

## Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti

### *Current Classification of Depression and Measure Instruments*

**Ninoslav Mimica, Vera Folnegović-Šmalc, Suzana Uzun, Gordan Makarić**

Klinika za opću i forenzičku psihijatriju i kliničku psihofiziologiju

Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Psihijatrijska bolnica Vrapče

10090 Zagreb, Bolnička cesta 32

**Sažetak** Danas je u svijetu u uporabi u psihijatriji više klasifikacijskih modela, ali su bez sumnje najvažnije dvije klasifikacije: ona Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) - MKB-10 i Američke psihijatrijske asocijacije (APA) - DSM-IV. Za naš svakodnevni klinički rad obvezatna je MKB-10, no činjenica je da je američka klasifikacija popularnija u današnjoj psihijatrijskoj znanosti. Dijagnoza depresivnog poremećaja prema MKB-10 uključuje depresivnu epizodu (F32), ponavljani depresivni poremećaj (F33) i distimiju (F34.1). Dijagnoza depresivne epizode, bilo prve ili ponavljane, postavlja se kada su zadovoljeni svi kriteriji definirani u klasifikaciji, bez obzira na okolnosti nastanka poremećaja. Donosi se pregled mjernih instrumenata koji se rabe u dijagnostici i ocjeni depresivnih poremećaja. Mjerni instrumenti u psihijatriji danas se uvelike primjenjuju, neizbježni su u svim vrstama psihijatrijskih kliničkih istraživanja, a mnogi od njih sve se češće upotrebljavaju i u rutinskoj kliničkoj praksi.

**Ključne riječi:** depresija, klasifikacija, MKB-10, DSM-IV, mjerni instrumenti, ocjenске ljestvice

**Summary** Although many classifications are currently used in psychiatry, two of them are definitely the most important: ICD-10 of the World Health Organisation (WHO) and DSM-IV of the American Psychiatric Organisation. While ICD-10 has to be used in everyday clinical practice, the American classification is more popular in psychiatry. The diagnosis of depressive behavior according to ICD-10 includes depressive episode (F32), recurrent depressive disorder (F33) and dysthymia (F34.1). The diagnosis of depressive episode, either initial or recurrent, is made when all criteria given in the classification are met, irrespective of the circumstances leading to the occurrence of depressive disorder. The article provides a review of measuring instruments used in the diagnosis and evaluation of depressive disorders. The measuring instruments are used to a large extent in psychiatry, they are indispensable in all types of psychiatric clinical research and most of them are increasingly used in routine clinical practice.

**Key words:** depression, classification, ICD-10, DSM-IV, measure instruments, rating scales

### *Suvremena klasifikacija depresija*

Danas je u svijetu u uporabi u psihijatriji više klasifikacijskih modela, ali su bez sumnje najvažnije dvije klasifikacije: ona Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) - MKB-10 (1) i Američke psihijatrijske asocijacije (APA) - DSM-IV (2). Za naš svakodnevni klinički rad obvezatna je MKB-10, no činjenica je da je američka klasifikacija popularnija u današnjoj psihijatrijskoj znanosti (3).

### Klasifikacija Svjetske zdravstvene organizacije

MKB temelji se na Europskoj psihijatrijskoj školi, poglavito je naslonjena na njemačku psihijatrijsku tradiciju. Ova klasifikacija oslanja se na fenomenološki pristup opisan u općoj psihopatologiji, uz pretpostavku da će dijagnozu postavljati visokospecijalizirani profesionalac (4).

Posljednjih desetljeća 20. stoljeća grupa autora izradila je 10. reviziju MKB, a objavila ju je 1992.

godine. Iste godine SZO izdaje i zasebnu knjigu (CDDG) u kojoj donosi kliničke opise i dijagnostičke smjernice za sve navedene mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja (5). Od 1. siječnja 1994. godine MKB-10 se počela i službeno primjenjivati u nekim europskim zemljama, a u Republici Hrvatskoj stupila je na snagu 1. siječnja 1995. godine i još vrijedi. Vrlo je edukativna i kliničaru korisna knjiga u kojoj se navode opisi slučajeva odraslih bolesnika razvrstanih prema MKB-10 (6). Hrvatski prijevod (7) tiskan je 1999. godine i uvelike je pridonio boljemu razumijevanju suvremene koncepcije psihijatrijskih poremećaja i preciznijemu dijagnosticiranju u nas.

U usporedbi s MKB-9 (8), u MKB-10 dolazi do značajnijih, i nipošto samo formalnih, promjena u klasifikaciji. Prvo, napušta se stari način šifriranja bolesti i uvodi se alfa-numerička klasifikacija koja daje više fleksibilnosti i mogućnosti u sortiranju i eventualnom ubacivanju novih poremećaja u buduća izdanja. Nadalje, kriteriji za mnoge psihičke poremećaje uvelike su izmijenjeni, a i mnogi poremećaji svrstani su u različite podskupine. Neki su poremećaji izostavljeni ili se navode pod drugim imenom, ali uvršteni su i neki poremećaji kojih u prijašnjoj klasifikaciji nije bilo. Tako se sada "Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja" navode u poglavlju F00-F99, a depresivni poremećaji su svrstani u poglavlje "Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)" koje nosi oznaku F30-F39.

U ovim dijagnostičkim smjernicama ističe se da veza između etiologije, simptoma biokemijskih procesa u pozadini, odgovora na liječenje i ishoda poremećaja raspoloženja (afektivnih poremećaja) nije još dovoljno objašnjena da bi se klasifikacija mogla provesti na općeprihvatljiv način, no donosi se prihvatljiva klasifikacija koja je rezultat brojnih konzultacija.

