

Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja

Maja Bajs, dr. med.,¹ mr. sc. Špiro Janović,¹ doc. dr. sc. Slađana Štrkalj Ivezić,² Martina Bajs, prof.

¹Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb

²Klinika za opću i forenzičku psihijatriju i psihofiziologiju, Psihijatrijska bolnica Vrapče

Instrumenti za procjenu anksioznosti razvili su se radi objektivizacije aktualnoga kliničkog stanja, razlikovanja simptoma, procjene njihovog intenziteta i praćenja tijekom liječenja. Uobičajeno se klinički instrumenti koriste u istraživačke svrhe (epidemiološke, terapijske, dijagnostičke studije) i nisu u svakodnevnoj uporabi. Procjena kliničara o potrebi mjerenja pojavnosti i intenziteta simptoma ovisi o kliničkom interesu i situaciji te pacijentu kao ispitaniku. Osnovni preduvjeti za dobru kliničku primjenu instrumenata za procjenu anksioznosti i anksioznih poremećaja su dostupnost svih potrebnih informacija, poznavanje ljestvice, dobar intervju, obuhvaćanje svih pitanja bez izostavljanja i točna procjena intenziteta simptoma. Općenito, ocjenke ljestvice mogu biti dijagnostičke i simptomatske, a može ih primjenjivati educirati ispitivač/istraživač, ili su samoocjenke

A nksiozni se poremećaji odlikuju različitim kombinacijama specifičnih simptoma – pretjerana anksioznost, strah, zabrinutost, izbjegavanje, kompulzivni rituali, povećana pobudljivost, a mogu biti udruženi s problemima funkcioniranja ili značajnim distresom. No, anksioznost je prisutna i u svakodnevnom životu. Anksioznost kao fiziološka i emocionalna reakcija na stvarnu ili predviđenu prijetnju ne smatra se poremećajem. U razlikovanju normalne anksioznosti od anksioznog stanja i poremećaja koriste se suvremeni dijagnostički kriteriji, prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i poremećaja, 10. revizija (MKB-10), i američkom Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, četvrto izdanje (DSM-IV).

Procjena anksioznosti kod osobe koja javlja simptome treba uključiti reviziju simptoma, prepisane lijekove, svu terapiju koju uzima, uzimanje alkohola, droga i kave, fizikalni pregled s naglaskom na područja simptoma i funkcionalna ispitivanja. Idealno bi bilo, u osobe s anksioznošću, provesti osnovni fizikalni pregled i laboratorijske pretrage.

U procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja u svakodnevnoj kliničkoj psihijatrijskoj praksi koriste se klinički intervju i pregled, anamnestički i heteroanamnestički podaci i podaci o funkcioniranju osobe. Također je važno praćenje tijeka poremećaja za vrijeme liječenja.

Primjena instrumenata u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja

Klinički instrumenti za procjenu anksioznosti razvili su se radi potrebe objektivizacije aktualnoga kliničkog stanja, razlikovanja simptoma, procjene njihovog intenziteta i praćenja tijekom liječenja. Uobičajeno se klinički instrumenti koriste u istraživačke svrhe (epidemiološke, terapijske, dijagnostičke studije) i nisu u svakodnevnoj uporabi. Procjena kliničara o potrebi mjerenja pojavnosti i intenziteta simptoma ovisi o kliničkom interesu i situaciji te pacijentu kao ispitaniku.

Klinički instrumenti uobičajeno su konstruirani u obliku ljestvice ili upitnika. Ljestvice mogu mjeriti i intenzitet simptoma, dok se upitnicima, koji su često samoocjenjski, otkriva prisutnost simptoma. Kliničar treba odabrati instrument mjerenja koji će zadovoljiti ciljeve ispitivanja, što nije uvijek jednostavno. Treba procijeniti pouzdanost i osjetljivost ljestvice, njene psihometrijske

