



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Ghid practic pentru psihologi

Strategii și instrumente în evaluarea psihologică

Cornelia ADEOLA, Radislav COȘULEAN, Jana CHIHAI

**STRATEGII ȘI INSTRUMENTE
ÎN EVALUAREA PSIHOLOGICĂ**

Ghid practic pentru psihologi

Chișinău, 2024

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
proces-verbal nr. 1 din 24.04.2024**

**Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 501 din 06.06.2024 Cu privire la aprobarea Ghidului
practic „Strategii și instrumente în evaluarea psihologică”**

Abrevierile utilizate în Ghid

ADHD	Tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder)
AMST	Testul Scorului Mental Abreviat (The Abbreviated Mental Test score)
ASI-3	Indexul senzitivității anxioase (The Anxiety Sensitivity Index)
ASRM	Scala de autoevaluare a maniei Altman (Altman Self-Rating Mania Scale)
ASRS-v1.1	Scala de auto-raportare ADHD pentru adulți (Adult ADHD self-report scale)
BAI	Inventarul Beck de anxietate (Beck Anxiety Inventory)
BDI	Inventarul de Depresie Beck (Beck Depression Inventory)
BHS	Scala lipsei de speranță Beck (Beck Hopelessness Scale)
BPRS	Scala scurtă de evaluare în psihiatrie (Brief Psychiatric Rating Scale)
Brief-FNE	Scala scurtă a fricii de evaluare negativă (The Brief Fear of Negative Evaluation)
BRMS	Scala maniei a lui Bech-Rafaelsen (Beck-Rafaelsen Mania Scale)
CAPS	Scala clinicianului pentru tulburarea de stres posttraumatic (Clinician-Administered PTSD Scale)
CARS-M	Clinician Administered Rating Scale for Mania
CDS	Scala de Evaluare a Depresiei Cornell (Cornell Scale for Depression in Dementia)
CDSS	Scala Calgary de evaluare a depresiei din schizofrenie (Calgary Depression Scale for Schizophrenia)
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CLQ	Chestionarul de claustrofobie (The Claustrophobia Questionnaire)
COVI	Scala de Anxietate Covi (Covi Anxiety Scale)
CPRS	Scala de evaluare comprehensivă a psihopatologiei (Comprehensive Psychopathological Rating Scale)
CS	Scala de claustrofobie a lui Ost (The Ost Claustrophobia Scale)
DASS	Scala de depresie, anxietate și stres (The Depression Anxiety Stress Scale)
DIB-R	Interviu de diagnostic pentru Borderline (Revised Diagnostic Interview for Borderlines)
DSM	Manual de diagnostic și clasificare statistică al tulburarilor mintale (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EPDS	Scala de depresie postnatală Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
GADSS	Scala de Severitate a Tulburării Anxioase Generalizate (Generalized Anxiety Disorder Severity Scale)
GDS	Inventarul de Depresie Geriatrică (Geriatric Depression Scale)

HADS	Scara de Anxietate și Depresie Spitalicească (Hospital Anxiety and Depression Scale)
HAM-A	Scala Hamilton de evaluare a anxietății (Hamilton Anxiety Rating Scale)
HAMD	Scala de evaluare a depresiei Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale)
HARS	Scala Hamilton de evaluare a anxietății (Hamilton Anxiety Rating Scale)
HDRS	Scala de evaluare a depresiei Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale)
ICD	Clasificarea Tulburărilor Mentale și de Comportament (The International Classification of Disease)
IQ	Coeficient de inteligență (Intelligence quotient)
ISS	Internal State Scale
LSAS	Scala anxietății sociale a lui Liebowitz (The Liebowitz Social Anxiety Scale)
MADRS	Inventarul de Depresie Montgomery-Åsberg (The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale)
MDQ	Chestionarul Tulburărilor Dispoziției (Mood Disorders Questionnaire)
MI	Inventarul de Mobilitate pentru Agorafobie (Mobility Inventory for Agoraphobia)
MMSE	Mini Test pentru Examinarea Stării Mintale (Mini-Mental State Examination)
MOM-A	Scala de anxietate „Mintea înaintea Inimii” (Mind over Mood Anxiety Inventory)
NICE	Institutul Național pentru Sănătate și Îngrijire
PANSS	Scala sindromurilor pozitive și negative (Positive and Negative Syndrome Scale)
PDI	Inventarul Peters de măsurare a delirurilor (Peters delusions Inventory)
PDSR	Scala de autoevaluare a tulburării de panică (Panic Disorder Self-report)
PDSS	Scala de severitate a tulburării de panică (Panic Disorder Severity Scale)
PSWQ	Chestionarul Penn State de evaluare a îngrijorării (Penn State Worry Questionnaire)
PTSD	Tulburarea de Stres Postraumatic (Post-traumatic stress disorder)
SAPS	Scale for the Assessment of Positive Symptoms
SAS	Scala de autoevaluare a anxietății a lui Zung (The Self-Rating Anxiety Scale Zung)
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCID-5	Interviul Structurat pentru Tulburările de Personalitate
SIGH-A	Interviul Structurat al Scalei Hamilton de Anxietate (Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Scale)
SPAI	Inventarul de anxietate și fobie socială (The Social Phobia and Anxiety Inventory)
SPIN	Inventarul de fobie socială (The Connors Social Phobia Inventory)
SPRAS	Scala Sheehan de autoevaluare a anxietății (Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale)

SPRINT	Interviul Scurt de Evaluare a TPTS (Short PTSD Rating Interview)
SRMI	Self-Report Manic Inventory
STABS	Scala Gândurilor și a Credințelor Sociale (The Social Thoughts and Beliefs Scale)
STAI	Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI a lui Spielberger (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger)
TOC	Tulburarea obsesiv-compulsivă (Obsessive-compulsive disorder)
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (United Nations International Children's Emergency Fund)
WAIS	Scala de Inteligență Wechsler pentru Adulți (Wechsler Adult Intelligence Scale)
WHO-DAS	Scala de Depresie a Organizației Mondiale a Sănătății (World Health Organization Disability Assessment Schedule)
WISC-IV	Scala de Inteligență Wechsler pentru Copii (Wechsler Intelligence Scale for Children)
Y-BOCS	Scala de obsesii și compulsii Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)
YMRS	Scala Young de evaluare a maniei (Young Mania Rating Scale)

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Chihai Jana

Strategii și instrumente în evaluarea psihologică/ Cornelia Adeola, Radislav Coșulean, Jana Chihai. – Chișinău:

S. n., 2022 (Primex-Com). – 207 p.

Bibliogr.: p. 137-147 (148 tit.), [200] ex.

ISBN 978-99753578-1-4.

616.89-085(075)

C 42

© Cornelia ADEOLA, Radislav COȘULEAN,
Jana CHIHAI

CUPRINS

PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	8
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	9
CE ESTE EVALUAREA PSIHOLÓGICĂ.....	11
ALGORITM DE EVALUARE PSIHOLÓGICĂ.....	14
EVALUAREA HOLÍSTICĂ	15
1. Evaluarea funcționalității intelectuale.....	17
2. Evaluarea personalității.....	17
A. SCID-5-PD - Interviu clinic structurat pentru tulburările de personalitate	18
B. Interviu de diagnostic pentru Borderline - DIB-R.....	22
C. Scala de evaluare comprehensivă a psihopatologiei - CPRS	23
3. Evaluarea afectivității – DEPRESIA	25
A. Scala de evaluare a depresiei Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS) 26	
B. Scala spitalicească de anxietate și depresie (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS).....	28
C. Inventarul de Depresie Beck – ediția a doua (BDI - II)	28
D. Scala Calgary de evaluare a depresiei din schizofrenie (Calgary Depression Scale for Schizophrenia – CDSS).....	29
E. Scala Edinburgh de depresie postnatală (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS) 30	
F. Scala lipsei de speranță Beck (Beck Hopelessness Scale – BHS)	31
4. Evaluarea problemelor de sănătate mintală - ANXIETATEA	32
A. Scala Hamilton de evaluare a anxietății (HARS).....	35
B. Inventarul Beck de anxietate (BAI)	36
C. Scala de depresie, anxietate și stres.....	37
D. Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI a lui Spielberger (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI)	37
E. Scala de severitate a tulburării de panică	40
F. Scala de autoevaluare a tulburării de panică	41
G. Inventarul de anxietate și fobie socială	41
5. Evaluarea afectivității - MANIA	42
A. Scala de autoevaluare a maniei Altman (ASRMS)	42
B. Chestionarul tulburărilor dispoziției (MDQ)	43
C. Ghidul de evaluare a maniei.....	43
6. Evaluarea problemelor de sănătate mintală - obsesiile	44
A. Scala de obsesii și compulsii Yale-Brown	45
B. Inventarul de obsesii și compulsii Foa	46
7. Evaluarea problemelor de sănătate mintală - ADHD la adulți	47
A. Evaluarea ADHD la adult.....	48
8. Evaluarea problemelor de sănătate mintală - trauma și Tulburarea de Stres Posttraumatic - TSPT (PTSD).....	49
A. Chestionarul evenimentelor de viață.....	50
B. Lista evenimentelor de viață. Scala clinicianului pentru tulburarea de stress posttraumatic (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS).....	50

9.	Evaluarea problemelor de sănătate mintală – PSIHOZA	51
A.	Scala scurtă de evaluare în psihiatrie (BPRS - Brief Psychiatric Rating Scale)	52
B.	Scala sindroamelor pozitive și negative PANSS.....	53
C.	Inventarul Peters de măsurare a delirurilor (PDI)	55
10.	Evaluarea problemelor de sănătate mintală – DEMENȚA.....	56
A.	Mini Test pentru Examinarea Stării Mintale (MMSE)	57
B.	Testul desenării ceasului	58
ANEXE:.....		60
Anexa 1. RAPORT DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ		60
Anexa 2 - Scara de Inteligență Wechsler pentru Adulți - W. A. I. S		65
Anexa 3 - SCID-5-SPQ. Interviu clinic structurat pentru DSM-5. Chestionarul de screening al personalității		74
Anexa 4 - Interviu de diagnostic pentru Borderline - DIB-R.....		78
Anexa 5 - Scala de evaluare comprehensivă a psihopatologiei - CPRS -		88
Anexa 6 - Scala Hamilton de evaluare a depresiei.....		105
Anexa 7 - Scala spitalicească de anxietate și depresie		119
Anexa 8 - Inventarul de autoevaluare a depresiei Beck		120
Anexa 9 - Scala de depresie pentru schizofrenie Calgary		124
Anexa 10 - Scala Edinburgh de depresie post-partum		127
Anexa 11 - Scala lipsei de speranță Beck		129
Anexa 12 - Scala Hamilton de evaluare a anxietății		130
Anexa 13 - Inventarul anxietății Beck (BAI).....		136
Anexa 14 - Inventarul de Anxietate Stare – STAI Spielberger (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI).....		138
Anexa 15 - Scala de autoevaluare a maniei a lui Altman (ASRMS).....		140
Anexa 16 - Scala Young de evaluare a maniei		141
Anexa 17 - Scala de evaluare a maniei administrată de clinician		144
Anexa 18 - Scala de obsesii și compulsii Yale-Brown		151
Anexa 19 - Listă de control pentru Sindromul Deficitului De Atenție și Hiperactivitate la adult (adaptată după D.G. Amen).....		160
Anexa 20 - Adult ADHD self-report scale (ASRS – v1.1). Symptom checklist		164
Anexa 21 - Test pentru evaluarea deficitului de atenție și hiperactivitate la adult		165
Anexa 22 - Chestionarul evenimentelor de viață stresante		172
Anexa 23 - Scala pentru tulburarea posttraumatică de stres a clinicianului (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS) - Foaia de scor pentru CAPS-1		176
Anexa 24 - Scala scurtă de evaluare în psihiatrie (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS). .		178
Anexa 25 - Scala sindromurilor pozitive și negative – PANSS.....		182
Anexa 26 - Inventarul Peters de măsurare a delirurilor (PDI).		197
Anexa 27 – Mini test pentru examinarea stării mintale (MMSE).....		203
BIBLIOGRAFIE.....		204

PREFAȚĂ

Ghidul practic privind strategiile și instrumentele în evaluarea psihologică a fost elaborat de grupul de lucru al Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, cu suportul proiectului “MENSANA - Reforma Serviciilor de Sănătate Mintală în Republica Moldova” implementat de către consorțiamul format din Institutul Trimbos (Institutul Național de Sănătate Mintală și Adicții din Olanda), Luzerner Psychiatrie (Serviciile de Sănătate Mintală din Lucerna, Elveția) și Liga Română pentru Sănătate Mintală.

Acest ghid conține materiale, instrumente de psihodiagnostic și diverse chestionare provenind din surse internaționale variate, ce reflectă bunele practici la zi.

Scopul ghidului:

Asigurarea sprijinului pentru specialiștii din domeniul sănătății mintale din Republica Moldova, oferindu-le acces la resurse de calitate care să îi ajute în practica lor zilnică.

Obiectivele ghidului:

- Asigurarea accesului specialiștilor din domeniul sănătății mintale din Republica Moldova la resurse de calitate, oferindu-le suport și ghidare în practica lor.
- Prezentarea strategiilor și instrumentelor în evaluarea psihologică, bazate pe bunele practici la zi.
- Standardizarea procesului de evaluare psihologică, cu scopul de a creșterea eficiența și eficacitatea intervențiilor în domeniul sănătății mintale.