Unutar poglavlja "Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)" navode se sljedeći depresivni poremećaji:

F32 Depresivna epizoda

F33 Ponavljani depresivni poremećaj

F34 Perzistentni poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)

F38 Drugi poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)

F39 Neodređeni poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)

Sljedeće depresivne poremećaje ili poremećaje kod kojih se javljaju depresivni simptomi važno je poznavati iz diferencijalnodijagnostičkih razloga, tj. da bi se mogli isključiti:

F00-F03 Demencije (Alzheimerova bolest, vaskularna demencija, u bolestima klasificiranim na drugome mjestu, neodređena)

F06.31 Organski bipolarni poremećaj

F06.32 Organski depresivni poremećaj

F06.33 Organski mješoviti afektivni poremećaj

F10-F19 Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uporabom psihoaktivnih tvari. (Poremećaji raspoloženja za vrijeme ili nakon prestanka uzimanja psihoaktivne supstancije); Psihotični poremećaj s depresivnim simptomima F1x54; Rezidualni afektivni poremećaj F1x72.

F20.4 Postshizofrena depresija

F20.5 Rezidualna shizofrenija

F25.1 Shizoafektivni poremećaj, depresivni tip

F31.3 Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja depresivna epizoda blaga ili umjerena

F31.4 Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja depresivna epizoda teška bez psihotičnih simptoma

F31.5 Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja depresivna epizoda teška sa psihotičnim simptomima

F31.6 Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda mješovita

F43.20 Kratkotrajna depresivna reakcija

F43.21 Prolongirana depresivna reakcija

F43.22 Mješovita anksiozno-depresivna reakcija

## F32 Depresivna epizoda

Dijagnoza depresivnog poremećaja postavlja se na osnovi svih raspoloživih podataka (anamneza, heteroanamneza i dr.), a treba sagledati sve navedeno:

- \* broj simptoma
- \* trajanje poremećaja
- \* utjecaj poremećaja na socijalno, obiteljsko i radno funkcioniranje
- \* diferencijalnodijagnostički kriteriji
- \* okolnosti pojave depresivnih simptoma

*Osnovni principi dijagnostike depresije prema MKB su:*

- \* Zadovoljen kriterij minimalnog broja simptoma potrebnih za dijagnozu
- \* Minimalno trajanje simptoma (2 tjedna)
- \* Dijagnoza se postavlja bez obzira na to u kojim su okolnostima simptomi nastali

- \* Dijagnoza depresije se ne postavlja ako se simptomi bolje mogu dijagnosticirati kao neki drugi jasno prepoznatljiv psihički poremećaj
- \* U slučaju suicida ili parasuicida tijekom depresivne epizode, potrebno je uz šifru depresije dodatno upisati odgovarajuću šifru (X60 - X84)
- \* Ako ima dovoljno podataka za postavljanje dviju ili više psihijatrijskih dijagnoza (komorbiditet), potrebno ih je sve šifrirati

Razlikovanje različitih stupnjeva intenziteta depresivnog poremećaja i dalje ostaje problem, no u sadašnjoj klasifikaciji, zbog želje mnogih kliničara, navode se tri odnosno četiri stupnja:

### **F32.0 Blaga depresivna epizoda**

(prisutna 2 tipična + 2 druga simptoma; blaže teškoće u obavljanju uobičajenog posla i socijalnih aktivnosti, ali ne dolazi do potpunog prekida aktivnosti)

### **F32.1 Umjerena depresivna epizoda**

(prisutna 2 tipična + 3 druga simptoma; obično postoje značajne teškoće u socijalnim, radnim i kućnim aktivnostima)

### **F32.2 Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma**

(prisutna sva 3 tipična + 4 druga simptoma; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene)

### **F32.3 Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima**

(prisutna sva 3 tipična + 4 druga + psihotični simptom/i; socijalne, radne i kućne aktivnosti znatno su ograničene)

Među tipične simptome depresije MKB navodi sljedeća tri:

1. depresivno raspoloženje
2. gubitak interesa i uživanja
3. smanjenje energije, obično povećani umor i smanjena aktivnost. (Često je uočljiv zamor i nakon najmanje aktivnosti.)

Drugi uobičajeni simptomi su:

1. smanjena koncentracija i pažnja
2. smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje
3. osjećaj krivnje i bezvrijednosti (čak i u blagom obliku epizode)
4. sumorni i pesimistični pogledi na budućnost
5. ideje o samoozljeđivanju ili suicidu
6. poremećaj spavanja
7. smanjeni apetit

*Somatski simptomi u depresiji su:*

1. Gubitak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su normalno ugodne
2. Gubitak emocionalnih reakcija na događaje i aktivnosti koje normalno proizvode emocionalni odgovor
3. Jutarnje buđenje dva ili više sata ranije od uobičajenoga
4. Depresivno stanje teže izjutra
5. Izražena psihomotorna retardacija ili agitacija
6. Značajan gubitak apetita
7. Gubitak tjelesne težine (od 5% ili više u posljednjih mjesec dana)
8. Izrazit gubitak libida

Prihvaćeno je da simptomi, koji se ovdje nazivaju "somatskima", također mogu nositi naziv "melankolični", "vitalni", "biološki" ili "endogenomorfni". Šifrom F32.00 označit ćemo prvu depresivnu epizodu bez somatskih simptoma (tj. kada ne postoji ni jedan somatski simptom ili ih je manje od četiri). Šifrom F32.01 označit ćemo pak prvu depresivnu epizodu sa somatskim simptomima (i to kada postoje barem četiri ili više somatskih simptoma ili ako su prisutna dva ili više vrlo izražena intenziteta). Treba naglasiti da je klasifikacija uređena tako da ovaj somatski sindrom mogu uporabiti oni koji to žele, ali može biti i zanemaren bez gubitka drugih informacija.