karakteristike, a zatim i jednostavnost i vrijeme potrebno za primjenu i obradu rezultata. Ponekad se ljestvica može konstruirati za neka specifična mjerenja u istraživanju. Češće se koriste već poznate ljestvice, s kojima postoje dobra iskustva, npr. HAMA se koristi više desetljeća. Ponekad se ljestvice ili upitnici preuzimaju iz drugoga govornog i kulturološkog područja, pa ih je potrebno prevesti na hrvatski, ali i validirati za našu populaciju (jer originalnu validaciju instrumenta uobičajeno radi autor, na svom području). Isto se tako instrumenti za mjerenje psihičkih poremećaja trebaju validirati za određene dobne skupine, npr. dječju i stariju dob.² Pravo korištenja ljestvice sljedeći je čimbenik odabira jer za neke ljestvice prava zadržavaju autori. U tom se slučaju treba tražiti dopuštenje autora za uporabu ili kupiti instrument.

Općenito, za svaki instrument mjerenja, odnosno ljestvicu, postoje priručnik ili smjernice koje objašnjavaju njegovu primjenu, sustav procjenjivanja, *cut-off* kriteriji i ostale specifične informacije, uključujući definicije pojedinih čestica i ključne točke.

Većina ljestvica procjenjuje stanje ili ponašanje ispitanika (pacijenta u istraživanju) tijekom definiranog vremena, što je najčešće 7 dana prije ispitivanja, ili je navedeno drukčije. Podaci, potrebni za ispunjavanje ljestvice, dobivaju se tijekom kliničkog intervjua, koji može biti strukturirani, polustrukturirani i nestrukturirani, što ovisi o uvjetima ljestvice i/ili sklonostima kliničara. Treba naglasiti da je tijekom procesa procjenjivanja važno procijeniti točno ono što je opservirano ili rečeno, ne uzimajući u obzir psihološka, psihodinamska ili bilo koja druga objašnjenja. Kada postoji dilema o određivanju intenziteta između težeg i lakšeg, ranije se savjetovalo odabiranje veće ocjene. Danas se češće ohrabruje skupljanje dostatnih i adekvatnih informacija za donošenje pravilne procjene.³

Osnovni preduvjeti za dobru kliničku procjenu tijekom primjene ljestvice su:¹

- dostupnost svih potrebnih informacija
- poznavanje ljestvice
- dobar intervju
- pitati sva pitanja bez izostavljanja
- točno utvrditi intenzitet simptoma.

Također je bitna pripremljenost i educiranost ispitivača, zatim prostor u kojem se radi ispitivanje i priprema ispitanika (pacijenta) kako bi se eliminirale poteškoće u komunikaciji. Ispitivač treba

osigurati atmosferu povjerenja i stručnosti u kojoj se ispitanik osjeća sigurno da bi mogao odgovoriti na sva pitanja adekvatno i točno. Pacijent mora dobiti informaciju o razlogu ispitivanja i biti upoznat s procedurom, te dati pristanak na takvo ispitivanje. Umjetnost intervjuja je znati koja pitanja pitati i kako ih pitati. U mnogim se istraživanjima utvrdilo da je upravo vođenje intervjuja glavni razlog pogreške. U slučaju ocjenskih ljestvica pitanja su točno zadana. Ispitivač mora pitati pitanja o svim česticama i intenzitetu simptoma. Pritom treba obratiti pažnju na nekonzistentnost pacijentovog iskaza. Ponavljanje pitanja radi pojašnjenja treba izbjegavati jer može interferirati s pacijentovim asocijacijama i prezentacijom simptoma. Važno je misliti i na vrijeme, jer što intervju dulje traje, teže je održati pažnju ispitanika. Kliničar ili ispitivač uglavnom može dobro primijeniti ljestvicu ako vodi adekvatan intervju, poznaje ljestvicu i poštuje upute. Za potrebe definiranih kliničkih istraživanja, kliničari prolaze i dodatnu edukaciju za pojedinu ljestvicu. U primjeni ocjenskih ljestvica važno je iskustvo s različitim ljestvicama, ponekad je dobra i supervizija te usporedba s rezultatima kolega radi postizanja konsenzusa i homogenosti ocjenjivanja (*interrater reliability*). Za primjenu nekih ljestvica mogu se educirati istraživači različitih edukativnih profila, a ne moraju nužno biti psihijatri.