PARTEA INTRODUCATIVĂ

Utilizatorii ghidului sunt specialiștii din domeniul sănătății mintale din Republica Moldova, în special psihologii. Acest ghid a fost conceput și dezvoltat în mod specific pentru a răspunde nevoilor și provocărilor întâlnite de către acești profesioniști în practica lor zilnică. Fiind destinat specialiștilor cu experiență și celor aflați în formare, ghidul oferă o gamă variată de resurse, strategii și instrumente care să îi sprijine în procesul de evaluare și intervenție în domeniul sănătății mintale. Utilizatorii ghidului vor găsi informații utile și relevante pentru a-și îmbunătăți practica și pentru a oferi servicii de înaltă calitate în domeniul sănătății mintale în Republica Moldova.

Elaborat: 2024

Revizuire: 2029

Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea ghidului practic:

Prenume, nume	Funcția, instituția
<i>Jana Chihai</i>	dr. hab. șt. med., conf. univ., șef, Catedra de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Cornelia Adeola</i>	psiholog clinician, psihoterapeut, doctorandă, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Radislav Coșulean</i>	psiholog clinician, psihoterapeut, doctorand, USMF „Nicolae Testemițanu”

RECENZENȚI:

Zinaida Bolea, dr. în psihologie, conf. universitar, directorul Școlii Doctorale Științe Sociale, Universitatea de Stat din Moldova.

Angela Potâng, dr. în psihologie., conf. universitar, șefa Departamentului Psihologie; Facultatea Psihologie, Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Universitatea de Stat din Moldova.

Ghidul practic a fost examinat și aprobat de către următoarele structuri/instituții:

Denumirea structurii /instituția	Conducător/persoana responsabilă
Catedră de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Jana Chihai</i> , dr. hab. șt.med., conf. univ., Șef catedră
Comisia metodică-științifică de profil „Sănătate mintală și psihologie”	<i>Jana Chihai</i> , dr. hab. șt.med., conf.univ., președinte
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Importanța specialiștilor în serviciile de sănătate mintală este crucială pentru a asigura îngrijirea adecvată și eficientă a persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Acești specialiști aduc expertiză în diverse domenii, contribuind la o abordare comprehensivă și holistică a evaluării, diagnosticării și tratamentului pacienților. Iată de ce este necesară o echipă multidisciplinară în planificarea evaluării persoanelor cu probleme de sănătate mintală:

1. **Perspectivă diversă:** Fiecare membru al echipei aduce o perspectivă unică și viziuni diferite în evaluarea și tratamentul pacienților. Aceasta permite o analiză mai cuprinzătoare a situației și o înțelegere complexă a nevoilor individuale ale pacienților.
2. **Evaluare completă:** Prin implicarea specialiștilor din mai multe domenii (cum ar fi psihiatri, psihologi, asistenți sociali, terapeuți ocupaționali, asistenți medicali), se asigură o evaluare mai completă a stării fizice, emoționale, sociale și comportamentale a pacienților.
3. **Planificare personalizată de tratament:** O echipă multidisciplinară colaborează pentru a dezvolta un plan de tratament personalizat, adaptat nevoilor individuale ale pacientului și bazat pe cele mai bune practici și intervenții disponibile.
4. **Abordare integrată:** Prin lucrul în echipă, specialiștii pot integra diferite tipuri de intervenții și terapii pentru a aborda diverse aspecte ale problemelor de sănătate mintală ale pacienților.

Psihologii au un rol esențial în serviciile de sănătate mintală și contribuie în mai multe moduri importante:

1. **Evaluare psihologică:** Psihologii pot efectua evaluări psihologice complexe și valide, inclusiv interviuri clinice, teste și instrumente de evaluare, pentru a identifica tulburări și probleme de sănătate mintală.
2. **Diagnosticare:** Bazându-se pe datele obținute din evaluare, psihologii pot formula diagnostice precise și pe înțeles, respectând criteriile stabilite în manualele de diagnostic.
3. **Tratament și intervenție:** Psihologii oferă terapie individuală și de grup pentru a ajuta pacienții să depășească dificultățile și să își dezvolte abilitățile de a face față situațiilor de viață.
4. **Consiliere și sprijin:** Psihologii pot oferi consiliere și sprijin emoțional pentru a ajuta pacienții să înțeleagă și să facă față problemelor lor.
5. **Educație și consiliere pentru familii:** Psihologii pot oferi consiliere și educație pentru familiile pacienților pentru a le sprijini în gestionarea provocărilor asociate cu problemele de sănătate mintală ale celor dragi.
6. **Promovarea sănătății mintale:** Psihologii pot juca un rol activ în educație și conștientizare în comunitate, promovând sănătatea mintală și prevenind problemele psihologice.

Atunci când un psiholog clinician efectuează un psihodiagnostic, este esențial să aibă în vedere următoarele aspecte:

1. **Cadrul etic:** Psihologul clinician trebuie să respecte etica profesională și să acorde o atenție specială confidențialității informațiilor private ale pacienților săi. Trebuie să informeze pacienții despre obiectivele evaluării, metodele utilizate și modul în care vor fi folosite rezultatele.
2. **Competență profesională:** Psihologul clinician trebuie să aibă expertiză în domeniul evaluării psihologice și să utilizeze tehnici și instrumente valide și fiabile pentru a obține date relevante și precise.
3. **Evaluarea inițială:** Psihologul trebuie să înceapă prin a obține o istorie detaliată a pacientului, inclusiv antecedente medicale, istoricul problemelor psihologice și contextul social. Această evaluare inițială ajută la înțelegerea contextului general al pacientului și la identificarea problemelor cheie care vor fi investigate în profunzime.
4. **Interviul clinic:** Psihologul va efectua un interviu clinic structurat sau semistrukturat pentru a explora problemele prezentate de pacient și pentru a identifica aspectele relevante pentru evaluare.
5. **Instrumente de evaluare:** Psihologul va utiliza diferite instrumente de evaluare psihologică, cum ar fi chestionare, teste, teste psihometrice și interviuri standardizate pentru a obține date cantitative și calitative despre starea psihologică a pacientului.
6. **Observație clinică:** Observația atentă a comportamentului și comunicării nonverbale ale pacientului poate oferi informații suplimentare relevante.

7. **Integrarea datelor:** Psihologul va analiza și interpreta datele obținute din toate sursele, inclusiv din interviuri, instrumente de evaluare și observații, pentru a construi o înțelegere comprehensivă a problemei pacientului.
8. **Diagnostic:** Pe baza informațiilor adunate, psihologul va formula un diagnostic, care este o etichetă descriptivă a problemelor și simptomelor prezentate de pacient, în concordanță cu clasificările și criteriile stabilite în manualele de diagnostic, cum ar fi DSM-5 (Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale).
9. **Feedback și plan de tratament:** Psihologul va comunica rezultatele și diagnosticul pacientului și va dezvolta împreună cu acesta un plan de tratament sau intervenție adaptat nevoilor sale.
10. **Monitorizarea progresului:** Pe măsură ce tratamentul sau intervenția progresează, psihologul va monitoriza evoluția pacientului pentru a evalua eficacitatea intervenției și pentru a adapta planul, dacă este necesar. Este important ca psihologul clinician să lucreze cu profesionalism, empatie și sensibilitate, asigurând că pacientul se simte înțeles și respectat pe tot parcursul procesului de evaluare și intervenție.

Astfel, echipa multidisciplinară și implicarea psihologilor în serviciile de sănătate mintală sunt esențiale pentru a asigura îngrijirea cuprinzătoare și de calitate pentru persoanele cu probleme de sănătate mintală. Prin colaborarea specialiștilor din diferite domenii, se pot obține rezultate mai bune și mai eficiente în îmbunătățirea sănătății mintale și a calității vieții pacienților.

CE ESTE EVALUAREA PSIHOLOGICĂ

Procesul de evaluare psihologică reprezintă o analiză minuțioasă și un filtru aplicat de un specialist în psihologie. Modalitățile de evaluare adoptate se vor adapta în funcție de cerințele persoanei în cauză.

Rolul psihologului care efectuează evaluarea poate fi asemănat cu cel al unui investigator care caută indicii pentru a dezlega un mister. Cu cât se descoperă mai multe indicii, cu atât se obține o cantitate mai mare de informații, astfel încât să se înțeleagă mai bine situația și să se decidă ce opțiuni sunt cele mai potrivite pentru a ajuta persoana în cauză.

Scopul principal al evaluării psihologice este să se obțină o înțelegere mai profundă a persoanei și a comportamentului acesteia.

Obiectivele evaluării psihologice includ identificarea punctelor forte și a celor slabe ale unei persoane, detectarea potențialelor probleme în privința cogniției și reactivității emoționale și formularea recomandărilor pentru tratament.

Toate tipurile de evaluări psihologice măsoară nivelul de funcționare al unei persoane într-un anumit moment în timp.

Un psiholog autorizat efectuează evaluări psihologice care pot fi utilizate pentru diagnosticarea diferitelor afecțiuni de sănătate mintală sau boli care afectează memoria, procesele cognitive și comportamentul, inclusiv: Anxietate/Depresie, Tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate

(ADHD), Tulburare bipolară, Demență, Dizabilitate intelectuală, Tulburare neurocognitivă, Tulburări de personalitate.

Acestea sunt câteva dintre principalele probleme de sănătate mintală cu care se confruntă oamenii și care pot afecta semnificativ viața lor. Este important să înțelegem că fiecare dintre aceste tulburări are un impact diferit asupra individului și că fiecare necesită abordări și intervenții personalizate.

Anxietatea și depresia sunt două dintre cele mai comune tulburări de sănătate mintală și pot fi cauzate de o varietate de factori, inclusiv stres, traume, dezechilibre chimice în creier sau genetica. Ambele pot avea un impact semnificativ asupra stării de bine și funcționării zilnice a unei persoane, afectând relațiile, performanța școlară și calitatea vieții.

Tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) este o tulburare de dezvoltare care afectează atenția, concentrarea și controlul impulsurilor. Persoanele cu ADHD pot avea dificultăți în menținerea atenției, în organizarea și finalizarea sarcinilor și pot fi hiperactive și impulsive.

Tulburarea bipolară este caracterizată de schimbări de dispoziție extreme, între episoade maniacale și episoade depresive. Aceste schimbări de dispoziție pot afecta grav comportamentul, gândirea și relațiile cu ceilalți.

Demența este o afecțiune a creierului care afectează memoria, gândirea, comportamentul și abilitățile zilnice. Aceasta poate afecta în special persoanele în vârstă și poate duce la o deteriorare semnificativă a calității vieții.

Dizabilitatea intelectuală este o tulburare caracterizată prin dificultăți în învățare, dezvoltare și funcționare intelectuală generală sub nivelul mediu.

Tulburările neurocognitive afectează funcționarea cognitivă a creierului, inclusiv memoria, atenția și gândirea.

Tulburările de personalitate sunt caracterizate de tipare persistente și rigide de comportament, gândire și emoții care pot afecta relațiile și funcționarea socială a unei persoane.

Este important să se conștientizeze aceste tulburări și să se ofere sprijin și îngrijire adecvată celor care le trăiesc. Abordarea acestor probleme necesită adesea o echipă multidisciplinară de specialiști în sănătate mintală, care lucrează împreună pentru a oferi evaluare, intervenție și sprijin personalizat pentru fiecare persoană în parte. Cu suportul adecvat și intervențiile potrivite, multe persoane pot găsi modalități de a gestiona și a depăși aceste tulburări, îmbunătățind astfel calitatea vieții.

Prin intermediul unei evaluări psihologice, se pot determina următoarele aspecte:

- Severitatea simptomelor de depresie sau anxietate
- Prezența unei dificultăți de învățare
- Stiluri de coping pozitive și negative
- Motivele din spatele comportamentului agresiv
- Perspectiva asupra tipului de personalitate

Evaluarea psihologică se împarte în patru tipuri principale:

- Interviu clinic sau Evaluarea holistică
- Evaluarea Funcționării Intelectuale (IQ)
- Evaluarea personalității
- Evaluarea comportamentală

În completarea acestor categorii principale de evaluare psihologică, există și alte teste specifice pentru diverse domenii, care vizează evaluarea aptitudinilor, performanței școlare, consilierea în carieră sau la locul de muncă, abilitățile de management și planificarea carierei.

În urma evaluării psihologice, rezultatele sunt prezentate în Raportul de evaluare psihologică (Anexa 1), care reprezintă sinteza detaliată a concluziilor și recomandărilor obținute din această analiză minuțioasă.

Interviul clinic sau evaluarea holistică reprezintă un proces de interviu sau evaluare cuprinzătoare.

Aceasta este o componentă esențială a fiecărei evaluări psihologice. De obicei, interviurile clinice au o durată de 1 până la 2 ore.

Aceste interviuri reprezintă o oportunitate pentru profesioniști de a obține informații importante cu privire la contextul și istoria familială a persoanei evaluate. Înainte de a efectua orice evaluare psihologică formală, se realizează aproape întotdeauna un interviu clinic sau o evaluare holistică, chiar și dacă persoana a trecut deja printr-un astfel de proces cu un alt specialist. Psihologii care efectuează evaluarea au nevoie să-și formeze propriile impresii clinice, și acest lucru poate fi realizat cel mai bine printr-un interviu direct cu persoana respectivă și prin colectarea cuprinzătoare a informațiilor.

ALGORITM DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ



EVALUAREA HOLISTICĂ

<p>Trecut <i>Această coloniță va fi completată a treia</i></p>	<p>Personalitate <i>Această coloniță va fi completată ultima</i></p>	<p>Mecanisme de coping <i>Această coloniță va fi completată a doua</i></p>	<p>Plângeri/Dificultăți <i>Această coloniță va fi completată prima</i></p>
<p><u>Experiențe traumatizante/dureroase din copilărie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • <p><u>Stil parental:</u></p> <p><i>Cum o puteți descrie pe mama ca părinte?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Cum îl puteți descrie pe tata ca părinte?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><i>Vă rog să vă descrieți pe dvs utilizând 5 adjective:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • 	<p><i>Care sunt mecanismele pe care le utilizați pentru a face față stresului?</i></p> <p><u>Evitare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • <p><u>Hipercompensare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • <p><u>Resemnare/Predare:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • 	<p><i>Care sunt plângerile și dificultățile pe care le aveți?</i></p> <p><u>Psihologice</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • <p><u>Fizice</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • <p><u>Dependente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • •

<hr/> <hr/> <p>Evenimente importante din viață:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • • • • 			<p><u>Sociale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • <p><u>Practice</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • •
--	--	--	--

După ce finalizați completarea tabelului, rugați persoana să stabilească legături dintre cele expuse în acest tabel, unind prin săgeți lucrurile care sunt legate între ele. Legăturile pot fi stabilite atât între cele expuse în aceeași coloniță, cât și între cele expuse în colonițe diferite.