### **F33 Ponavljani depresivni poremećaj**

Ovaj se poremećaj dijagnosticira kad su prisutne samo ponavljane epizode depresije (bilo koje težine: blage, umjerene, teške bez psihotičnih simptoma ili s njima) i kada nikada nisu bili zadovoljeni kriteriji za maničnu epizodu. Procjenjuje se težina sadašnje epizode. Također se može upotrijebiti peti znak da se označi prisutnost somatskih simptoma.

### **F34.1 Distimija**

Karakteristika kliničke slike distimije jest kronično depresivno raspoloženje koje nikada ili vrlo rijetko postaje dovoljno teško da ispunji kriterije za ponavljani depresivni poremećaj blage ili umjerene težine (F33.0 ili F33.1). Uobičajeno traje najmanje nekoliko godina, kadšto bez kraja. Karakteristična je izmjena razdoblja normalnog raspoloženja koje traje nekoliko dana ili tjedana, s depresivnim raspoloženjem koje traje većinu vremena, bolesnici se često osjećaju umorni i ništa im ne donosi zadovoljstvo, loše spavaju. Socijalno funkcioniranje nije jače poremećeno. Uobičajeno se mogu nositi s osnovnim zahtjevima svakodnevnog života. Konceptcija distimije slična je konceptiji depresivne neuroze ili depresivnog poremećaja ličnosti iz MKB-9 (9).

## Klasifikacija Američke psihijatrijske udruge

DSM-klasifikacija, službena američka klasifikacija, osmišljena je da zadovolji dijagnostičke i statističke potrebe, kako je to i navedeno u njezinu nazivu. Da bi se postigao visok stupanj statističke reliabilnosti, simptomi se rjeđe rabe kao dijagnostički kriteriji, što omogućava i manje specijaliziranim profesionalcima da obavljaju dijagnostiku (4).

Treba spomenuti da je u Sjedinjenim Američkim Državama Američka psihijatrijska udruga (APA) priredila i izdala, još 1952. godine, statistički priručnik mentalnih poremećaja (DSM-I) (10). Od 1994. godine vrijedi četvrto izdanje (DSM-IV) (2), koje je *de facto* još uvijek na snazi. Iz diferencijalnodijagnostičkih i edukativnih razloga hvale je vrijedna knjiga slučajeva, tj. dijagnoza koje se javljaju u DSM-IV-klasifikaciji (11). Nadalje, 1995. izašla je međunarodna verzija DSM-IV s MKB-10 šiframa, a koja je u cijelosti prevedena na hrvatski jezik i objavljena već 1996. godine (12), što je uvelike pridonijelo edukaciji hrvatskih psihijatara. U 2000. godini izlazi DSM-IV-TR (13), koji bilježi samo minornije izmjene i popravke teksta u odnosu na prethodno izdanje (14). Američke klasifikacije u osnovi su detaljnije i strože pa ih često upotrebljavaju europski i drugi autori, poglavito u znanstvene svrhe.

## MKB vs. DSM

Što se tiče depresije, razlike između MKB-10 i DSM-IV-TR nisu velike. Kao tipičan simptom depresije DSM-klasifikacija ne navodi smanjenje energije. Simptomi smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje i sumorni i pesimistički pogledi na budućnost ne nalaze se ni u DSM-klasifikaciji. Međutim, simptomi psihomotorna agitacija i psihomotorna retardacija nalaze se u DSM-u, a u MKB-u bilježe se tek kao jedna od odrednica somatskih simptoma. Kod djece i adolescenata se u DSM-u navodi da se umjesto depresivnog raspoloženja može pojaviti razdražljivo raspoloženje (9).

Da bi se dijagnosticirala depresija prema DSM-u, treba biti prisutno najmanje 5 simptoma i od toga jedan simptom mora biti depresivno raspoloženje ili gubitak interesa i zadovoljstva, dakle jedan tipičan simptom, za razliku od MKB-10 gdje broj tipičnih i drugih simptoma varira s obzirom na težinu epizode.

## Istraživački kriteriji

Za još sofisticiranije znanstvene studije mentalnih poremećaja, uključujući i depresiju, izrađena je u Americi posebna klasifikacija - Research Diagnostic Criteria (RDC) (15) koja ima najstrože kriterije za postavljanje ili isključenje pojedine dijagnoze, a sve u svrhu eliminiranja lažno pozitivnih dijagnoza.

I SZO je, 1993. g., izdala Istraživačke dijagnostičke kriterije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (DCR-10) bazirane na MKB-10 (16, 17).

Tablica 1. Pitanja koja treba postaviti tijekom dijagnostičke evaluacije depresivnog poremećaja

- \* Muče li Vas ili su Vas ranije mučili (ako ispitujemo prošlu epizodu) osjećaji depresije, žalosti, utučenosti, beznađa?
- \* Osjećate li gubitak interesa u svojim uobičajenim aktivnostima? Osjećate li da nemate više interesa za uobičajene stvari koje su Vas ranije veselile i da u njima više ne uživate?
- \* Osjećate li gubitak energije, umor ili se lako zamarate?
- \* Imate li slab apetit ili gubitak tjelesne težine ili (što je rjeđe) porast tjelesne težine?\*
- \* Spavate li loše ili (što je rjeđe) pretjerano spavate?\*
- \* Budite li se ranije nego što je uobičajeno?
- \* Je li depresivno raspoloženje izraženije ujutro?
- \* Imate li teškoća pri koncentriranju, razmišljanju ili donošenju odluka?
- \* Okrivljujete li se za bilo što?
- \* Razmišljate li o stvarima na pesimističan način?
- \* Imate li osjećaj manje vrijednosti?
- \* Razmišljate li o smrti ili samoubojstvu?
- \* Jeste li se pokušali ubiti?
- \* Osjećate li nemir i je li Vam teško sjediti mirno pa se morate neprekidno kretati?
- \* Imate li osjećaj usporenosti ili teškoća pri kretanju?