Osim u istraživačke svrhe, uporaba objektivnih ljestvica daje pouzdaniju informaciju o napretku terapije nego subjektivna procjena. Pacijenti koji imaju dugotrajne simptome mogu krivo procijeniti simptome jer su izgubili adekvatan referenti okvir da bi u potpunosti razumjeli ograničenja vezana za anksioznost. Strukturirane ljestvice mogu pomoći pacijentima u prepoznavanju simptoma, promjene intenziteta simptoma, napredovanja terapije i potencijala za bolje funkcioniranje, pa indirektno mogu djelovati i edukativno. Kod ponovljenog ispitivanja određenim instrumentom ispitivanja dobro je osigurati iste okolinske uvjete ispitivanja kao kod početnog ispitivanja (isti ispitivač, prostorija, doba dana i sl.).⁴

Općenito, ocjenske ljestvice mogu biti dijagnostičke, simptomatske i samoocjenske. Ljestvice i upitnike uobičajeno primjenjuje educirani ispitivač/istraživač, osim samoocjenskih, koje ispunjava ispitanik.

Dijagnostički instrumenti

Dijagnostičke ljestvice su instrumenti koji identificiraju psihički poremećaj u ispitanika.⁴ Njihova primjena obično zahtijeva dulje vrijeme, čak 45-90 minuta, a dizajnirani su za jednokratnu procjenu. Mogu se kombinirati s ostalim kliničkim instrumentima ili se primjenjuju samostalno. U istraživanjima se često koriste dijagnostičke ljestvice radi odabiranja homogene skupine ispitanika na početku ispitivanja. Rjeđe se koriste u kliničkom radu, najviše radi vremena potrebnog za primjenu.⁵ Anksiozni se poremećaji, uz ostale psihičke poremećaje, mogu dijagnosticirati na sljedećim dijagnostičkim ljestvicama. Nazivi ljestvica na hrvatskom jeziku slobodan su prijevod autora za potrebe ovog teksta i ne predstavljaju službene nazive za ljestvice koje nisu formalno validirane za hrvatsku populaciju.

Složeni međunarodni dijagnostički intervju (Composite International Diagnostic Interview, CIDI). Koristi se za dijagnosticiranje psihičkih bolesti. To je epidemiološki instrument, razvijen za potrebe Svjetske zdravstvene organizacije kao dijagnostički alat za kroskulturalne epidemiološke studije. Ljestvica se koristi uz MKB-10 i DSM IV-R. Ljestvicu mogu primijeniti educirani ispitivači, za što je potrebno 60 do 90 minuta. Razvili su je Kessler i suradnici, a prava korištenja ima Svjetska zdravstvena organizacija.

Protokol za dijagnostički intervju (Diagnostic Interview Schedule, DIS). Koristi se kao epidemiološki instrument pri velikim epidemiološkim studijama. Obuhvaća sve informacije koje se mogu iskoristiti za dijagnosticiranje većine psihičkih poremećaja kod odraslih osoba, u skladu s raznim dijagnostičkim kriterijima (prvenstveno DSM). Intervju mogu provesti educirani ispitivači podjednako dobro kao i psihijatri. Za provođenje je potrebno 90 do 120 minuta. Prava korištenja pripadaju autoru, L. N. Robinsu.

Kratki međunarodni neuropsihijatrijski registar (Mini International Neuropsychiatric Inventory, MINI). MINI je kratka struk-

turirana dijagnostička ljestvica pomoću koje se dijagnosticiraju psihički poremećaji u skladu s DSM-IV i MKB-10 za potrebe multcentričnih kliničkih i epidemioloških studija. Radi se o kratkom instrumentu podijeljenom na module u skladu s dijagnostičkim kategorijama koje se promatraju. Ljestvicu mogu primijeniti ispitivači nakon kratke edukacije, a za provođenje je potrebno 15 do 20 minuta. Prava korištenja pripadaju autorima, D. Sheehanu, Y. Lecrubieru i T. Hergueta.