După stabilirea legăturilor, întrebați persoana ce vede în acest tabel și ce concluzii poate face.

1. Evaluarea funcționalității intelectuale

Testele de inteligență, cunoscute și sub denumirea de teste ale coeficientului de inteligență (IQ), reprezintă un mijloc complex și teoretic pentru a cuantifica inteligența generală a unei persoane. Este esențial să subliniem că aceste teste nu își propun să măsoare direct inteligența în forma sa pură ci, în schimb, încearcă să analizeze componentele acesteia care, în opinia noastră, ar putea contribui la înțelegerea sa holistică.

O modalitate de testare a IQ-ului care este des întâlnită este reprezentată de Wechsler Adult Intelligence Scale—Fourth Edition (WAIS-IV) - Anexa 2. Această evaluare necesită, în general, o perioadă cuprinsă între o oră și o oră și jumătate și poate fi administrată persoanelor cu vârsta de 16 ani sau mai mult. În cazul copiilor, există o versiune specială a acestui test, numită Wechsler Intelligence Scale for Children - Ediția a patra sau WISC-IV.

WAIS-IV este structurat în patru domenii majore pentru a furniza ceea ce numim "IQ la scară completă". Fiecare dintre aceste domenii este ulterior subdivizat într-o serie de subteste, fie obligatorii, fie opționale (denumite și suplimentare). Subtestele obligatorii au un rol esențial în determinarea valorii complete a IQ-ului unei persoane, în timp ce subtestele suplimentare oferă o perspectivă valoroasă asupra abilităților cognitive ale subiectului.

Testele de inteligență prezintă o importanță semnificativă în evaluarea abilităților mintale, putând aduce în prim-plan diverse aspecte legate de calitatea gândirii umane. Acestea pot evidenția trăsături precum creativitatea, inteligența emoțională, capacitatea de învățare, memoria sau abilitatea de a rezolva probleme. Desigur, termenul "inteligență" poate stârni ambiguitate sau confuzie în percepția comună și este adesea asociat greșit cu nivelul de cultură sau educație. Cu toate acestea, testele de inteligență abordează, de fapt, o diversitate de aspecte ce țin de funcționarea mintală.

Inteligența înglobează atât caracteristici ereditare, cât și dobândite, având potențialul de a se dezvolta pe parcursul vieții prin intermediul diferitelor experiențe și modele la care suntem expuși, fie prin alegere proprie, fie involuntar.

Astfel, testele de inteligență trebuie să fie considerate un instrument esențial în procesul de selecție și orientare a indivizilor, ajutându-i să descopere și să exploreze potențialul propriu, astfel încât să își îndeplinească responsabilitățile în mod corespunzător, în armonie cu abilitățile lor naturale.

2. Evaluarea personalității

Evaluarea personalității are scopul de a ajuta profesioniștii să înțeleagă mai bine caracteristicile individuale ale unei persoane. Personalitatea este o combinație complexă de factori dezvoltată pe

parcursul copilăriei și adolescenței. Aceasta include componente genetice, de mediu și sociale, sugerând că personalitatea noastră nu este modelată doar de o singură influență. Prin urmare, testele de evaluare a personalității iau în considerare această complexitate și diversitate.

A. SCID-5-PD - Interviu clinic structurat pentru tulburările de personalitate

SCID-5-PD (Anexa 3) din DSM-5 reprezintă un interviu semistrukturat esențial în procesul de diagnosticare a celor 10 tulburări de personalitate descrise în DSM-5, încadrate în Grupurile A, B și C. Inițial cunoscut sub denumirea de Interviu clinic structurat pentru tulburările de personalitate ale Axei II din DSM-IV (SCID-II), acest instrument a evoluat pentru a reflecta îmbunătățirile conceptuale și tehnice ale domeniului. SCID-5-PD aduce claritate și detaliu în evaluarea complexă a personalității, contribuind la înțelegerea profundă a diverselor dimensiuni psihologice.

Originea SCID-5-PD are rădăcini în dezvoltarea primelor concepte de interviu structurat pentru DSM-III (SCID), cu primul modul dedicat tulburărilor de personalitate dezvoltat în 1984 de către Jeffrey Jonas, M.D., de la Spitalul Melean. Prin transformarea acestui modul în instrumentul independent SCID-II în 1985, s-a recunoscut nevoia de a evalua în profunzime aspectele personalității, ceea ce a determinat o evoluție consecventă.

În anul următor, o nouă strategie a fost introdusă în SCID-II, cu adăugarea unui chestionar de screening al personalității (SCID-II-PQ), îmbunătățind astfel validitatea și relevanța evaluării. Această evoluție a dus la publicarea versiunii definitive a SCID-II pentru tulburările de personalitate din DSM-III-R în 1986, subliniind importanța constantă acordată progresului și preciziei.

Adaptările au continuat odată cu lansarea DSM-IV în 1994, când SCID-II a fost actualizat pentru a corespunde noilor criterii. Prin colaborarea cu Lorna Benjamin, Ph.D., a fost obținută o formulare mai fidelă a întrebărilor pentru a reflecta aspectele interioare ale subiecților. Astfel, versiunea SCID-II pentru DSM-IV a fost publicată în 1997, consolidând evoluția acestui instrument în direcția unei evaluări cât mai complete și relevante.

O revizuire substanțială a avut loc odată cu apariția DSM-5 în 2013, când SCID-II a devenit SCID-5-PD pentru a se alinia cu schimbările conceptuale ale noului manual. Acest instrument s-a adaptat la noile cerințe, iar întrebările au fost ajustate cu atenție pentru a reflecta mai bine construcțiile incluse în criteriile de diagnostic. De asemenea, evaluarea unor categorii de cercetare a fost eliminată pentru a se potrivi cu direcția DSM-5.

SCID-5-PD este un instrument amplu de evaluare a tulburărilor de personalitate, acoperind atât Grupurile A, B și C, cât și categoria "Altă tulburare de personalitate specificată". Cu toate că se recomandă administrarea completă a instrumentului, flexibilitatea este permisă, facilitând evaluarea selectivă a tulburărilor de personalitate de interes special pentru evaluatori.

Pentru a simplifica utilizarea, SCID-5-PD include o secțiune de rezumat a fișei de punctare a diagnosticului, completată după finalizarea interviului. Această secțiune sintetizează rezultatele evaluării pentru fiecare tulburare de personalitate și facilitează obținerea unei perspective de ansamblu.

Evaluarea dimensională, deși nu este o caracteristică oficială a DSM-5, este integrată în

SCID-5-PD pentru a reflecta diversitatea și severitatea simptomelor. Acest aspect poate oferi o perspectivă holistică și aprofundată asupra personalității subiecților.

În concluzie, SCID-5-PD se impune ca un instrument vital în diagnosticarea tulburărilor de personalitate, contribuind semnificativ la înțelegerea complexității psihologice și la îmbunătățirea abordării evaluării.

Evaluarea generală în cadrul SCID-5-PD este împărțită în două părți distincte:

1. **Prezentare generală**: Această primă parte începe prin colectarea datelor demografice de bază ale subiectului, cum ar fi vârsta, statutul marital și condițiile de trai. Se obține, de asemenea, un istoric al educației și locurilor de muncă ale subiectului, precum și o privire asupra interacțiunilor acestuia cu sistemul juridic. Urmează apoi un rezumat al perioadelor anterioare și actuale de patologie psihică. În cazul în care SCID-5-PD este administrat după SCID-5-RV sau SCID-5-CV, această parte poate fi omisă, deoarece conține aceeași informație ca și evaluarea generală din aceste interviuri, dar este mai detaliată. Este important ca evaluatorul să identifice dacă au existat perioade bine definite în care subiectul a avut alte tulburări psihiatrice, cum ar fi un episod de Tulburare Depresivă Majoră.

2. **Prezentare generală a evaluării tulburărilor de personalitate**: Această a doua parte a evaluării generale are scopul de a evidenția comportamentul și relațiile interpersonale specifice subiectului, precum și capacitatea acestuia de a se autoanaliza. După finalizarea acestor părți de evaluare generală, interviul continuă cu întrebări care verifică criteriile DSM-5 pentru fiecare dintre cele 10 Tulburări de personalitate specifice: Tulburarea de personalitate evitantă, Tulburarea de personalitate dependentă, Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă, Tulburarea de personalitate paranoidă, Tulburarea de personalitate schizotipală, Tulburarea de personalitate schizoidă, Tulburarea de personalitate histrionică, Tulburarea de personalitate narcisistă, Tulburarea de personalitate borderline și Tulburarea de personalitate antisocială. Ordinea în care sunt evaluate tulburările de personalitate în SCID-5-PD diferă de cea din DSM-5 pentru a îmbunătăți relația cu pacientul. Astfel, SCID-5-PD nu începe cu întrebările despre tulburările de personalitate din Grupul A, care au caracteristici „ciudate sau excentrice” (adică Tulburările de personalitate paranoidă, schizoidă și schizotipală), ci cu cele din Grupul C, grupate după caracteristici „anxioase sau de frică” (adică Tulburările de personalitate evitantă, dependentă și obsesiv-compulsivă). De asemenea, evaluarea Tulburării de personalitate antisocială (din Grupul B, care conține caracteristici „dramatice, emoționale sau inconsecvente”) este realizată în ultimul rând din cauza potențialului impact negativ asupra relației cu subiectul.

În final, SCID-5-PD permite evaluatorului să stabilească un diagnostic de „Altă tulburare de personalitate specificată” pentru cazurile în care sunt prezente caracteristici ale mai multor tulburări de personalitate, dar care nu îndeplinesc criteriile complete pentru nicio tulburare specifică și care provoacă un deficit semnificativ al funcționării.

Comparativ cu schemele de evaluare SCID-5-RV și SCID-5-CV, SCID-5-PD evaluează fiecare tulburare de personalitate din DSM-5 printr-un set de trei coloane. Coloana din stânga a fiecărei pagini conține întrebările interviului (marcate cu litere îngroșate) și instrucțiunile pentru evaluator (în litere majuscule). Criteriile de diagnostic din DSM-5 la care se referă întrebările din interviu

sunt afișate în coloana din mijloc, colorată în gri deschis. Coloana din dreapta a fiecărei pagini conține codurile pentru stabilirea scorului aceluși criteriu: „?” = Informație inadecvată, „O” = Absent, „1” = Sub pragul de diagnostic și „2” = Peste pragul de diagnostic. Scorul reflectă judecata evaluatorului cu privire la îndeplinirea criteriilor de diagnostic DSM-5 din coloana centrală, nu doar răspunsurile subiectului la întrebările din interviu pentru acel criteriu. Notițele din coloana din mijloc reflectă notele din DSM-5.

SCID-5-PD prezintă o caracteristică distinctivă prin disponibilitatea unui chestionar autoraportat de personalitate, numit Chestionarul de screening al personalității SCID-5-SPQ. Scopul acestui chestionar este de a reduce durata de aplicare a întregului interviu și de a identifica rapid potențialele aspecte ale tulburărilor de personalitate. Acest chestionar este completat de către subiect și are ca rezultat scurtarea timpului necesar pentru evaluarea inițială. În SCID-5-PD, medicul nu va evalua decât subpunctele care au avut rezultate pozitive la screening (răspunsurile „DA”) la SCID-5-SPQ.

Pentru a utiliza SCID-5-SPQ, subiectul trebuie să aibă abilități de citire adecvate nivelului minim al clasei a opta sau mai mare. Fiecare dintre cele 106 întrebări din SCID-5-SPQ corespunde unei întrebări inițiale din interviul SCID-5-PD, identificată prin numerele aflate în coloana din stânga a ambelor instrumente. De exemplu, întrebarea 78 din SCID-5-SPQ este „Relațiile cu persoanele importante din viața dumneavoastră suferă frecvent oscilații extreme în ambele sensuri?” Aceasta corespunde cu întrebarea inițială 78 din interviul SCID-5-PD pentru primul criteriu al Tulburării de personalitate borderline.

Un aspect important este că, în multe cazuri, pragul pentru un răspuns pozitiv în SCID-5-SPQ este mai scăzut decât cel corespunzător criteriului de diagnostic din SCID-5-PD. De exemplu, întrebarea 52 din SCID-5-SPQ este „Vă place să fiți în centrul atenției?” Poate apărea frecvent ca unii indivizi să încercuiască răspunsul „DA” în SCID-5-SPQ, chiar dacă, în cadrul întrebărilor suplimentare din interviul SCID-5-PD, criteriul „Se simte neconfortabil dacă nu este în centrul atenției” nu este îndeplinit. Cu alte cuvinte, SCID-5-SPQ funcționează ca un instrument de screening cu prag coborât, ceea ce poate duce la rezultate fals pozitive intenționate.

Cu toate acestea, există și riscul de a obține rezultate fals negative, astfel că evaluatorul ar trebui să reevalueze orice elemente pentru care observă manifestări în cadrul interviului SCID-5-PD, indiferent de răspunsul pacientului în SCID-5-SPQ. De exemplu, chiar dacă pacientul a negat că ar fi suspicios în SCID-5-SPQ, dar manifestă comportament suspicios în timpul interviului, evaluatorul ar trebui să exploreze acest aspect în continuare.