\* MKB ne spominje simptome pretjeranog spavanja, povećanog apetita i dobivanja na težini. U DSM-IV-klasifikaciji ovi simptomi navode se kao dio kriterija B za netipične odrednice velike depresivne epizode.

## Algoritmi

Danas postoje brojne dijagnostičke i terapijske smjernice (algoritmi) za različite psihijatrijske bolesti, a u ovom času predstavljaju konsenzus pojedinih strukovnih udruga o toj tematici. Tako je i Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju Hrvatskoga liječničkog zbora dalo 2001. godine svoje preporuke za dijagnostiku i terapiju depresija (9). Ondje se između ostaloga navode i pitanja koja treba postaviti bolesniku prilikom psihijatrijske dijagnostičke evaluacije depresivnog poremećaja (tablica 1), kao i pitanja koja treba postaviti da bi se isključila odnosno potvrdila epizoda depresije sa psihotičnim simptomima (tablica 2).

Tablica 2. Pitanja koja treba postaviti da bismo procijenili je li epizoda zadovoljila kriterije za epizodu sa psihotičnim simptomima

- \* Čujete li glasove koje drugi ljudi ne čuju?
- \* Imate li prividenja?
- \* Osjećate li čudne mirise?
- \* Vjerujete li, npr., da Vas netko prati, želi uništiti?
- \* Mislite li da netko izvana upravlja Vašim mislima i pokretima?
- \* Vjerujete li da netko može čitati Vaše misli, tako da svatko zna što mislite?
- \* Imate li neke natprirodne sposobnosti?

Tablica 3. Skale za ocjenu depresije (prema godini nastanka)

Originalni naziv	Autor Godina (Referenca)	Način primjene	Broj čestica	Glavno obilježje
Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)	Hamilton 1960. (31)	Klinički intervju	21 (17)	Kvantificira težinu depresije, nije dijagnostički instrument
Beck Depression Inventory (BDI)	Beck i sur. 1961. (32)	Samoocjenska, s pomoću intervjua	21 (13)	Mjeri dubinu depresije i stoga se rabi kao mjera ishoda liječenja
Newcastle scales	Carney i sur. 1965. (33)	Ocjena liječnika	10	Služi za diferencijalnu dijagnostiku između endogene i reaktivne depresije
Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)	Zung 1965. (34)	Samoocjenska skala	20	Može diferencirati depresiju od drugih psihotičnih poremećaja
Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)	Crown i Crisp 1966. (35)	Samoocjenska skala	48	6 supskala koje mjere psihoneurotski status: fobičnu anksioznost, opsesivnost, somatizacije, histeriju i anksioznost
Centre for Epidemiological Studies (CES-D)	Radloff 1977. (36)	Osobni izvještaj	20	Prvostupanjski skrining test za depresiju u epidemiološkim studijama
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	Montgomery i Åsberg 1979. (37)	Promatračka ocjenska skala	17	Osjetljiva na promjene u depresivnoj bolesti
Bech-Rafaelsen Melancholia Rating Scale (BRMS)	Bech i Rafaelsen 1980. (38)	Ocjena profesionalca	11	Razvijena iz HAM-D, prednost su specifična sidrišta, tj. opisi težine simptoma
General Practitioner Research Group Depression Scale	Gringas 1980. (39)	Ocjena liječnika	11	Mjeri depresiju u studijama u općoj praksi
Carroll Depression Rating Scale	Carroll i sur. 1981. (40)	Samoocjenska	17	Samoocjenska Hamiltonova skala
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	Zigmond i Snaith 1983. (41)	Samoocjenska	14	Otkrivanje anksioznosti i depresije u medicinskom i kirurškom izvanbolničkom okruženju
Clinical Interview for Depression	Paykel 1985. (42)	Ocjena profesionalca	36	Polustrukturirani intervju sa sidrištima, uključuje depresiju i anksioznost
Daily Self-Rating Scale for Depression (KUSTA)	Wendt i sur. 1985. (43)	Samoocjenska	9	Ocjenjuje tijekom depresivne bolesti

Tablica 4. Hamiltonova ocjenska ljestvica za depresiju (HAM-D-17)

**1. Depresivno raspoloženje***(tuga, beznadnost, bespomoćnost, bezvrijednost)*

- 0 Nije prisutno
- 1 Ovakvo emocionalno doživljavanje iskazano je samo na izravni upit
- 2 Govorno izražava i bez upita
- 3 Emocionalno doživljavanje iskazuje neverbalno, tj. zaključuje se iz ponašanja, izrazom lica, držanjem tijela, glasom i sklonošću plaču
- 4 Bolesnik gotovo isključivo govori o tome u svojoj spontanoj verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji

**2. Osjećaj krivnje**

- 0 Nije prisutan
- 1 Samopredbacivanje, osjeća da je iznevjerio okolinu
- 2 Osjećaj krivnje ili stalno razmišljanje o proteklim greškama i propustima
- 3 Sadašnju bolest smatra kaznom. Sumanutosti krivnje
- 4 Čuje optuživačke ili prijeteće glasove i/ili prisutnost vidnih halucinacija prijetećeg sadržaja

**3. Samoubilački porivi**

- 0 Nisu prisutni
- 1 Osjeća da život nema vrijednosti, da nije vrijedan življenja
- 2 Želja za smrću ili bilo koje misli o mogućoj smrti
- 3 Samoubilačke misli ili geste
- 4 Pokušaji suicida

**4. Smetnje usnivanja**

- 0 Bez teškoća kod uspavlivanja
- 1 Žali se na povremene teškoće kod uspavlivanja koje traju dulje od pola sata
- 2 Žali se na svakodnevne teškoće kod uspavlivanja