Protokoli za kliničku procjenu u neuropsihijatriji (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN). SCAN su razvili Svjetska zdravstvena organizacija i američki Nacionalni institut za mentalno zdravlje (NIMH), kao varijaciju poznate ljestvice „Present state examination”, radi dijagnosticiranja psihičkih poremećaja u odraslih osoba. SCAN ljestvica daje uvid i u trenutno stanje, ali i u cjelokupni tijek psihičkog poremećaja (*lifetime*). SCAN informacije uzima i iz drugih izvora poput medicinske dokumentacije ili heteropodataka dobivenih od obitelji. Podaci se analiziraju kompjuterskim programom CATEGO-5, koji daje dijagnoze prema MKB-10 ili DSM-IV kriterijima. Primjenjuju ga educirani psihijatri ili psiholozi, a za provedbu je potrebno 90 do 120 minuta.

Strukturirani klinički intervju za Os i DSM-IV (Structured Clinical Interview for Axis I DSM – IV Disorders, SCID). SCID je jedna od najraširenijih i najčešće korištenih dijagnostičkih instrumenata koja se koristi podjednako u istraživanjima i kliničkoj praksi. Ljestvica je razvijena radi dobivanja informacija korištenjem višemodularnog strukturiranog intervjuja o dijagnozama psihičkih poremećaja odraslih osoba prema DSM-IV. Nakon procjene glavnih problema, kliničar ciljano koristi jedan od različitih modula. SCID provodi trenirani ispitivač, a potrebno je 60 do 90 minuta. Prava korištenja pripadaju M. B. Firstu.

Specifični instrumenti za procjenu anksioznih poremećaja

Koriste se za procjenu pojavnosti i intenziteta simptoma, te praćenja tijeka poremećaja i ishoda terapije u određenom anksioznom poremećaju, a mogu se koristiti u svakodnevnom kliničkom i istraživačkom radu.⁶ Premda su neki prevedeni na hrvatski jezik, navodimo originalne engleske nazive. Hrvatski znanstvenici na području psihijatrije isto koriste pojedine ljestvice u znanstvenim istraživanjima.

Generalizirana anksioznost

Beckov registar anksioznosti (Beck Anxiety Inventory). Dizajniran je kao instrument za mjerenje generalizirane anksioznosti i razlikovanje simptoma anksioznosti od depresije. Ima 21 česticu, na koju ispitanik odgovara na ljestvici od 0 do 3 (0 = nema, 3 = jako izraženo). Ukupni rezultat ljestvice upućuje na stupanj anksioznosti – veći rezultat znači veći intenzitet anksioznosti. Može se koristiti i za procjenu promjene simptoma anksioznosti tijekom liječenja. S ljestvicom postoje dobra iskustva i u svakodnevnoj kliničkoj praksi, poglavito zbog jednostavnosti primjene. Rutinsko korištenje samoocjenske Beckove ljestvice anksioznosti u Dnevnoj bolnici Psihijatrijske bolnice Vrapče značajno olakšava dijagnostiku i evaluaciju liječenja anksioznih poremećaja.

Covi ljestvica za anksioznost (Covi Anxiety Scale, COVI). Ova ljestvica mjeri intenzitet anksioznih simptoma. Sastoji od tri čestice, a procjenjuje verbalni report, ponašanje i somatske simptome anksioznosti. Intenzitet simptoma ocjenjuje se od 1 do 5 (1 = uopće ne, 5 = izraženo). Ljestvica je jednostavna, no kako ima samo tri općenite ocjene, najčešće se koristi zajedno s nekom drugom ljestvicom. Smatra se da točno razlikuje skupinu anksioznih od depresivnih pacijenata.

Hamiltonova ocjenska ljestvica za anksioznost (Hamilton Rating Scale for Anxiety, HAM-A). Najčešće korištena ljestvica za simptome anksioznosti. Originalno je zamišljena za procjenu simptoma u osoba koje već imaju anksiozni poremećaj. HAM-A nije osobito korisna u procjeni anksioznih simptoma u drugim psihičkim poremećajima. Sastoji se od 14 čestica, koje se ocjenjuju od 0 do 4 (0 = ne postoji, 4 = značajno izražen), a posljednja čestica ocjenjuje

ponašanje tijekom kliničkog intervjua. Uglavnom se temelji na somatskim simptomima i oslanja na subjektivni iskaz pacijenta. Ljestvica je dizajnirana za mjerenje promjene u simptomima tijekom vremena. Prednosti su široka primijenjenost i jednostavnost. Nedostaci uključuju nemogućnost generalizirane procjene anksioznih simptoma u ostalim psihičkim poremećajima te predominantno bavljenje subjektivno iskazanim somatskim simptomima. U depresivnih pacijenata treba se koristiti zajedno sa skalom za depresiju, HAM-D. Korištena je u mnogim kliničkim studijama za procjenu terapijskog učinka.⁷