Din cauza numărului semnificativ de rezultate fals pozitive intenționate, nu se recomandă folosirea SCID-5-SPQ ca instrument unic în alte scopuri decât cel de screening grosier. Este important ca rezultatele pozitive din chestionar să fie validate și explorate mai detaliat în cadrul interviului SCID-5-PD pentru a obține o evaluare mai precisă și cuprinzătoare a tulburărilor de personalitate.

În majoritatea cazurilor, subiectul interviuat în cadrul SCID-5-PD este sursa unică de informații; totuși, evaluatorul poate utiliza orice sursă disponibilă atunci când stabilește scorurile, inclusiv informații provenite de la un terapeut actual sau anterior, precum și de la membrii familiei sau alte

surse. Informațiile suplimentare pot fi deosebit de importante în evaluarea tulburărilor de personalitate, având în vedere tendința pacienților de a subevalua patologia personalității. Deși SCID-5-PD nu a fost conceput în acest scop, poate fi administrat unei persoane care furnizează informații despre pacient (de exemplu, terapeut, membru al familiei, prieten apropiat). În cazurile în care s-au obținut informații contradictorii, medicul va trebui să stabilească, pe baza judecății clinice, cine a oferit cele mai valide informații.

Numerotările care preced întrebările în cadrul interviului SCID-5-PD arată că aceleași întrebări sunt incluse și în chestionarul auto-administrat SCID-5.

Deoarece criteriul DSM-5 specifică faptul că persoana evită activitățile de serviciu care presupun contacte interpersonale semnificative din cauza fricii de a fi criticat, dezaprobat sau respins, este necesar să se pună întrebările care urmează pentru a stabili în primul rând dacă serviciul sau sarcinile de serviciu care sunt evitate presupun contacte interpersonale multiple (adică „Dați-mi câteva exemple”), iar apoi pentru a determina motivul pentru care individul evită aceste activități - adică „Din ce motiv ați evitat aceste contacte”. Majoritatea criteriilor de la Tulburările de personalitate au doar o întrebare numerotată în partea stângă a SCID-5-PD și care corespunde fiecărui criteriu. Totuși, unele dintre aceste criterii, în special cele care sunt mai dificil de evaluat sub formă de interviu, au mai multe întrebări numerotate în cadrul interviului SCID-5-PD (de exemplu, întrebările 79-82) care încearcă să abordeze diferitele aspecte ale criteriului. În astfel de cazuri, evaluatorul poate adresa oricâte dintre aceste întrebări numerotate în partea stângă câte sunt necesare pentru a obține suficiente informații care să susțină stabilirea scorului „2” la acel criteriu. De exemplu, pentru evaluarea primului criteriu al Tulburării de personalitate schizotipale există trei întrebări numerotate (33-35) (adică „idei de referință”, codul câmpului PD36). Dacă pacientul oferă suficiente exemple convingătoare despre ideile sale de referință ca răspuns la prima întrebare (adică întrebarea 33, „Când sunteți într-un loc public și vedeți oamenii vorbind, vi se pare adesea că vorbesc despre dumneavoastră?”), nu mai este necesară adresarea celorlalte două întrebări (34 și 35). Totuși, dacă răspunsul la întrebarea 33 este negativ (sau exemplele pe care le-a oferit pacientul sunt insuficiente, din punctul de vedere al evaluatorului, pentru a stabili scorul „2”), se vor adresa și întrebările 34 și 35.

Criteriile pentru Tulburările de personalitate din DSM-5 impun ca tiparul trăirilor interioare sau de comportament să fie manifestat la un nivel suficient de severitate, persistență și pervazivitate pentru a fi luat în considerare în diagnosticare. În SCID-5-PD, pentru fiecare criteriu individual al Tulburărilor de personalitate, sunt furnizate patru scoruri posibile: „?” pentru informații inadecvate, „0” pentru absent, „1” pentru sub prag și „2” pentru valoarea prag.

Scorul „?” este atribuit în situații rare, atunci când nu există suficiente informații pentru un scor mai precis la acel criteriu, de exemplu, atunci când pacientul răspunde „DA” la o întrebare din SCID-5-PD, dar nu poate oferi niciun exemplu ilustrativ. Scorul „?” poate fi temporar pentru a indica că se așteaptă informații suplimentare de la alte persoane.

Scorul „0” este atribuit atunci când tiparul trăirilor interioare sau de comportament, descris de criteriu, este cu certitudine absent.

Scorul „1” este atribuit atunci când tiparul trăirilor interioare sau de comportament descris de criteriu este prezent, dar sub pragul de diagnostic cerut în ceea ce privește severitatea, persistența sau caracterul pervaziv. De exemplu, pentru criteriul 1 al Tulburării de personalitate narcisiste („Are un sentiment de măreție în legătură cu importanța propriei persoane”; codul câmpului PD65), scorul „1” ar fi potrivit pentru o pacientă care răspunde „DA” la Întrebarea 61 („Alte persoane v-au spus că aveți o părere prea bună despre dumneavoastră?”) și descrie că s-a rugat de fostul prieten să nu o părăsească, dar acest lucru s-a întâmplat doar în unele dintre relațiile sale anterioare și nu în toate.

Scorul „2” este atribuit atunci când tiparul trăirilor interioare sau de comportament descris în criteriu este prezent la un nivel de severitate aflat la valoarea prag sau patologic. Pentru a face distincția între scorul „1” (sub prag) și scorul „2” (la valoarea prag), sub fiecare criteriu, în coloana din mijloc a SCID-5-PD, se găsesc instrucțiunile specifice pentru stabilirea scorului „2”.

Pentru a determina dacă un criteriu specific al Tulburării de personalitate îndeplinește criteriile pentru scorul „2”, pot fi utile următoarele întrebări suplimentare: Cum se manifestă tiparul? Dați-mi câteva exemple. Simțiți că sunteți în mai mare măsură în acest fel, comparativ cu majoritatea persoanelor pe care le cunoașteți?

Pentru mai multe detalii se poate consulta ghidul original : <https://pdfcoffee.com/scid-5-cv-versiunea-pentru-clinicianpdf-pdf-free.html>

B. Interviu de diagnostic pentru Borderline - DIB-R

DIB-R este un interviu semi-structurat folosit pentru a colecta informații despre patru aspecte presupuse a fi importante în diagnosticul tulburării borderline dependent (Anexa 4):

*Afecte

*Cogniții

*Acțiuni impulsive

*Reacții interpersonale.

*Acest interviu conține 87 de itemi, care explorează modul în care pacientul a simțit, gândit și s-a comportat în ultimii doi ani. În mare parte, pacientul oferă singura sursă de informație pentru majoritatea itemilor, dar un număr mic dintre aceștia permit utilizarea unei alte surse de date. Structura interviului constă în 24 de subsecțiuni, iar informațiile din 22 dintre aceste subsecțiuni sunt utilizate pentru a evalua 22 de afirmații sumative.

*Fiecare afirmație sumativă reprezintă un criteriu diagnostic important pentru tulburarea de personalitate borderline (PBL) și este utilizată pentru a evalua prezența acestei tulburări. Informațiile extrase din alte două subsecțiuni au tendința de a infirma diagnosticul PBL (itemii 24 și 58) și sunt utilizate pentru a determina scorul final al pacientului în secțiunile care acoperă afectele și cognițiile. În mod specific, un scor pozitiv la itemii 24 și/sau 58 anulează scorurile progresive în secțiunile referitoare la afecte și/sau cogniții.

Instrucțiuni

1. Explorați aprofundat dacă pacientul a înțeles greșit o întrebare sau a dat un răspuns care pare incomplet, contradictoriu sau eronat. Explorați aprofundat în mod egal și dacă un grup de întrebări dat nu furnizează suficiente informații pentru a cota Afirmația Recapitulativă.
 2. Înconjurați cifra care reprezintă cel mai bun răspuns la o întrebare sau la un indice rezumat. Numai dacă o altă modalitate este precizată, toate întrebările și indicii rezumați sunt cotați:
2 = DA
1 = PROBABIL
0 = NU
- Dacă o întrebare nu este adaptată (nu se referă la situația dvs, scrieți N.C. (Nu e cazul), în locul scorului.
3. Pentru fiecare secțiune, adunați scorurile la Afirmațiile Recapitulative pentru a obține un scor de secțiune.
 4. Converteți scorul de secțiune într-unul de secțiune gradual de la 0 la 2 sau 0 la 3, urmând instrucțiunile date la sfârșitul fiecărei secțiuni.
 5. Adunați scorurile la secțiunea graduală pentru a obține scorul global al DIB-R de la 0 la 10.
 6. Utilizați indicațiile următoare pentru a face diagnosticul la sfârșitul interviului:
 - un scor DIB-R > 8 este considerat semnificativ pentru 0 PBL.
 - un scor DIB-R < 7 pledează pentru o altă entitate clinică.

C. Scala de evaluare comprehensivă a psihopatologiei - CPRS

Această scală a fost dezvoltată cu scopul explicit de a evalua schimbările în psihopatologie care apar în urma diverselor intervenții, inclusiv tratamente medicamentoase și terapii nemedicamentoase. Cu proliferarea tehnicilor de intervenție în domeniul sănătății mintale, a devenit tot mai necesară dezvoltarea unor metode precise de evaluare a eficacității acestor intervenții și a modificărilor în psihopatologie pe care le generează. Multe dintre instrumentele existente se concentrează mai mult pe diagnosticarea și clasificarea tulburărilor mintale și nu sunt suficient de sensibile pentru a detecta schimbările induse de terapii („sensibilitatea la schimbare”). Un grup de experți a recunoscut ambiguitatea termenilor psihiatrici și a furnizat descrieri detaliate pentru fiecare dintre aceștia. Aceste descrieri pot fi considerate „definiții operaționale” care clarifică și facilitează recunoașterea și evaluarea simptomelor implicate într-un mod coerent și uniform.

Rezultatul acestui efort a fost Scala de Evaluare Comprehensive a Psihopatologiei (CPRS – Anexa 5). Aceasta constă într-un interviu semistructurat, iar perioada de timp pe care o acoperă evaluarea subiectului poate varia în funcție de obiectivele specifice, putând acoperi, de exemplu, săptămâna, luna sau anul precedent.

Scara include un total de 67 de itemi, din care 40 sunt raportați de către subiect, 25 sunt observați de către evaluator, unul pentru evaluarea globală a severității și unul pentru evaluarea încrederii în procesul de examinare.

Pentru fiecare item, subiectul este evaluat pe o scală de la 0 la 6, iar pentru fiecare scor (0, 2, 4, și

6) sunt furnizate descrieri scurte (puncte de ancorare) pentru a asigura coerența evaluării. În Anexa 1 a acestui capitol, poate fi găsită versiunea completă a scalei CPRS.

Aplicarea corectă a acestei scale necesită pregătire și experiență în interviul cu pacienții cu tulburări psihiatrice. CPRS poate fi folosită de profesioniști cu experiență clinică, inclusiv psihiatri, psihologi și asistenți medicali. Înainte de a utiliza această scală în mod oficial, se recomandă efectuarea unor sesiuni de antrenament și evaluare sub supraveghere.

Deși această scală poate fi administrată și sub formă de chestionar, utilizarea sa în formatul interviului poate oferi mai multe informații și detalii relevante. Prin urmare, se sugerează ca, pe lângă chestionarea subiectului, să se utilizeze și informatori suplimentari sau înregistrări clinice.

Scorul total al scalei oferă o perspectivă generală asupra sarcinii psihopatologice a subiectului, fiind corespunzător Axei I din DSM. Analiza factorilor întregii scale indică distincții între factori precum anxietate-depresie-astenie și schizofrenie. Compararea acestei scale cu altele a arătat o bună validitate a CPRS. Fiabilitatea și robustețea acestei scale, atât pentru depresie, cât și pentru schizofrenie, au fost confirmate de studii de concordanță între evaluatorii diferiți. În plus față de depresie și schizofrenie, CPRS include și subscale pentru neurastenii și anxietate, reflectând diversitatea tulburărilor psihopatologice evaluate.

Instrucțiuni pentru evaluator:

Evaluarea trebuie să se bazeze pe un interviu clinic flexibil, în care subiectul este încurajat să descrie în cuvinte proprii și în detaliu simptomele sale. Evaluatorul trebuie să decidă ce item din scală nu este pe deplin acoperit și să pună întrebări largi și neutre pentru ca subiectul să abordeze acele domenii. Dacă acest lucru nu este suficient pentru evaluare, pot fi puse și întrebări specifice. Primul interviu dintr-o serie destinată să măsoare schimbarea este, într-un fel, un interviu de antrenament, atât pentru intervievator, cât și pentru intervievat. Este util să lăsăm interviul să dureze cât mai mult timp posibil pentru a ne asigura că subiectul a înțeles pe deplin întrebările și pentru ca evaluatorul să se familiarizeze cu istoria subiectului. Acest lucru îi va permite evaluatorului să pună întrebări mai pertinente în interviurile ulterioare. Recomandăm ca o foaie de scor separată să fie utilizată pentru fiecare nouă evaluare.