**5. Smetnje spavanja (prosnivanja)**

- 0 Nisu prisutne
- 1 Bolesnik se žali na nemir i isprekidan san
- 2 Buđenje tijekom noći - svako ustajanje iz kreveta dobiva ocjenu 2 (osim u svrhu pražnjenja, dakle ustajanje zbog mokrenja se isključuje)

**6. Jutarnje smetnje spavanja**

- 0 Nisu prisutne
- 1 Budi se rano ujutro, ali ponovno zaspi
- 2 Ne može ponovno zaspati ako rano ustane iz kreveta (budi se rano bez ponovnog usnivanja)

**7. Rad i aktivnost**

- 0 Nema teškoća
- 1 Osjeća se nesposobnim, umornim ili slabim kod radnih i slobodnih aktivnosti
- 2 Gubitak zanimanja za rad i aktivnosti - bilo da je izravno iskazano od strane pacijenta, ili indirektno u nedostatku agilnosti, u neodlučnosti i kolebljivosti (osjećaj da se mora prisiljavati na rad ili aktivnost)

- 3 Skraćenje vremena potrošenog na aktivnosti ili smanjenje produktivnosti. U bolnici: ocjena 3 je zaslužaj kada bolesnik nije u stanju provoditi najmanje tri sata na dan u aktivnostima (bolesnička zanimanja ili slobodne aktivnosti i hobiji) izuzev dužnosti na odjelu
- 4 Prestanak rada zbog sadašnje bolesti. U bolnici: ocjena 4 je ako se bolesnik ne uključuje ni u kakve aktivnosti osim svojih dužnosti na odjelu, ili ako bolesnik ne ispunjava dužnosti na odjelu bez pomoći

**8. Usporenost (psihomotorna inhibicija)**

Pitanja nisu potrebna: ocjene su rezultat promatranja.

*(Usporenost misli i govora; smetnje u sposobnosti koncentracije; smanjena motorička aktivnost)*

- 0 Uredni govor i mišljenje
- 1 Blaga usporenost kod pregleda (razgovora)
- 2 Očita usporenost kod pregleda (razgovora)
- 3 Pregled/razgovor izrazito otežan
- 4 Stupor

**9. Agitacija**

- 0 Nije prisutna
- 1 Uznemirenost
- 2 Igra se rukama, kosom i slično
- 3 Kreće se unaokolo, ne može mirno sjediti
- 4 Lomi ruke, grize nokte, čupa kosu, grize usnice

**10. Anksioznost - psihička (psihički strah)**

- 0 Nije prisutna
- 1 Unutarnja napetost i razdražljivost
- 2 Zabrinutost oko sitnica
- 3 Izraz ustrašenosti u govoru i licu
- 4 Izražava strah i bez upita

**11. Anksioznost - somatska (tjelesni strah)***(Fiziološke popratne pojave anksioznosti, kao što su: gastrointestinalne: suha usta, nadutost, probavne smetnje, proljev, grčevi, podrigivanje; kardiovaskularne: lupanje srca, glavobolje; respiratorne: hiper ventilacija, uzdisanje; urinarne: češće mokrenje; znojenje)*

- 0 Nije prisutna
- 1 Neznatna
- 2 Umjerena
- 3 Jaka
- 4 Onesposobljuje bolesnika

**12. Gastrointestinalni simptomi**

- 0 Nisu prisutni
- 1 Nedostatak apetita, ali jede bez nagovaranja
- 2 Jede samo uz nagovaranje i nudenje

**13. Opći tjelesni simptomi**

- 0 Nisu prisutni
- 1 Osjećaj težine ili boli u udovima, leđima, glavi.  
Gubitak tjelesne snage i lako zamaranje
- 2 Svaki od gornjih simptoma ako je jako izražen

**14. Genitalni simptomi**

(kao što je gubitak libida, menstrualni poremećaji)

- 0 Nisu prisutni
- 1 Umjereni
- 2 Jako izraženi

**15. Hipohondrijski simptomi**

- 0 Nisu prisutni
- 1 Pojačano tjelesno samopromatranje
- 2 Zabrinutost za svoje zdravlje
- 3 Česte pritužbe na smetnje, traženje pomoći itd.
- 4 Hipohondrijske sumanutosti

**16. Gubitak tjelesne težine**

(Osoblje gubitak težine bilježi redovito kod tjednog mjerenja promjena u tjelesnoj težini)

- 0 Manje od pola kilograma gubitka tjelesne težine u jednom tjednu
- 1 Više od pola kilograma, ali manje od kilograma gubitka tjelesne težine u tjedan dana
- 2 Više od kilograma tjelesne težine izgubljeno tijekom tjedan dana

**17. Uvid u bolest**

- 0 Uvida (potvrđuje) da je depresivan i bolestan
- 1 Uvida bolest, ali je pripisuje lošoj prehrani, klimi, prenapornom radu, infekciji, potrebi za odmorom itd.
- 2 Potpuno negira bolest

**HAM-D-17 ukupni rezultat:**

## Mjerni instrumenti

Opće je poznato da svaka znanost, u skladu sa svojom definicijom, nastoji biti što je više moguće egzaktna, tj. mjerljiva. Tako i medicina, otkada je prestala težiti tomu da bude samo vještina, intenzivno razvija i usavršava raznovrsne metode s pomoću kojih može točno i nedvosmisleno mjeriti relevantne fenomene. Psihijatrija, kao grana medicine i neuroznanosti, ne želi biti iznimka u svemu tome, premda su psihički poremećaji i simptomi zapravo vrlo teško mjerljivi. Unatrag nekoliko desetljeća intenzivno se stvaraju i modificiraju brojne ocjenske ljestvice, koje su tako dizajnirane da kliničke simptome vrednuju i prevode u numeričke podatke pogodne za statističke obrade. Tako danas gotovo i nema psihijatrijskog poremećaja ili stanja koje nema bar nekoliko specifičnih mjernih instrumenata (18, 19).