Bolnička ljestvica za anksioznost i depresiju (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Samoocjenska ljestvica koja se koristi za otkrivanje simptoma depresije i anksioznosti u medicinskim ustanovama. Ima 14 čestica, od kojih se 7 odnose na depresiju, a 7 na anksioznost, dok se intenzitet ocjenjuje ljestvicom od 0 do 3 (0 = uopće ne, 3 = cijelo vrijeme). Prednosti su jednostavna primjena za procjenu anksioznosti i depresivnosti. Smatra se pouzdanim instrumentom za skrining klinički značajne anksioznosti i depresije u pacijenata u medicinskim ustanovama. Može se primijeniti u evaluaciji liječenja. Validirana je u psihijatrijskoj i općoj populaciji za odrasle i adolescente. Prava korištenja pripadaju National Foundation for Educational Research.⁸

Registar za stanje i karakteristike anksioznosti (State-trait Anxiety Inventory, STAI). STAI može razlikovati aktualnu, situacijsku, odn. privremenu (state) anksioznost, koja se javlja u određenim situacijama, od dugotrajne (*trait*) anksioznosti, koja se javlja kao generalizirana kronična anksioznost. To je samoocjenska ljestvica koja ima 40 čestica, od kojih se 20 odnosi na općenitu anksioznost, a drugih 20 na aktualno stanje pacijenta. Postoji i kompjutorska verzija. Ima dobru korelaciju s ostalim ljestvicama, npr. Beck Anxiety Inventory i Fear Questionnaire. Prava korištenja pripadaju autoru C. Spielbergeru.

Fobije/Socijalna anksioznost

Upitnik za strah (Fear Questionnaire, FQ). Samoocjenska ljestvica koja se koristi za procjenu fobija, fobičnih simptoma i ostalih simptoma povezanih s fobijama. Ima 24 čestice. Dio upitnika evaluira fobično ponašanje povezano sa serijom fobičnih situacija, dok drugi dio evaluira simptome anksioznosti, depresije i generalnog distresa uzrokovanog fobijom. Upitnik procjenjuje pet socijalnih situacija, pet tjelesnih ozljeda i pet agorafobičnih situacija, koje se pojedinačno mogu koristiti kao subljestvice. Svaka se čestica procjenjuje od 0 do 8 (0 = nema fobije, 8 = jako izraženo). Ljestvica se zaključuje ukupnim rezultatom i rezultatima subskala za agorafobiju, tjelesnu ozljedu i socijalnu fobiju. Pacijentu treba oko 10 minuta. Prava korištenja pripadaju autoru I. Marksu.

Liebowitzova ljestvica za socijalnu anksioznost (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS). Ljestvica ocjenjuje strah/anksioznost i izbjegavanje. Ima 24 čestice, koje predstavljaju uobičajene situacije predstavljanja u javnosti ili socijalne situacije. Svaka situacija se ocjenjuje ocjenom od 0 do 3 (0 = nema ili nikada, 3 = jako ili učestalo). Ima 13 čestica koje se odnose na nastup u javnosti i 11 koje se odnose na socijalne situacije. Primjenjuje ju kliničar ili educirani ispitivač, a traje oko 15 minuta. Prava korištenja pripadaju M. Liebowitzu.