LISTA ITEMILOR

Raportate

1. Tristețe
2. Exaltare
3. Tensiune interioară
4. Sentimente ostile
5. Incapacitatea de a simți
6. Gânduri pesimiste
7. Gânduri suicidare
8. Hipocondrie
9. Îngrijorare pentru lucruri minore
10. Gânduri compulsive
11. Fobii
12. Ritualuri
13. Indecizie
14. Apatie
15. Fatigabilitate
16. Dificultăți de concentrare
17. Scăderea memoriei
18. Scăderea apetitului
19. Reducerea regimului de somn
20. Creșterea regimului de somn
21. Reducerea interesului sexual
22. Creșterea interesului sexual
23. Tulburări vegetative
24. Dureri
25. Tensiune musculară
26. Pierderea senzației sau mișcării
27. Derealizare
28. Depersonalizare
29. Sentimentul de a fi controlat
30. Perturbarea gândirii
31. Idei de persecuție
32. Idei de grandoare
33. Dispoziție delirantă
35. Gelozie morbidă
36. Alte

deliruri 37. Voci comentative 38. Alte halucinații auditive 39. Halucinații vizuale 40. Alte halucinații

Observate

41. Tristețe aparentă 42. Dispoziție exaltată 43. Ostilitate 44. Răspunsuri emoționale labile 45. Lipsa emoției adecvate 46. Perturbări vegetative 47. Somnolență 48. Distractibilitate 49. Izolare, retragere socială 50. Perplexitate 51. Blocajul vorbirii 52. Dezorientare 53. Presiunea vorbirii 54. Reducerea vorbirii 55. Defecte specifice vorbirii 56. Fugă de idei 57. Vorbire incoerentă 58. Perseverare 59. Activitate crescută 60. Încetineală în mișcări 61. Agitație 62. Mișcări involuntare 63. Tensiune musculară 64. Manierisme și posturi 65. Comportament halucinator 34. Trăiri extatice 66. Aprecierea globală a bolii 67. Încrederea conferită evaluării (confidența)

3. Evaluarea afectivității – DEPRESIA

În domeniul evaluării depresiei există numeroase instrumente dezvoltate pentru a măsura simptomele și severitatea tulburării. Aceste instrumente pot fi sub formă de chestionare de autoevaluare, scale de observare sau interviuri diagnostice. Mai jos sunt prezentate câteva dintre cele mai populare instrumente de diagnostic al tulburărilor depresive și de evaluare a simptomelor depresive, ierarhizate în funcție de relevanța și utilizarea lor în studiile internaționale:

1. ****Inventarul de Depresie Beck (BDI)****: Acesta este unul dintre cele mai cunoscute și utilizate instrumente de autoevaluare a depresiei. Întrebările sunt axate pe diverse simptome depresive, iar subiecții răspund cu privire la frecvența lor. BDI a fost revizuit în mai multe versiuni, inclusiv BDI-II.
2. ****Scala de Evaluare a Depresiei Hamilton (HAMD)****: Este o scală de observare utilizată pentru evaluarea simptomelor depresive și a severității acestora. Evaluarea este efectuată de către un profesionist din domeniul sănătății mintale.
3. ****Inventarul de Depresie Geriatrică (GDS)****: Acesta este un instrument de autoevaluare destinat adulților mai în vârstă și este folosit pentru a evalua simptomele depresive specifice acestei grupe de vârstă.
4. ****Inventarul de Depresie Montgomery-Åsberg (MADRS)****: Este o altă scală de observare utilizată în evaluarea simptomelor depresive, cu accent pe starea afectivă, exprimarea emoțională și simptomele somatice.
5. ****Interviul Structurat pentru Tulburările de Personalitate, Versiunea a 5-a (SCID-5)****: Deși este un instrument de diagnostic al tulburărilor de personalitate, SCID-5 include și module pentru evaluarea tulburărilor depresive.

6. ****Escala de Depresie Postnatală Edinburgh (EPDS)****: Acest instrument este folosit pentru a evalua simptomele depresiei postnatale la femeile care au născut recent.
7. ****Scala de Depresie de la Zung****: Este un instrument de autoevaluare care evaluează simptomele depresive și poate fi utilizat în context clinic și de cercetare.
8. ****Scala de Depresie a Organizației Mondiale a Sănătății (WHO-DAS)****: Acest instrument măsoară disabilitatea asociată cu tulburările de sănătate mintală, inclusiv depresia.
9. ****Scala de Evaluare a Depresiei Cornell (CDS)****: Este utilizată pentru a evalua simptomele depresive la adulții mai în vârstă.
10. ****Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările de Personalitate - Versiunea a 4-a (SCID-II)****: Similar cu SCID-5, aceasta este o versiune anterioară a interviului pentru evaluarea tulburărilor de personalitate, care include și module pentru evaluarea simptomelor depresive.

Aceste instrumente reprezintă doar o parte dintr-o gamă largă de opțiuni disponibile pentru evaluarea depresiei. Alegerea unui instrument potrivit depinde de contextul clinic sau de cercetare și de nevoile specifice ale subiecților sau pacienților.

Cele mai populare instrumente de diagnostic și de evaluare a tulburărilor depresive:

- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
- Beck Depression Inventory
- Hospital Anxiety and Depression Scale
- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
- Zung Self-Rating Depression Scale
- Edinburgh Postnatal Depression Scale etc.

A. Scala de evaluare a depresiei Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS)

Scala Hamilton pentru Depresie (Hamilton Depression Rating Scale sau HDRS) (anexa 6), creată de Max Hamilton în 1960, este una dintre cele mai vechi și utilizate instrumente pentru evaluarea simptomelor depresive. Aceasta a jucat un rol semnificativ în diagnosticarea și monitorizarea depresiei în practica clinică și cercetare. Cu toate acestea, au apărut și critici și sugestii pentru îmbunătățirea sa.

Scala HDRS a fost inițial dezvoltată pentru a cuantifica severitatea simptomelor depresive la pacienții deja diagnosticați cu depresie, nu ca instrument de screening sau diagnosticare. Acesta conține 17 sau 21 de itemi (întrebări) legate de simptomele depresiei, cum ar fi starea de spirit, inabilitatea de a simți plăcere, somnul, apetitul, agitația sau inhibiția motorie, sentimentul de

vinovăție, gândurile de suicid etc. Scorurile la fiecare item sunt însumate pentru a obține un scor total care reflectă severitatea simptomelor depresive. Scorul total poate varia în funcție de varianta scării, de la 0 la 50 sau 62.

Scara HDRS a fost folosită în diverse studii clinice și cercetări, adesea pentru a evalua eficacitatea tratamentelor pentru depresie. Scorurile de pe această scară sunt adesea interpretate în următorul mod:

- Scoruri sub 7: Absența sau prezența simptomelor depresive minore.
- Scoruri între 7 și 17: Depresie ușoară sau moderată.
- Scoruri între 18 și 24: Depresie de severitate medie.
- Scoruri peste 25: Depresie severă.

Cu toate acestea, există și unele aspecte criticate ale scării HDRS. S-a observat că unii itemi includ simptome somatice, cum ar fi insomnia sau pierderea în greutate, care pot fi prezente și în alte tulburări medicale, făcând dificilă distincția între simptomele specifice ale depresiei și cele asociate cu alte afecțiuni. De asemenea, scara nu include definiții operaționale detaliate pentru fiecare item, ceea ce poate duce la interpretări subiective.

Pentru a îmbunătăți aceste aspecte, au fost propuse variante modificate ale scării HDRS, precum și dezvoltarea altor instrumente de evaluare pentru depresie. Alegerea unei scări sau a unui instrument pentru evaluarea depresiei depinde de contextul clinic și scopul evaluării, iar profesioniștii din domeniul sănătății mintale decid în mod conștient ce instrument se potrivește cel mai bine situației lor.

B. Scala spitalicească de anxietate și depresie (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)

Scara de Anxietate și Depresie Spitalicească (Hospital Anxiety and Depression Scale sau HADS) (anexa 7), dezvoltată de Zigmond și Snaith în 1983, este o metodă populară și eficientă pentru evaluarea nivelului de anxietate și depresie în mediul spitalicesc sau în practica medicală generală. Această scală de autoevaluare este proiectată pentru a identifica prezența și severitatea simptomelor de anxietate și depresie la pacienții cu diverse afecțiuni și este utilizată pe scară largă în secțiile clinice ale spitalului, precum și în cabinetele de medicină generală, psihiatrie sau psihologie clinică.

Scara HADS conține 14 întrebări, fiecare cu privire la intensitatea simptomelor depresive sau anxioase experimentate de subiect în ultima săptămână. Fiecare întrebare este evaluată pe o scală Likert cu 4 ancore, variind de la 0 (deloc) la 3 (întotdeauna). Scorul total al scalei oferă o măsură a severității anxietății și depresiei, iar interpretarea acestuia poate sugera prezența sau absența problemelor de sănătate mintală.

Interpretarea scorurilor HADS este adesea realizată astfel:

- Scor între 0 și 7: Absența sau prezența minimă a simptomelor de anxietate și depresie.
- Scor între 8 și 10: Posibil caz limită, care poate sugera o ușoară prezență a simptomelor.
- Scor peste 11: Semnalează prezența semnificativă a simptomelor de anxietate și depresie, indicând necesitatea investigațiilor și gestionării suplimentare.

Scara HADS a fost tradusă în mai multe limbi și utilizată cu succes în studii cross-culturale, prezentând validitate și fiabilitate bune. Având o durată de administrare relativ scurtă (4-5 minute) și fiind ușor de înțeles și completat, această scală a devenit o resursă valoroasă în identificarea cazurilor de anxietate și depresie în contextul medical.

Prin utilizarea scării HADS, clinicienii și medicii pot identifica cazurile de anxietate și depresie care necesită investigații și intervenții suplimentare, contribuind astfel la gestionarea corespunzătoare a acestor tulburări în mediul spitalicesc sau în practica medicală generală.

C. Inventarul de Depresie Beck – ediția a doua (BDI - II)

Inventarul de Depresie Beck (Beck Depression Inventory sau BDI) (anexa 8) reprezintă un instrument important pentru măsurarea severității simptomelor depresive și anxioase. Creat de Aaron Beck și colaboratorii săi în 1961, această scală de autoevaluare a devenit un model pentru scalele folosite în evaluarea problemelor de sănătate mintală. BDI este un chestionar format din

21 de simptome depresive, fiecare evaluat pe o scală Likert cu 4 ancore, variind de la 0 (absent) la 3 (foarte sever). Subiectul completează inventarul alegând pentru fiecare simptom întrebarea care descrie cel mai bine starea sa în ultimele două săptămâni.

Simptomele incluse în inventar au fost selectate din simptomatologia comună a tulburărilor depresive și anxioase, cuprinzând aspecte precum dispoziția depresivă, sentimentele de eșec, tristețea, sentimentele de vinovăție, auto-dezgustul, tulburările de somn, iritabilitatea și multe altele.

O variantă revizuită a inventarului, cunoscută sub numele de BDI-II, a adăugat patru itemi pentru a corespunde criteriilor de diagnostic ale episodului depresiv major din DSM-IV. De asemenea, cadrul de timp în care subiectul evaluează starea sa a fost extins la ultimele două săptămâni. Scorul total al scalei poate varia între 0 și 63.

Interpretarea scorului BDI se face folosind praguri recomandate, dar este important să se înțeleagă că aceste praguri nu sunt definite științific și pot varia. De obicei, un scor de 13 sau mai mare poate indica prezența unei stări depresive, iar un scor de 21 poate fi folosit pentru identificarea unei populații cu depresie majoră în studii științifice.

Inițial, BDI a fost administrat subiecților de către intervieutori cu experiență clinică, dar ulterior a fost dezvoltată și o versiune cu auto-administrare, în care subiectul completează singur chestionarul. Această scală este preferată pentru evaluarea schimbărilor survenite sub intervenția psihoterapiilor cognitive în tulburările depresive.

Inventarul de Depresie Beck a fost validat prin corelații satisfăcătoare cu alte scale de autoevaluare și rămâne un instrument de bază pentru evaluarea severității simptomelor depresive în practica clinică și cercetare. Deși are limitările sale, BDI rămâne una dintre cele mai utilizate și studiate scale de autoevaluare în domeniul depresiei.

D. Scala Calgary de evaluare a depresiei din schizofrenie (Calgary Depression Scale for Schizophrenia – CDSS)

Depresia în contextul schizofreniei este o problemă complexă și frecvent întâlnită, afectând atât formele acute, cât și cele cronice ale schizofreniei. Aceasta coexistă cu cele trei dimensiuni definitorii ale schizofreniei: simptomele pozitive, negative și de dezorganizare. Cauzele apariției depresiei în schizofrenie sunt variate și pot implica aspecte psihologice, cum ar fi experiența subiectivă a deficitului de funcționare mentală normală, sau mecanisme neuronale, posibil legate de perturbările neurobiologice fundamentale ale schizofreniei.

Pentru a evalua simptomele depresive la pacienții cu schizofrenie, s-a dezvoltat Scala Calgary pentru Depresie în Schizofrenie (Calgary Depression Scale for Schizophrenia sau CDSS) (Anexa 9). Această scală, dezvoltată de Addington și colaboratorii săi în 1992, are rolul de a identifica

prezența depresiei și de a o diferenția de alte condiții psihopatologice care ar putea fi confundate cu aceasta, precum simptomele negative sau extrapiramidale.

CDSS este un instrument care se bazează pe un interviu semistructurat și observația intervievatorului. Aceasta conține 8 itemi de explorat, fiecare reprezentând aspecte ale depresiei cum ar fi dispoziția depresivă, vinovăția, lipsa de speranță, și altele. Fiecare item este evaluat pe o scală Likert cu 4 ancore, iar scorurile se situează între 0 (absent) și 3 (sever). Un scor total mai mare de 6 indică prezența semnificativă clinică a depresiei.

Analize factoriale ale scorurilor obținute cu CDSS au identificat trei factori principali care includ depresie generală, factorul cognitiv și trezirea de dimineață. Scala CDSS s-a dovedit a fi mai eficientă în detectarea și evaluarea severității depresiei la pacienții cu schizofrenie în comparație cu alte scale tradiționale de evaluare a depresiei. Ea oferă informații valoroase pentru diagnostic și planificarea tratamentului în cadrul afecțiunilor comorbide, cum ar fi depresia și schizofrenia.