Iako je isprva primjena ocjenskih skala bila samo za znanstvenoistraživačke svrhe i kliničke studije, danas su neki od ovih mjernih instrumenata postali neizostavni i u rutinskoj kliničkoj praksi.

Psihijatrijske ocjenske skale imaju mnogo sličnosti sa psihologijskim testovima, no generalno gledajući one su jednostavnije za primjenu, tj. u većini slučajeva ne zahtijevaju norme i interpretaciju psihologa.

S obzirom na tehniku provođenja ocjenjivanja, skale mogu biti ocjenjivačke, kada je ocjenjivač profesionalac

ili neprofesionalac, odnosno samoocjenske kada je ocjenjivač sam ispitanik. Obje opcije imaju i nedostatke i prednosti. Tako npr. samoocjenske skale štede vrijeme i jeftinije su za primjenu, pogodnije su za subjektivne ocjene te vrlo opravdane u skriningu populacije. Međutim, s druge strane, osobe s teškom psihopatologijom i slabim uvidom u svoje stanje nisu u stanju adekvatno popunjavati samoocjenske upitnike (20).

**Dijagnostičke skale (strukturirani intervjui)**

Danas postoji više polustrukturiranih odnosno strukturiranih psihijatrijskih intervjua, tj. dijagnostičkih skala koje slijede odgovarajuće kriterije zadane u postojećim klasifikacijama i na taj način postavljaju ili isključuju određenu dijagnozu, tj. psihijatrijski poremećaj. "Present State Examination" (PSE-9) (21), "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI) (22) i "Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry" (SCAN) (23) razvijeni su od SZO i slijede MKB-9, odnosno MKB-10 (24). Izrađeni su i kompjutorski programi (CATEGO-5) s pomoću kojih se opservirani simptomi mogu kodirati i analizirati (25). "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia" (SADS i SADS-L) (26, 27), "Diagnostic Interview Schedule" (DIS) (28) i "Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders" (SCID) (29) slijede kriterije iz DSM-klasifikacije.

Tablica 5. Montgomery-Åsbergova ocjenska ljestvica za depresiju (MADRS)

**1. Uočljiva žalost**

Predstavlja žalost, malodušnost i očaj (izraženije od uobičajenog prolaznog lošeg raspoloženja) što se odražava u govoru, izrazu lica i držanju tijela. Ocijeniti prema težini i nesposobnosti da se raspoloži.

- 0 Odsutnost žalosti
- 1
- 2 Izgleda malodušno, ali se raspoloži bez teškoća
- 3
- 4 Izgleda žalosno i nesretno glavninu vremena
- 5
- 6 Izgleda mizerno čitavo vrijeme. Ekstremno očajan

**2. Iskazana žalost**

Predstavlja iskazanu žalost bez obzira na to odražava li se ona na izgled ili ne. Uključuje malodušnost i osjećaj bespomoćnosti i beznadnosti. Ocijeniti prema intenzitetu, trajanju i prema tome u kolikoj je mjeri iskazano da događaji mogu utjecati na raspoloženje.

- 0 Povremena žalost ovisna o okolnostima
- 1
- 2 Tužan, ali se raspoloži bez teškoća
- 3
- 4 Sveobuhvatan osjećaj žalosti ili potištenosti. Raspoloženje se još uvijek mijenja pod utjecajem izvanjskih okolnosti.
- 5
- 6 Kontinuirana ili nepromjenjiva tuga, mizernost i očaj.

**3. Unutrašnja napetost (anksioznost)**

Predstavlja osjećaje nejasne nelagodnosti, razdražljivosti, unutrašnjeg nemira, duševne napetosti koja se razvija u panični strah ili tjeskobu. Ocijeniti prema intenzitetu, učestalosti, trajanju, potrebnom stupnju tješnja da bi došlo do smirenja.

- 0 Miran. Samo prolazna unutrašnja napetost
- 1
- 2 Povremena razdražljivost i nejasna nelagoda
- 3
- 4 Kontinuiran osjećaj unutrašnje napetosti ili intermitentne (povremeno popuštajuće) panike koju bolesnik može kontrolirati samo uz veći napor
- 5
- 6 Strah i tjeskoba koji ne popuštaju. Preplavljujuća panika

**4. Smetnje spavanja**

Predstavljaju skraćeno trajanje ili dubinu spavanja u usporedbi s bolesnikovim normalnim ritmom kada je dobro.

- 0 Spava kao i obično
- 1
- 2 Blage teškoće kod usnivanja ili malo skraćeno, plitko ili isprekidano spavanje
- 3
- 4 Spavanje skraćeno ili isprekidano za najmanje 2 sata
- 5
- 6 Manje od dva ili tri sata spavanja

**5. Smanjeni apetit**

Predstavlja osjećaj gubitka apetita u usporedbi sa stanjem kada je bolesnik dobro. Ocijeniti prema gubitku želje za hranom ili prema potrebi za prisiljavanjem samog sebe na jelo.

- 0 Normalni ili pojačani apetit
- 1
- 2 Neznatno smanjen apetit
- 3
- 4 Bez apetita. Hrana je bez okusa
- 5
- 6 Potrebna prisila na hranu, odbija hranu

**6. Teškoće koncentracije**

Predstavlja raspon od teškoća sabiranja misli do onesposobljavajućeg gubitka koncentracije. Ocijeniti prema intenzitetu, učestalosti i stupnju nastale onesposobljenosti.