Registar socijalne fobije i anksioznosti (Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI). Ljestvica procjenjuje kognitivne, somatske simptome i izbjegavanje u nizu socijalnih i agorafobičnih situacija. Nudi ukupni rezultat za intenzitet socijalne fobije. Ima dvije subskale, za socijalnu fobiju i agorafobiju. Može se koristiti za skrining u medicinskim ustanovama, školama, domovima i penalnim ustanovama. Također se koristi u poslovnim situacijama radi procjene osoba koje imaju poteškoće na položajima koji zahtijevaju socijalnu interakciju i socijalni performans. Koristi se za odrasle i adolescente. Primjenjuje ju kliničar ili educirani ispitivač, a traje 20-30 minuta. Prava korištenja pripadaju autoru, S. M. Turneru.⁹

Yale-Brownova opsesivno-kompulzivna ljestvica (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS). Procjenjuje intenzitet poremećaja u osoba s opsesivno-kompulzivnim poremećajem. Veći dio

ljestvice zahtijeva samoprocjenu ispitanika, a završna procjena uključuje i kliničku procjenu ispitivača. To je polustrukturirana ljestvica, koja koristi listu pitanja za svaku od 10 čestica. Čestice se ocjenjuju od 0 do 4 (0 = nema, 4 = ekstremno), a ocjena intenziteta se temelji na iskazu ispitanika i opservaciji tijekom intervjua. Prije ispitivanja ispitivač treba objasniti ispitaniku definiciju opsesivnih ideja i kompulzivnog ponašanja. Prednosti su kratkoća i jednostavnost primjene. Nedostatak je korištenje samo u studijama opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Značajna prednost je mogućnost procjena intenziteta simptoma koji ne ovise o vrsti ili broju aktualnih simptoma. Također se koristi za procjenu promjene simptoma tijekom liječenja. Prava korištenja pripadaju autoru W. K. Goodmanu.

Ljestvica za akutnu paniku (Acute Panic Inventory Scale, API). Ljestvica mjeri karakteristike i izraženost paničnih napadaja. Ima 17 čestica koje evaluiraju simptome tijekom paničnog napada, a procjenjuju se ocjenama od 0 do 3 (0 = nema, 3 = jako izraženo). Ljestvica ne procjenjuje trajanje i broj paničnih napadaja. Jednostavna je i kratka, a primjenjuje ju kliničar ili educirani ispitivač. Prava korištenja pripadaju autoru M. R. Liebowitzu.

Sheehanova samoocjenska ljestvica za anksioznost (Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale, SPRAS). Procjenjuje izraženost simptoma u osoba s paničnim poremećajem na ljestvici od 5 stupnjeva; procjenjuje somatske simptome paničnog poremećaja, zatim nesanicu, depresivnost, promjene raspoloženja, opsesivnost i kompulzivnost. Razlikuje situacijsku anksioznost, neočekivanu anksioznost, neočekivane djelomične simptome i anticipacijsku anksioznost. Prednost joj je jednostavnost, a ljestvicu ispunjava ispitanik.

Klinička ljestvica za posttraumatski stresni poremećaj (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS). Ljestvica razvijena za procjenu vrste i ozbiljnosti simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja kod vojnika i civila, u skladu s DSM-III-R klasifikacijom. Razvili su je istraživači Veterans Affairs Medical Centera i dostupna je bez naknade. CAPS se sastoji od 17 čestica koje obuhvaćaju simptome PTSP-a prema B, C i D kriterijima DSM-IV. Za svaku česticu ispitivač procjenjuje učestalost i intenzitet. Za kriterij A, vezan uz traumatski događaj, kriterij E, koji govori o trajanju smetnji, i kriterij F, koji procjenjuje osobni doživljaj smetnji, poremećaj socijalnog i radnog funkcioniranja ispituje se pacijent. Bodovi postignuti na CAPS-u upućuju na vrstu i težinu te na postojanje/nepostojanje poremećaja. CAPS provodi kliničar ili trenirani ispitivač, a potrebno je 50 do 60 minuta.

Davidsonova ljestvica za traum (Davidson Trauma Scale, DTS). Kratka i jednostavna ljestvica koja mjeri izraženost i učestalost simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja. Može se koristiti za otkrivanje žrtava traume ili stanja pri početku i tijekom terapije PTSP-a. Sastoji se od tri modula koji korespondiraju s osnovnim DSM-IV kriterijima PTSP-a i procjenjuju izraženost i učestalost smetnji. Provodi je kliničar ili trenirani ispitivač, a potrebno je 10 minuta.¹⁰

Mississippi ljestvica (Mississippi Scale, MSS). Samoocjenski instrument za procjenu intenziteta simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja ratnih veterana. Postoji i civilna varijanta. Ima 35 čestica, koje su podijeljene u četiri skupine u skladu s DSM-IV kriterijima PTSP-a. Procjena intenziteta je na skali od 1 do 5. Provodi je kliničar ili trenirani ispitivač, a potrebno je 10 do 20 minuta.