Mai multe studii de validitate au fost efectuate pe versiunile naționale ale scalei CDSS, ceea ce subliniază importanța și relevanța sa în evaluarea depresiei la pacienții cu schizofrenie în diferite contexte culturale. Această scală contribuie la o evaluare mai completă și precisă a simptomelor depresive în rândul pacienților cu schizofrenie și poate oferi orientări pentru intervenții terapeutice adecvate.

E. Scala Edinburgh de depresie postnatală (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS)

Depresia post-partum este o problemă **importantă** care afectează un procent semnificativ de femei după naștere. Această formă de depresie prezintă riscul de a deveni cronică dacă nu este recunoscută și tratată corespunzător. Printre factorii implicați în apariția depresiei post-partum se numără declinul rapid al hormonilor gonadici după naștere, evenimentele stresante, problemele familiale și istoria familială de tulburări afective.

Pentru a detecta și evalua depresia post-partum, Scala Edinburgh de depresie postnatală (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS) (Anexa 10) a fost dezvoltată în 1987 de către Cox și colaboratorii săi. Această scală conține 10 întrebări referitoare la starea de bine și sentimentele femeii în ultima săptămână. Fiecare întrebare are patru variante de răspuns, iar scorul maxim posibil este de 30. Un scor peste 10 indică posibilitatea prezenței depresiei, iar un scor peste 13 sugerează o depresie moderată spre severă. Întrebarea a 10-a, care se referă la gândurile suicidare, este deosebit de importantă pentru identificarea posibilelor riscuri.

Scala EPDS a fost testată și validată în diferite studii și contexte culturale. Rezultatele au arătat că această scală are o sensibilitate ridicată în identificarea femeilor cu depresie post-partum, precum și capacitatea de a diferenția aceste cazuri de tulburări anxioase, fobice sau de tulburări de personalitate. Cu toate acestea, este important să se rețină că scala EPDS nu poate înlocui un examen clinic competent, ci reprezintă un instrument util pentru activități de screening și evaluare inițială.

Scala EPDS are un rol semnificativ în identificarea femeilor cu risc de depresie post-partum și în direcționarea lor către evaluări și intervenții adecvate. Aceasta contribuie la îmbunătățirea managementului și tratamentului depresiei post-partum, asigurând că femeile primesc suportul necesar pentru a face față acestei perioade sensibile.

F. Scala lipsei de speranță Beck (Beck Hopelessness Scale – BHS)

Scala **lipsei de speranță** a lui Beck (Beck Hopelessness Scale - BHS) (Anexa 11) a fost concepută de către Beck și colaboratorii săi în 1974 și reprezintă un instrument de autoevaluare folosit pentru a evalua sentimentele de lipsă de speranță, pesimism, viitor sumbru și pierderea motivației. Conform definiției lui Beck, lipsa de speranță implică o anticipare negativă generalizată a viitorului și reprezintă un factor de risc semnificativ pentru riscul de suicid pe termen lung (Joiner și colaboratorii, 2005).

Manualul acestei scale a fost publicat de Beck și Steer în anul 1988. Evaluarea cu BHS necesită între 5 și 10 minute. Participanții trebuie să răspundă la cele 20 de întrebări prin evaluarea nivelului de pesimism și respingere a optimismului, folosind variantele „adevărat” sau „fals”, cu referire la sentimentele experimentate în ultima săptămână. Punctajele pentru fiecare întrebare variază între 0 și 1, iar scorul total poate oscila între 0 și 20. Un scor de 0-3 indică absența totală a lipsei de speranță, 4-8 indică o lipsă ușoară de speranță, 9-14 corespunde unei niveluri moderate, iar peste 14 indică o lipsă severă de speranță.

Studiile efectuate de Beck și Steer în 1988 au relevat o încredere internă ridicată în diverse populații clinice și nonclinice, cu un coeficient de fiabilitate cuprins între 0,87 și 0,93. De asemenea, s-a observat o bună stabilitate la retestare. Un studiu realizat de Rush și colaboratorii în 1982 a demonstrat că scala este sensibilă la schimbare, iar punctajele scad pe măsură ce pacienții înregistrează îmbunătățiri în cadrul unui program de terapie cognitiv-comportamentală.

Analiza factorilor efectuată de Beck și colaboratorii în 1974 a identificat trei factori: sentimentele față de viitor, lipsa de motivație și așteptările referitoare la viitor. Cu toate acestea, Steer și colaboratorii în 1997, precum și Aish și Wasserman în 2001, sugerează că scala ar trebui tratată ca fiind unifactorială, iar o structură mai simplă ar fi suficientă pentru evaluarea lipsei de speranță. Validitatea scalei a fost susținută de corelații cu alte scale de depresie, idei suicidare și intenții suicidare (Beck și colaboratorii, 1990; Steer, 2001). Astfel, BHS poate servi ca un indicator sigur al predispoziției la suicid în cazul subiecților testați. Un studiu de meta-analiză realizat de McMillan și colaboratorii în 2007, care a examinat 1.600 de studii referitoare la suicid și comportament auto-vătămător, a identificat 68 de studii care menționează explicit lipsa de speranță ca un factor asociat cu comportamentul suicidar sau auto-vătămător. Autorii au calculat specificitatea și sensibilitatea factorului de lipsă de speranță în precizarea comportamentului suicidar sau auto-vătămător și au constatat că pragul de scor de 9 al BHS este adecvat pentru a indica prezența acestui risc. Aceste rezultate subliniază importanța acestei scale atât în detectarea depresiei legate de lipsa de speranță, cât și în identificarea intențiilor suicidare sau de auto-vătămare.

4. Evaluarea problemelor de sănătate mintală - ANXIETATEA

Interesul pentru măsurarea anxietății este deosebit de mare, atât datorită răspândirii sale în rândul populației generale, cât și din cauza complexității și a ambiguităților conceptuale ale formelor clinice. Anxietatea este un fenomen care a fost observat și descris de-a lungul a mii de ani și este adânc înrădăcinat în natura umană. În ciuda interesului crescut pentru măsurarea anxietății, există dezacord în comunitatea științifică cu privire la clasificarea tulburărilor anxioase și depresive în categoriile actuale. Unii susțin că tulburările depresive și cele anxioase au la bază cele cinci emoții fundamentale: mânia, tristețea, dezgustul, frica și fericirea. Văzute din această perspectivă, aceste tulburări pot fi grupate diferit. Cea mai ușoară cale ar fi să se creeze în DSM-V și în International Classification of Diseases-11 o „superclasă” care să subsumeze tulburările curente depresive și anxioase în „tulburările emoționale”, recunoscându-se că aici se subsumează tulburări bazate pe diferite tipuri de afect negativ.

Importanța anxietății și tulburărilor de anxietate în societate este semnificativă din mai multe motive, iar evaluarea lor în populația generală are o relevanță considerabilă. Iată câteva motive cheie pentru care anxietatea și tulburările de anxietate sunt subiecte de interes și preocupare:

1. ****Impactul Asupra Sănătății Mintale și Fizice:**** Tulburările de anxietate pot avea un impact semnificativ asupra sănătății mintale și fizice a persoanelor. Simptomele anxietății pot include stări intense de neliniște, frică și agitație, care pot afecta funcționarea zilnică, somnul, relațiile interpersonale și calitatea vieții în general.
2. ****Prevalența Ridicată:**** Anxietatea este una dintre cele mai frecvente tulburări de sănătate mintală, afectând un număr semnificativ de persoane într-o anumită perioadă de timp. Prevalența sporită a tulburărilor de anxietate în populația generală subliniază necesitatea abordării și gestionării acestora.
3. ****Impactul Social și Economic:**** Tulburările de anxietate pot avea un impact semnificativ asupra vieții sociale și profesionale a indivizilor, ceea ce poate cauza absențe la locul de muncă, scăderea performanțelor școlare sau profesionale și izolare socială. Aceste aspecte pot avea efecte sociale și economice semnificative la nivel de comunitate și societate.
4. ****Legătura cu Alte Tulburări:**** Tulburările de anxietate pot fi asociate cu alte tulburări de sănătate mintală, precum depresia, tulburările de somn, tulburările de alimentație și abuzul de substanțe. Evaluarea anxietății poate ajuta la identificarea posibilelor comorbidități și la dezvoltarea unor abordări de tratament adecvate.

5. **Risc de Suicid:** Anxietatea netratată sau insuficient gestionată poate crește riscul de gânduri suicidare și comportament suicidar. Evaluarea și intervenția precoce pot contribui la reducerea acestui risc și la îmbunătățirea stării de bine a persoanelor afectate.

Pentru a face față tulburărilor de anxietate și prevalenței lor sporite în populație, sunt necesare abordări complexe și coordonate:

- **Conștientizare și Educație:** Creșterea nivelului de conștientizare și educație în rândul populației cu privire la semnele și simptomele anxietății, precum și la importanța căutării ajutorului, poate contribui la reducerea stigmatizării și la încurajarea persoanelor să solicite sprijin.

- **Evaluare și Diagnosticare:** Dezvoltarea unor instrumente adecvate de evaluare și diagnosticare a anxietății poate ajuta la identificarea persoanelor afectate și la oferirea unui tratament și sprijin corespunzător.

- **Intervenții Terapeutice:** Terapiile psihologice, precum terapia cognitiv-comportamentală și terapia de relaxare, pot fi eficiente în gestionarea anxietății. Terapia poate ajuta la dezvoltarea de mecanisme de adaptare și la învățarea tehnicilor de gestionare a stresului.

- **Tratament Medicamentos:** În cazurile severe sau când terapia psihologică nu este suficientă, tratamentul medicamentos poate fi o opțiune adecvată, sub supraveghere medicală.

- **Suport Social:** Sprijinul din partea familiei, prietenilor și comunității poate avea un impact pozitiv asupra persoanelor cu anxietate. Stabilirea conexiunilor sociale și împărtășirea experiențelor pot contribui la îmbunătățirea stării de bine.

- **Promovarea Stilului de Viață Sănătos:** Adoptarea unui stil de viață echilibrat, respectarea meselor, programul de somn, mișcare și evitarea substanțelor nocive (alcool, droguri, etc.)

Instrumente pentru evaluarea globală a anxietății sau a severității simptomelor de anxietate

– Scala Hamilton de evaluare a anxietății (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A)

– Interviul Structurat al Scalei Hamilton de Anxietate (Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Scale – SIGH-A)

– Inventarul Stare-Trăsătură de Anxietate al lui Spielberger (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger – STAI)

– Inventarul Beck de Anxietate (Beck Anxiety Inventory)

– Scala de autoevaluare a anxietății a lui Zung (The Self-Rating Anxiety Scale Zung –SAS)

– Scala de anxietate „Mintea înaintea Inimii” (Mind over Mood Anxiety Inventory –MOM-A)

– Inventarul de anxietate al lui Burns (Burns Anxiety Inventory)

– Scala de Anxietate Covi (Covi Anxiety Scale – COVI)

– Scala de depresie, anxietate și stres (The Depression Anxiety Stress Scale – DASS)

Evaluarea Tulburării Anxioase Generalizate

- Chestionarul Penn State de evaluare a îngrijorării (Penn State Worry Questionnaire – PSWQ)
- Chestionarul Tulburării Anxioase Generalizate – IV (Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV)
- Scala de Severitate a Tulburării Anxioase Generalizate (Generalized Anxiety Disorder Severity Scale – GADSS)

Evaluarea Tulburării de Panică și a Atacului de Panică cu sau fără Agorafobie

- Scala Sheehan de autoevaluare a anxietății (Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale – SPRAS)
- Scala de severitate a tulburării de panică (Panic Disorder Severity Scale – PDSS)
- Scala de autoevaluare a tulburării de panică (Panic Disorder Self-report – PDSR)
- Inventarul de Mobilitate pentru Agorafobie (Mobility Inventory for Agoraphobia – MI)

Evaluarea Claustrofobiei

- Scala de claustrofobie a lui Ost (The Ost Claustrophobia Scale – CS)
- Chestionarul de claustrofobie (The Claustrophobia Questionnaire – CLQ)

Evaluarea Fobiei Sociale

- Scala anxietății sociale a lui Liebowitz (The Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS)
- Inventarul de fobie socială (The Connors Social Phobia Inventory – SPIN)
- Inventarul de anxietate și fobie socială (The Social Phobia and Anxiety Inventory – SPAI)

Evaluarea structurii cognitive a tulburărilor anxioase

- Indexul senzitivității anxioase (The Anxiety Sensitivity Index – ASI-3)
- Scala scurtă a fricii de evaluare negativă (The Brief Fear of Negative Evaluation Scale – Brief-FNE)
- Scala Gândurilor și a Credițelor Sociale (The Social Thoughts and Beliefs Scale – STABS)

Tulburările anxioase reprezintă o varietate de afecțiuni clinice, care pot prezenta aspecte comune sau diferențieri subtile. Pentru profesioniștii din domeniul sănătății mintale, identificarea și distincția între diversele forme de anxietate pot fi uneori o sarcină dificilă. În special, identificarea formelor subclinice de anxietate care pot însoți alte tulburări mintale sau condiții somatice poate prezenta provocări semnificative. În acest context, utilizarea instrumentelor standardizate poate reprezenta un instrument valoros pentru a clarifica aceste dificultăți întâmpinate în cadrul practicii clinice. Aceste instrumente pot contribui esențial la evaluarea, monitorizarea și înțelegerea evoluției simptomelor după ce au fost identificate.

Evaluarea și diagnosticarea tulburărilor anxioase pot beneficia în mod considerabil de utilizarea

instrumentelor standardizate. Aceste instrumente sunt dezvoltate și validate în mod științific pentru a evalua simptomele și severitatea anxietății într-un mod obiectiv și comparabil. Ele oferă clinicienilor un cadru structurat și bine definit pentru a evalua prezența și intensitatea simptomelor de anxietate, contribuind la obținerea unei perspective mai cuprinzătoare și precise asupra stării pacienților.