- 0 Bez teškoća koncentracije
- 1
- 2 Povremene teškoće sabiranja misli
- 3
- 4 Teškoće u koncentraciji i zadržavanju misli što smanjuje sposobnost čitanja ili konverzacije
- 5
- 6 Nesposobnost čitanja ili razgovaranja bez velikih teškoća

**7. Umor (malaksalost, tromost)**

Predstavlja poteškoću započinjanja svakodnevnih aktivnosti ili usporenost kod njihova izvođenja

- 0 Teškoće u počinjanju aktivnosti gotovo da ne postoje. Nema usporenosti
- 1
- 2 Teškoće u počinjanju aktivnosti
- 3
- 4 Teškoće u počinjanju jednostavnih rutinskih aktivnosti, koje izvodi uz napor
- 5
- 6 Potpuna malaksalost. Nesposobnost da se bilo što učini bez pomoći

**8. Nemogućnost emocionalnog doživljavanja**

Predstavlja subjektivno iskustvo smanjenog interesa za okolinu ili aktivnosti koje obično pružaju užitek. Smanjena je sposobnost odgovarajućeg emocionalnog reagiranja prema okolnostima ili ljudima.

- 0 Normalno zanimanje za okolinu i ljude
- 1
- 2 Smanjena sposobnost uživanja u uobičajenim interesima
- 3
- 4 Gubitak zanimanja za okolinu. Gubitak zanimanja za prijatelje i znance
- 5
- 6 Osjećaj emocionalne paralize. Nesposobnost osjećanja ljutnje, boli ili užitka i potpuni ili čak bolni nedostatak emocija prema bližjoj rodbini ili prijateljima



**9. Pesimističke misli**

*Predstavlja misli o krivnji, inferiornosti, grižnji savjesti, grešnosti, kajanju i propasti.*

- 0 Bez pesimističkih misli
- 1
- 2 Povremene ideje o neuspjehu, grižnji savjesti i samooptuživanju
- 3
- 4 Kontinuirano samooptuživanje ili definitivne, ali još uvijek racionalne, ideje o krivnji ili grijehu. Sve izraženije pesimističko gledanje na budućnost
- 5
- 6 Sumanute misli propasti, kajanja ili nepopravljivog grijeha. Apсурdno i nepokolebljivo samooptuživanje

**10. Suicidalne misli**

*Predstavljaju osjećaj da život nije vrijedan življenja, da bi prirodna smrt dobro došla, suicidalne misli i pripreme za suicid. Pokušaji suicida sami po sebi ne trebaju utjecati na ocjene.*

- 0 Uživa život ili ga uzima kakav jest
- 1
- 2 Umoran od života. Prolazne misli o suicidu.
- 3
- 4 Bolje bi bilo biti mrtav. Suicidalne misli su česte, a suicid se smatra mogućim rješenjem, ali uz odsutnost određenih planova ili namjera.
- 5
- 6 Eksplicitni planovi za suicid ako se pruži mogućnost.  
Aktivne pripreme za suicid

**Ukupni MADRS rezultat:****Skale za depresivne poremećaje**

Teško je danas pronaći psihijatrijski poremećaj za koji ne postoji skala koja će sumirati težinu i/ili frekvenciju karakterističnih simptoma (30).

Kronološki pregled skala koje se rabe u depresivnim poremećajima, način primjene te njihova glavna obilježja prikazani su na tablici 3 (31-43).

Interesantno je da je Hamiltonova ocjenska skala za depresiju ["Hamilton rating scale for depression" - (HAM-D)] (31), koja potječe iz 1960. godine, najupotrebljavanija skala za depresiju i jedna od najpopularnijih psihijatrijskih skala uopće. Ova skala postoji u dvije verzije - od 21 i od 17 čestica, no kraća je verzija oduvijek mnogo više u upotrebi. Naime, HAM-D-17 verzija se s nesmanjenom žestinom i dandanas rabi za kvantifikaciju težine depresije. Tako se naime smatra da kod blage depresije (F32.0) HAM-D-17 ukupan zbroj bodova ne prelazi 18. U umjereno teškoj depresivnoj epizodi (F32.1) zbroj bodova na HAM-D-17 ljestvici kreće se između 18 i 25, a u teškoj depresivnoj epizodi (F32.2) zbroj bodova na ovoj ocjenskoj ljestvici premašuje 25 bodova (44). Hrvatski prijevod HAM-D-17 naveden je na tablici 4.

Montgomery-Åsbergova ocjenska ljestvica za depresiju (MADRS) (37) osjetljiva je na promjenu, pa se već duže vrijeme često rabi u kliničkim farmakološkim studijama za evaluaciju ishoda liječenja. Hrvatski prijevod MADRS-a donosimo na tablici 5.

**Zaključak**

Dijagnoza depresivnog poremećaja prema MKB-10 uključuje depresivnu epizodu (F32), ponavljani depresivni poremećaj (F33) i distimiju (F34.1). Dijagnoza depresivne epizode, bilo prve ili ponavljane, postavlja se kada su zadovoljeni svi kriteriji definirani u klasifikaciji, bez obzira na okolnosti nastanka poremećaja, tako da uključuje depresivne poremećaje koje smo ranije u MKB-9 dijagnosticirali kao psihotičnu, neurotičnu, reaktivnu i endogenu depresiju.

Nadalje, zaključno se može kazati da su mjerni instrumenti u psihijatriji danas neizbježni u svim vrstama psihijatrijskih kliničkih istraživanja, a mnogi od njih sve češće se upotrebljavaju i u rutinskoj kliničkoj praksi. Naime, mnogi terapeuti ne žele se više samo oslanjati na svoj dojam i osjećaj, već prilikom liječenja nastoje dobiti što vjerodostojnije podatke glede dijagnostike, težine i frekvencije simptoma te terapijskog odgovora, kako bi mogli biti što učinkovitiji u svom poslu.