Samoocjenske ljestvice. Imaju neke prednosti, npr. jednostavnost primjene jer ispitanik sam odgovara na pitanja, i nema potrebe za angažmanom osoblja. Koriste se u procjeni subjektivnih stanja, a ponekad mogu otkriti i neke prikrivene simptome.¹ Kada se koriste u psihoedukacijskim intervencijama, mogu poboljšati uvid pacijenta u stanje, što je važno radi identifikacije ključnih simptoma bolesti i praćenja terapijskog odgovora.¹¹ Glavni nedostatak samoocjenske ljestvice je pouzdanost, naročito u onim poremećajima gdje postoji značajan nedostatak uvida pacijenta.¹²

Zaključak

Klinički instrumenti za dijagnostiku anksioznosti i anksioznih poremećaja nisu u svakodnevnoj kliničkoj uporabi, ali mogu pružiti

diferentnije i objektivnije podatke o intenzitetu simptoma i napredovanju liječenja.¹³ U odabiru ljestvice značajni su pouzdanost i osjetljivost ljestvice, dobre psihometrijske karakteristike, jednostavnost primjene i vrijeme primjene. Također treba obratiti pažnju na okolnosti primjene ljestvice i edukaciju ispitivača. U korištenju podataka bitna je i jednostavnost obrade podataka.⁵ Osim simptoma i intenziteta simptoma, ljestvice mogu dati značajnu procjenu profesionalnog, socijalnog i obiteljskog funkcioniranja i njihovih promjena. Radi postizanja bolje procjene, kliničke se ljestvice mogu uspješno kombinirati međusobno ili sa samoocjenskim ljestvicama. Primjena samoocjenskih ljestvica može se preporučiti i u svakodnevnoj kliničkoj praksi za procjenu simptoma i tijeka liječenja, naročito zbog jednostavnosti primjene. **M**

LITERATURA

1. Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in Mental Health, 2nd ed. Hudson: Lexi-Comp Inc, 2006;9-21.
2. Stanley MA, Beck JG, Zebb BJ. Psychometric properties in older adults. Behav Res Ther 1996;34: 827-38.
3. Anxiety Disorders MOH Clinical Practice Guidelines 7/2003 Integrated Press Ministry of Health. Singapore 2003;23.
4. Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in Mental Health, 2nd ed. Hudson (Cleveland): Lexi-Comp Inc. 2003;24-33.
5. Janovic S, Bajs M, Jelacic Majdancic P. Need for Brief Cognitive Assessment in Schizophrenia. XII World Congress of Psychiatry, Aug. 24-29. Yokohama, Japan Abst. Vol 2, 294.
6. Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in Mental Health, 2nd ed. Hudson (Cleveland): Lexi-Comp Inc. 2006;36-68.
7. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959;32:50-5.
8. Herrmann C. International experiences with the hospital anxiety and depression scale: a review of validation data and clinical results. J Psychosom Res. 1997;42:17-41.
9. Turner SM, Beidel DC, Dancu DV i sur. An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The social phobia and anxiety inventory. Psychol Assessment 1989;1:35-40.
10. Davidson JR, Book SW, Colket JT i sur. Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. Psychol Med 1997;27(1): 153-60.
11. Osman A, Barrios FX, Aukes D, Osman JR. Psychometric evaluation of the social phobia and anxiety inventory in college students. J Clin Psychol. 1995;51(2):235-43.
12. Kogan JN, Edelstein BA, McKee DR. Assessment of anxiety in older adults: current status. J Anxiety Disord 2000;14(2):109-32.
13. Swinson RP. Clinical practice guidelines: Management of anxiety disorders. Can J Psychiatry 2006;51(2): 7-92.