O altă dimensiune importantă a utilizării instrumentelor standardizate în evaluarea tulburărilor anxioase este monitorizarea evoluției simptomelor în timp. Aceste instrumente permit evaluarea repetată și obiectivă a stării pacienților pe parcursul tratamentului sau terapiei. Această abordare poate facilita ajustările adecvate ale planului de tratament și poate oferi indicii cu privire la eficacitatea intervențiilor aplicate.

În concluzie, folosirea instrumentelor standardizate pentru evaluarea tulburărilor anxioase aduce multiple beneficii atât pentru clinicieni, cât și pentru pacienți. Aceste instrumente contribuie la clarificarea complexității și suprapunerilor în cadrul diverselor forme de anxietate, sprijinind procesul de diagnostic și tratament. De asemenea, ele oferă o modalitate robustă de monitorizare a evoluției simptomelor și a răspunsului la intervenții, facilitând astfel îmbunătățirea calității îngrijirii pacienților afectați de tulburări anxioase.

A. Scala Hamilton de evaluare a anxietății (HARS)

Această scală se înscrie printre primele instrumente utilizate pentru a cuantifica nivelul anxietății în domeniul psihiatriei. Inițial dezvoltată de Hamilton în 1959, scopul său era să evalueze severitatea nevrozei anxioase, o diagnoză importantă în acea epocă. Scala HARS (anexa 12) furnizează o perspectivă globală asupra anxietății, capturând atât aspectele psihologice, cât și cele somatice ale acesteia.

În decursul timpului, această scală a demonstrat utilitate și relevanță, rezistând schimbărilor conceptuale în ceea ce privește clasificarea tulburărilor anxioase. Chiar dacă nu furnizează un diagnostic specific pentru o anumită afecțiune clinică, această scală poate fi utilizată pentru a identifica simptomele anxietății și pentru a evalua gravitatea acestora. Este esențial să subliniem că scala HARS necesită o completare atentă din partea unui clinician cu experiență. Clinicienii neexperimentați pot interpreta simptomele într-un mod subiectiv, ceea ce poate influența în mod negativ încrederea în rezultatele evaluării.

Scala este compusă din 14 itemi care evaluează dispoziția anxioasă, frica, insomnia, simptomele cognitive, depresia și diverse manifestări somatice legate de anxietate. Fiecare item este evaluat pe o scară cu 5 trepte, variind de la 0 (absența simptomelor) până la 4 (simptome severe și debilitante). Scorul total poate varia între 0 și 56, iar un scor mai mare de 14 sugerează prezența unei anxietăți semnificative din punct de vedere clinic. În general, persoanele sănătoase obțin scoruri în jurul valorii de 5.

Scala Hamilton prezintă caracteristici solide de fidelitate, validitate și sensibilitate la schimbare. Ea corelează pozitiv cu alte scale de evaluare a anxietății, precum scala Beck sau scala Covi.

Totuși, prezența itemului de depresie poate diminua capacitatea scalei de a diferenția între anxietate și depresie. O altă limitare a acestei scale constă în faptul că simptomele somatice sunt definite vag, putând fi confundate cu simptome secundare ale medicamentelor administrate în cadrul studiilor clinice. De asemenea, scala poate fi mai puțin eficientă în depistarea simptomelor anxioase la persoanele în vârstă.

Pentru a corecta aceste limitări, Riskind și colaboratorii (1987) au revizuit versiunea originală a HRS-A prin adăugarea a patru noi itemi: anxietate somatică, ipohondrie, depersonalizare/derealizare și agitație. Această variantă revizuită a scării Hamilton s-a dovedit mai eficientă în identificarea anxietății la persoanele în vârstă. Totuși, o critică adusă acestei scări se referă la absența unor instrucțiuni clare privind modalitatea de colectare a simptomelor, ceea ce poate afecta încrederea în rezultatele studiilor multicentrice sau interculturale.

B. Inventarul Beck de anxietate (BAI)

Beck și colegii săi (1988) au dezvoltat acest inventar cu scopul de a aborda o problemă semnalată la momentul respectiv în domeniul psihiatriei: dificultatea de a diferenția între anxietate și depresie utilizând scalele existente, care prezentau o validitate discriminatorie redusă. Această problemă a fost cauzată în special de prezența simptomelor depresiei în cadrul scalelor de anxietate. Pentru a evita această confuzie, Beck și echipa sa au efectuat o analiză secvențială a itemilor, selectând primii 20 de itemi identici sau foarte asemănători dintr-o listă de 86 de itemi. Ulterior, prin analize succesive, au fost eliminați alți 19 itemi, lăsându-se astfel 37 de itemi, care au format versiunea preliminară a Inventarului de Anxietate Beck. Prin continuarea analizelor de validitate și fidelitate, au mai fost eliminați câțiva itemi, rezultând versiunea finală cu 21 de itemi (anexa 13).

Fiecare item din scala Beck descrie un simptom specific al anxietății, iar subiecții trebuie să evalueze gradul de deranj pe care aceste simptome îl provoacă pe o scară de la 0 (deloc) la 3 (foarte tare). Scorul total al scării variază între 0 și 63, iar autorii au stabilit praguri specifice pentru a evalua severitatea anxietății (Beck și colaboratorii, 2000): 0-9 – normal sau absența anxietății, 10-18 – anxietate ușoară spre moderată, 19-29 – anxietate moderată spre severă, 30-63 – anxietate severă.

În comparație cu scările anterioare de anxietate, acest inventar include mai multe simptome somatice ale anxietății. Analizele factoriale au relevat prezența mai multor factori, cum ar fi unul cognitiv și unul somatic (Hewitt și Norton, 1993), sau chiar patru factori: cognitiv, vegetativ, psihomotor și panică (Wetherell și Arean, 1997). Inventarul de anxietate Beck prezintă proprietăți psihometrice solide, corelând pozitiv cu alte scale de anxietate, cum ar fi Scala de Anxietate Stare-Trăsătură a lui Spielberger și colaboratorii (1970) sau Scala de Anxietate Hamilton, și reușește să realizeze o distincție mai clară între anxietate și depresie în comparație cu alte instrumente (Enns și colaboratorii, 1998). Consistența internă a scării, adică măsura în care rezultatele se mențin constante, este foarte bună, cu scoruri cuprinse între 0,90 și 0,94 (Beck și colaboratorii, 2000).

Cu toate acestea, trebuie menționat că scala Beck de anxietate nu acoperă simptomele specifice tulburării anxioase generale (cum ar fi grijile, dificultățile de concentrare, iritabilitatea și

tulburările de somn), dar include simptome care sunt caracteristice tulburării de panică. Totuși, scala poate să cuprindă anumite criterii de diagnostic pentru agorafobie, fobie socială, tulburare de panică și anxietate generală. Manualul de utilizare al scării Beck (Beck și Steer, 1991) recomandă în mod deosebit folosirea acesteia în cadrul evaluărilor ambulatorii.

Evaluarea scalei Beck nu necesită mai mult de 5 minute. Aceasta este recomandată pentru a fi utilizată în cabinetele de medicină generală pentru a efectua un screening al anxietății sau pentru a monitoriza progresul în tratamentul anxietății. Este important să se ia în considerare faptul că scala nu include simptomele specifice tulburării anxioase generale, cum ar fi preocupările, dificultățile de concentrare, iritabilitatea și problemele de somn. În schimb, scala cuprinde simptome caracteristice tulburării de panică.

Manualul de utilizare a scării Beck (Beck și Steer, 1991) recomandă cu prioritate utilizarea acesteia în cadrul evaluărilor ambulatorii.

C. Scala de depresie, anxietate și stres

Precum am menționat anterior, scalele de anxietate au dificultăți în distingerea clară între anxietate și depresie. Cu toate incertitudinile legate de viitorul acestor două entități clinice, măsurarea lor distinctă în practică rămâne esențială. Lovibond și Lovibond (1995 și 1995b) au creat "Scala de depresie, anxietate și stres" pentru a diferenția anxietatea de depresie și a evalua expresia somatică a stresului. Această scală include 42 de itemi împărțiți în trei subscale: depresie, anxietate și stres. Subscala de depresie evaluează simptomele precum disforia, lipsa de speranță, pierderea valorii personale și interesului, iar subscala de anxietate evaluează simptomele de hipertonie vegetativă, musculare și anxiogene. Subscala de stres se concentrează pe iritabilitate, reactivitate și activitate motorie în contextul stresului. Scorurile sunt acordate pe o scală de la 0 la 3, iar scorul total se obține prin adunarea scorurilor individuale ale itemilor.

Există, de asemenea, o versiune mai scurtă a acestei scale, numită DASS-21, cu 21 de itemi. DASS-21 este o scală de autoevaluare, formată din trei subscale cu câte 7 itemi fiecare. Scorul total se calculează prin adunarea scorurilor individuale ale itemilor și apoi înmulțirea cu 2 pentru fiecare subscală separat.

Autorii (Lovibond și Lovibond, 1995a) furnizează următoarele praguri pentru interpretarea rezultatelor: 1) depresie: 0-9 - normal, 10-13 - depresie ușoară, 14-20 - depresie moderată, 21-27 - depresie severă, peste 28 - depresie extrem de severă; 2) anxietate: 0-7 - normal, 8-9 - anxietate ușoară, 10-14 - anxietate moderată, 15-19 - anxietate severă, peste 20 - anxietate extrem de severă; 3) stres: 0-14 - normal, 15-18 - stres ușor, 19-25 - stres moderat, 26-33 - stres sever.

D. Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI a lui Spielberger (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI)

STAI (Anexa 14) este alcătuit din 2 scale de autoevaluare pentru măsurarea a două concepte distincte privind anxietatea. Starea de anxietate (A-stare) și anxietatea ca trăsătură (A-trăsătură). Deși inițial a fost creat ca un instrument de cercetare pentru investigarea anxietății

la adulții fără probleme de sănătate mintală, STAI s-a dovedit a fi util în măsurarea anxietății la studenți, precum și la pacienți din domeniul neuropsihiatric, cei din clinicile medicale sau din serviciul de chirurgie.

Scala (A-trăsătură) constă din 20 de descrieri pe baza cărora oamenii exprimă modul în care se simt ei în general. Scala (A-stare) constă de asemenea, din 20 de descrieri dar instrucțiunile cer subiecților să indice modul în care ei se simt la un moment dat.

Cercetătorii pot utiliza (A-stare) pentru a determina nivelurile actuale ale stărilor de anxietate, induse prin proceduri experimentale stresante sau ca un indice al nivelului de autocontrol, așa cum a fost numit acest concept de Hull (1943) și Spense (1958).

S-a demonstrat că scorurile la scala (A-stare) cresc în urma variatelor tipuri de stres și descresc în urma antrenamentului de relaxare (relaxation training).

Scala (A-trăsătură) oferă posibilitatea depistării la studenții din învățământul superior sau de colegiu a înclinațiilor anxiogene precum și a evaluării extinderii cu care studenții care apelează la serviciile de consiliere și orientare se confruntă cu probleme de tip nevrotic sau anxiogen.

Scala (A-stare) este un indicator bun al nivelului de anxietate tranzitorie resimțită de clienți și pacienți în consiliere, psihoterapie, terapie comportamentală sau în domeniul psihiatric. Ea poate fi de asemenea, utilizată pentru a măsura schimbările de intensitate ale stării anxiogene care apar în aceste situații.

Conceptele: stare anxiogenă și anxietatea ca trăsătură (State Trait Anxiety)

Starea anxiogenă A-stare reprezintă o stare emoțională tranzitorie sau condiții ale organismului uman, caracterizată prin sentimente subiective, conștient percepute de tensiune și teamă și activitate sporită a SNV.

A-stare poate varia în intensitate și fluctua în timp. Anxietatea ca trăsătură se referă la diferențele individuale relativ stabile în înclinația spre anxietate, ce diferențiază oamenii în ceea ce privește tendința de a răspunde la situațiile percepute ca amenințătoare cu creșteri ale intensității stării de anxietate. Ca și concept psihologic, trăsătura anxietate are caracteristicile unei clase de constructe pe care Atkinson le numește „motive” și la care Campbell se referă ca și „dispoziții comportamentale”.

În general, aceia care obțin scoruri mari la A-trăsătură vor manifesta creșteri ale A-stare mai frecvent decât indivizii care obțin scoruri mici la A-trăsătură, deoarece ei tind să reacționeze la un mare număr de situații, considerându-le periculoase sau amenințătoare.

Persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură răspund de asemenea cu A-stare crescută și în situațiile care implică relații interpersonale ce amenință stima de sine. S-a arătat, de exemplu, că acele condiții în care este trăit insuccesul, sau în care este evaluat nivelul individual (ex. aplicarea unui test de inteligență) sunt amenințătoare în special pentru persoanele care obțin scoruri mari la A-trăsătură.

Dar dacă, într-adevăr, oamenii care diferă în scorurile la A-trăsătură vor prezenta diferențe în A-stare, depinde de modul în care o situație specifică este percepută de un individ ca

periculoasă sau amenințătoare, iar acest lucru este puternic influențat de experiența trecută a individului.

ADMINISTRARE:

STAI a fost construit astfel încât să poată fi autoadministrat, fiind aplicabil atât individual cât și în grup. Aplicarea inventarului nu necesită limită de timp.

Studentii de colegiu în general au nevoie de 6-8 minute pentru a completa fie A-stare fie A-trăsătură și mai puțin de 15 minute pentru a le completa pe ambele.