## Literatura

1. KUZMAN M, ur. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema: MKB-10 - deseta revizija, svezak 1. Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision). 4<sup>th</sup> edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC V, MIMICA N, HENIGSBURG N. Klasifikacijske i dijagnostičke ocjenske skale. U: Gregurek R, Folnegović-Šmalc V, ur. Metode ispitivanja psiholoških funkcija i ponašanja. Priručnik. Zagreb: Medicinska naklada; 2002, str. 26-30.
4. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC V, RADONIĆ E, UZUN S i sur. The significance of diagnostic criteria in psychiatric research. *Neurol Croat* 2003;52(Suppl 4):72.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (CDDG). Geneva: World Health Organization; 1992.
6. USTUN TB, BERTELSEN A, DILLING H i sur, ur. ICD-10 casebook: the many faces of mental disorders - adult case histories according to ICD-10. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
7. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC V, ur. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: MKB-10 - deseta revizija: klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
8. MAČUKANOVIĆ P, ur. Međunarodna klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti (prema devetoj reviziji iz 1975. godine). Niš: Institut za dokumentaciju zaštite na radu; 1979.
9. ŠTRKALJ IVEZIĆ S, FOLNEGOVIĆ-ŠMALC V, BAGARIĆ A. Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza depresivnog poremećaja - MKB-10 klasifikacija. U: Štrkalj-Ivezić S, ur. Dijagnostičke i terapijske smjernice (algoritam): Depresija. Priručnik za praćenje seminara. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju; 2001, str. 10-23.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
11. SPITZER RL, GIBBON M, SKODOL AE, WILLIAMS JBW, FIRST MB, ur. DSM-IV Casebook: A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1994.
12. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC V, ur. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IV: međunarodna verzija s MKB-šiframa. 4. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
14. COOPER JE. On the publication of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). *Br J Psychiatry* 2001; 179:85.
15. SPITZER RL, ENDICOTT J, ROBINS E. Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. 3 izd. New York: New York State Psychiatric Institute; 1975.
16. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
17. COOPER JE. Pocket guide to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: with glossary and diagnostic criteria for research. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2001.
18. ISRAËL L, KOZAREVIĆ Đ, SARTORIUS N. Source book of geriatric assessment. *Evaluations in Gerontology*, vol 1. Basel, New York: Karger; 1984.
19. ISRAËL L, KOZAREVIĆ Đ, SARTORIUS N. Source book of geriatric assessment. *Review of Analysed Instruments*, vol 2. Basel, New York: Karger; 1984.
20. MÖLLER HJ, ENGEL RR, HEMSLEY DR. Standardised measurement instruments in psychiatry. U: Henn F, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H, ur. *Contemporary Psychiatry*, vol 1. Berlin: Springer-Verlag; 2001, str. 113-33.
21. WING JK, COOPER JE, SARTORIUS N. Measurement and classification of psychiatric symptoms: an instruction manual for the PSE and CATEGO program. London: Cambridge University Press; 1974.
22. ROBINS LN, WING J, WITTCHEN HU i sur. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-77.
23. WING JK, BABOR T, BRUGHA T i sur. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
24. MARDER SR. Rating scales. U: Benjamin J, Sadock MD, ur. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry /VI/ 30th Anniversary Comprehensive Textbook Of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995, str. 619-35.
25. BURKE JD Jr., BURKE KC. Diagnostic instruments in psychiatric epidemiology. U: Michels R, Cooper AM, Guze SB i sur, ur. *Psychiatry*. Revised Edition-1996-97. Philadelphia, PA: Lippincott - Raven; 1997, str. 1-14.
26. SPITZER RL, ENDICOTT J. Schedule for affective disorders and schizophrenia (SADS). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research; 1979.
27. SPITZER RL, ENDICOTT J. Schedule for affective disorders and schizophrenia - life-time version (SADS-L). 3 izd. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research; 1979.
28. ROBINS LN, HELZER JE, CROUGHAN J, RATCLIFF KS. National Institute for Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:381-9.
29. SPITZER RL, WILLIAMS JBW, GIBBON M. Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, 4/1/87 revision). New York: New York State Psychiatric Institute; 1987.
30. DENNIS M, FERGUSON B, TYRER P. Rating instruments. U: Freeman C, Tyrer P, ur. *Research methods in psychiatry: a beginner's guide*. 2. izd. London: Gaskell; 1995, str. 98-134.
31. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
32. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.

33. CARNEY MW, ROTH M, GARSIDE RF. The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of ECT response. *Br J Psychiatry* 1965;111:659-74.
34. ZUNG WK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.
35. CROWN S, CRISP AH. A short clinical diagnostic self-rating scale for psychoneurotic patients. The Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ). *Br J Psychiatry* 1966;112:917-23.
36. RADLOFF LS. The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measures* 1977;1:385-401.
37. MONTGOMERY SA, ÅSBERG M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
38. BECH P, RAFAELSEN OJ. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1980;285(Suppl):128.
39. GRINGAS M. Validation of the General Practitioner Clinical Research Group 11 item depression scale. *J Int Med Res* 1980;8(suppl 3)45-8.
40. CARROLL BJ, FEINBERG M, SMOUSE PE, RAWSON SG, GREDEN JF. The Carroll Rating Scale for Depression. I. Development, reliability and validation. *Br J Psychiatry* 1981;138:194-200.
41. ZIGMOND AS, SNAITH RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
42. PAYKEL ES. Clinical Interview for Depression. Development, reliability and validity. *J Affect Disord* 1985;9:85-96.
43. WENDT G, BINZ U, MULLER AA. KUSTA (Kurz-Skala Stimmung/Aktivierung): a daily self-rating scale for depressive patients. *Pharmacopsychiatry* 1985;18:118-22.
44. JAKOVLJEVIĆ M. Depresivni poremećaji - od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Zagreb: Pro Mente; 2003.