properties of the Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS-11) Using Multidimensional Item Response Theory. *International Journal of Current Research*, 8 (3), 27120-27131.
- Smarr, K.L. (2003). Measures of Depression and Depressive Symptoms. *Arthritis & Rheumatism*, 49 (5). 134- 146.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Kroenke, K., Linzer M., deGruy, F.V., Hahn, S.R., Brody, D. & Johnson, J.G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *The Journal of the American Medical Association*, 272 (22), 1749–1756.
- Trivedi, M.H., Rush, A.J., Ibrahim, H.M., Carmody, T.J., Biggs, M.M., Suppes, T., Crismon, M.L., Shores-Wilson, K., Toprac, M.G., Dennehy, E.B., Whitte, B., & Kashner, T.M. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 34, 73-82.
- Whelan-Goodinson, R., Ponsford. J. & Schönberger, M. (2009). Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale to assess depression and anxiety following traumatic brain injury as compared with the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Journal of Affective Disorders*, 114, 94–102.
- 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.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Ottoheirer, V. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361–370.