Validitatea STAI se bazează pe presupunerea că subiectul a înțeles instrucțiunile pentru A-stare care îi cer să relateze cum se simte în acel moment și cele pentru A-trăsătură care îi solicită să indice cum se simte în general.

Subiectul va fi atenționat asupra faptului că instrucțiunile sunt diferite pentru cele două părți ale inventarului și i se va spune că ambele seturi de instrucțiuni trebuie citite atent. Este bine ca subiectul să citească instrucțiunile în gând, iar apoi examinatorul să le citească cu voce tare și să ofere subiectului posibilitatea să pună întrebări. Dacă subiectul pune întrebări în cursul testării, examinatorul va răspunde în mod evaziv. Răspunsuri de genul “Indicați cum vă simțiți în general” sau “Indicați cum vă simțiți acum” sunt de obicei suficiente.

În standardizarea STAI, scala A-stare forma X1 - se aplică itemii, urmată apoi de scala A-trăsătură, forma X2, această ordine fiind recomandată când ambele scale sunt aplicate împreună.

Întrucât scala A-stare este sensibilă la condițiile în care testul este administrat, scorurile la această scală pot fi influențate de atmosfera emoțională care poate fi creată dacă scala A-trăsătură este aplicată prima. În contrast, s-a determinat că scala A-trăsătură este relativ neinfluențată de condițiile în care este aplicată (Johnson, 1968; Johnson, Spielberger, 1968).

Instrucțiunile pentru STAI scala A-trăsătură vor fi întotdeauna cele tipărite pe formular. Pentru STAI A-stare, instrucțiunile pot fi modificate pentru a evalua nivelul intensității stării de anxietate pentru o situație sau un interval de timp ce interesează experimentatorul sau clinicianul. Când sarcina este de durată, este utilă instruirea subiectului să răspundă cum se simte la începutul sarcinii și apoi cum se simte în timpul lucrului la porțiunea finală a sarcinii. Pentru a măsura schimbările în intensitatea stării de anxietate în timp, este recomandat ca scala A-stare să fie aplicată de fiecare dată când este necesară o măsură a stării de anxietate. În cazurile în care de exemplu, măsurători repetate ale stării de anxietate sunt dorite în timpul realizării unei sarcini experimentale, scale foarte scurte constând în 4-5 itemi ai scalei A-stare pot fi utilizate pentru a obține măsuri valide ale stării de anxietate (O’Neil, Spielberger și Hansen, 1969). În plus, completarea acestor scale scurte pare să nu interfereze cu performanța la sarcina experimentală.

COTARE:

Scorurile posibile pentru forma X a STAI variază de la un scor minim de 20 de puncte la un scor maxim de 80, în ambele subscale A-stare și A-trăsătură.

Subiecții răspund la fiecare item al STAI, evaluând ei înșiși pe o scală cu 4 puncte. Cele patru categorii pentru scala A-stare sunt: 1) deloc, 2) puțin, 3) destul, 4) foarte mult. Categoriile pentru scala A-trăsătură sunt: 1) aproape niciodată 2) câteodată 3) adeseori 4) aproape totdeauna.

Unii dintre itemii STAI de exemplu, “sunt încordat(ă)”, sunt organizați de așa natură încât o cotă de 4 indică un nivel înalt de anxietate în timp ce alți itemi de exemplu, “sunt bine-dispus(ă)” sunt organizați astfel încât o cotă mare indică anxietate scăzută.

Ponderile scorurilor pentru itemii ale căror cote ridicate indică o anxietate crescută sunt aceleași ac și numărul încercuit. Pentru itemii ale căror scoruri ridicate indică o anxietate redusă, ponderile scorurilor sunt inverse. Scorurile ponderate ale răspunsurilor marcate 1, 2, 3, 4 pentru itemii inverși sunt 4, 3, 2, 1.

Pentru a reduce influența potențială a unui set pentru răspunsurile la STAI, este de dorit ca în cadrul scalelor A-stare și A-trăsătură să se realizeze balansarea cu un număr egal de itemi pentru care scorurile înalte indică niveluri crescute, respectiv scăzute de anxietate.

Scala A-stare este balansată cu 10 itemi cotați direct și cu 10 cotați invers.

Totuși, nu a fost posibil să se dezvolte o scală balansată A-trăsătură pornind de la itemii originali amestecați.

Scala A-trăsătură are 7 itemi inversați și 13 itemi cotați direct.

Itemii cotați invers în subscalele STAI sunt: scala A-stare 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Scala A-trăsătură: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19.

Șabloanele sunt utile pentru a cota scalele A-trăsătură și A-stare de mână.

E. Scala de severitate a tulburării de panică

Această scală a fost elaborată în anul 1997 de către Shear și colaboratorii săi, având drept scop evaluarea severității tulburării de panică conform descrierii din DSM-IV-TR. De asemenea, ea poate fi utilizată pentru a urmări evoluția simptomelor pe parcursul terapiei. Această scală a fost construită pe baza aceluiași model ca și Scala Yale-Brown Obsessive Compulsive, o altă scală ce va fi prezentată în secțiunea dedicată evaluării tulburării obsesiv-compulsive.

Scala conține șapte elemente ce sunt evaluate de către clinician în funcție de întrebările furnizate de instrument. Fiecare element acoperă un criteriu diagnostic, fiind evaluat pe o scală Likert cu cinci puncte, și explorează frecvența atacurilor de panică, severitatea acestora, anxietatea anticipatorie, comportamentele de evitare și abaterile în funcționare ale subiectului. Caracteristicile psihometrice ale acestei scale o recomandă pentru utilizare în context clinic. Validitatea acesteia a fost demonstrată prin comparație cu interviurile specializate utilizate pentru diagnosticul tulburării de panică. Se sugerează că această scală poate fi folosită pentru a obține o perspectivă asupra severității simptomelor de panică la un individ și pentru a monitoriza schimbările în timpul tratamentului; însă nu este recomandată pentru screening.

F. Scala de autoevaluare a tulburării de panică

În anul 2006, echipa de cercetare condusă de Newman a dezvoltat un instrument pentru diagnosticarea tulburării de panică, bazându-se pe constatarea că interviurile diagnostice existente (ADIS-IV și SCID) sunt costisitoare și laborioase în evaluarea acestei tulburări. Ei au creat o scală de autoevaluare, numită PDSR, care se concentrează pe simptomele de panică conform criteriilor DSM-IV. Structura PDSR este ierarhică: primele patru elemente explorează atacurile de panică, următoarele trei elemente evaluează răspunsurile individului la aceste atacuri, iar ultimele doisprezece elemente analizează simptomele asociate. Scorul total variază de la 0 la 24. Scorurile se atribuie în funcție de răspunsuri (1 pentru „Da” și 0 pentru „Nu”) pentru elementele 1, 2, 3, 5-19 și 22, cu excepția elementelor 4, 23 și 24. Pentru elementele 20 și 21, punctajul este divizat la 2. Analizele au relevat că PDSR prezintă scoruri înalte de validitate și încredere, fiind comparat cu un interviu diagnostic nestructurat cu un acord kappa de 0,93. Prin analiza Receiver Operating Characteristic Curve, s-a stabilit că un scor de 8,75 poate identifica cazurile de atac de panică. Astfel, acest instrument poate oferi o metodă convenabilă pentru diagnosticarea și evaluarea simptomelor tulburării de panică.

G. Inventarul de anxietate și fobie socială

Inventarul pentru Măsurarea Anxietății și Fobiei Sociale, dezvoltat în anii 1989 și 1995 de către echipa coordonată de Turner, este un instrument de autoevaluare destinat identificării fobiei sociale conform definiției din DSM. Scopul său este de a evalua simptomele somatice și cognitive asociate acestei tulburări. Instrumentul cuprinde două subdiviziuni: una cu 32 de întrebări pentru măsurarea fobiei sociale și alta cu 13 întrebări pentru măsurarea agorafobiei. Aceste întrebări, evaluate pe o scală de 7 trepte, au fost selectate din experiența clinică a autorilor.

Subdiviziunea pentru fobia socială explorează teama și frecvența acesteia în interacțiunile cu persoane de autoritate, străini, persoane de sex opus sau cu oameni în general. Se evaluează, de asemenea, simptomele somatice și cognitive asociate acestei temeri. Subdiviziunea pentru agorafobie are rolul de a distinge între frica de atacul de panică și frica de evaluare negativă.

Instrumentul prezintă caracteristici psihometrice solide și poate diferenția fobia socială de alte tulburări anxioase. Scorul total variază de la 0 la 192 pentru subdiviziunea fobiei sociale și de la 0 la 78 pentru cea a agorafobiei. Stabilirea scorului pentru fiecare întrebare este complexă, deoarece unele conțin mai multe elemente evaluate, iar scorul final se calculează prin medierea acestora.

Scorul corect pentru fobia socială se obține prin scăderea scorului agorafobiei din cel al fobiei sociale. Un scor peste 60 semnalează avertizare, iar un scor diferențial peste 80 confirmă prezența tulburării de fobie socială. Important de menționat este că această scală este protejată de drepturile de autor și poate fi achiziționată împreună cu manualul de utilizare și 25 de formulare de scor de la Multi-Health Systems, Inc, cu sediul în Canada, contra cost.

5. Evaluarea afectivității - MANIA

În universul clinic, o afecțiune extrem de răspândită este ilustrată de sindromul maniaco-depresiv. Inițial, pare că diagnosticul acestei entități ar fi o sarcină simplă, ancorată în doar patru criterii tradiționale: euforie patologică, hiperactivitate, grandiozitate și iritabilitate. Cu toate acestea, lucrurile nu sunt atât simple, deoarece, pe de o parte, pacienții aflați în starea de manie deseori nu posedă o înțelegere adecvată sau conștientizarea bolii lor și întâmpină dificultăți în a comunica simptomele pe care le experimentează. În paralel, fenomenologia maniei este încă subiectul unor dezbateri intense. De multe ori, mania se intersectează cu trăsăturile psihozei, o observație evidentă în situațiile în care aceste entități prezintă semne clinice pronunțate, dar și în cazurile subclinice. Această observație subliniază legătura și continuitatea dintre populația clinică și cea generală. Prezența stărilor mixte, în care simptomele depresiei se împletesc cu cele ale maniei, adaugă un nivel suplimentar de complexitate fenomenologiei maniei. Dincolo de terminologia utilizată de diverși autori, se remarcă că „mania” poate acoperi mai multe semnificații și nu se rezumă doar la opusul stării de depresie, așa cum sugerează conceptul de „bipolaritate”. O altă provocare o reprezintă instabilitatea intrinsecă a tabloului clinic al maniei, cunoscută pentru volatilitatea specifică acestei stări psihopatologice. Fluctuațiile simptomelor, ale dispoziției psihice și ale comportamentului pot duce la evaluări diferite de la o zi la alta. Această instabilitate a contribuit la dificultatea definirii remisiei clinice și la evaluarea eficacității.

Toate aceste provocări menționate mai sus subliniază importanța unei evaluări precise și standardizate a sindromului maniaco-depresiv. În acest capitol, voi expune cele mai utilizate metode de măsurare și identificare a stării de „manie”. Într-un clasament bazat pe frecvența citărilor într-un anumit an, Tyrer și Methuen (2009) au constatat că Young Mania Rating Scale are o medie de 21,5 citări, urmată de Beck-Rafaelsen Mania Rating Scale cu 3,6 citări, iar Clinician-Administered Rating Scale for Mania este citată de 3,5 ori.

A. Scala de autoevaluare a maniei Altman (ASRMS)

O scară de autoevaluare bine-cunoscută și des utilizată pentru manie este Altman Self-Rating Mania Scale (ASRMS) (anexa 15), dezvoltată de Altman și colaboratori în 1997. Această scară constă din cinci seturi de întrebări, fiecare evaluând simptome cheie ale stării maniacale, precum dispoziția crescută, grandiozitatea, nevoia redusă de somn, vorbirea accelerată și agitația psihomotorie. ASRMS corelează semnificativ cu alte scale de evaluare a maniei și prezintă coerență la retestare. Interesant este că această scară poate identifica simptomele maniei atât la subiecții conștienți de boală, cât și la cei care nu sunt conștienți. Chiar și pacienții cu manie și trăsături psihotice pot completa eficient această scară.

Un scor de 6 sau mai mare pe scară indică prezența maniei cu sensibilitate de 85,5% și specificitate de 87,3%. Această scară este sensibilă la schimbări, fiind potrivită pentru monitorizarea pe termen lung a progresului terapeutic la pacienții cu manie. Într-un studiu ulterior din 2001, Altman și colegii au comparat trei scale de autoevaluare pentru manie: Internal State Scale (ISS), Self-Report Manic Inventory (SRMI) și Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM), folosind Clinician

Administered Rating Scale for Mania ca referință. Sensibilitatea în detectarea simptomelor maniacale a fost de 45% pentru ISS, 86% pentru SRMI și 93% pentru ASRM. Diferențele dintre aceste instrumente sunt datorate construcției lor specifice: SRMI se bazează pe criteriile DSM-III-R, ASRM derivă din factorii identificați prin analiza factorială a simptomelor maniei, iar ISS se concentrează pe experiențele subiectului în starea maniacală.

B. Chestionarul tulburărilor dispoziției (MDQ)

Un alt instrument de autoevaluare pentru manie, numit Chestionarul Tulburărilor Dispoziției (Mood Disorders Questionnaire - MDQ), a fost dezvoltat de Hirschfeld și colaboratorii în anul 2000. Acest instrument are rolul de a depista tulburările din spectrul bipolar, inclusiv tulburările bipolare de tip I și II, precum și tulburarea ciclotimică. MDQ constă într-o singură pagină cu 13 întrebări, la care subiecții răspund cu „Da” sau „Nu”. De asemenea, sunt incluse două întrebări suplimentare pentru evaluarea impactului simptomelor asupra individului. Întrebările sunt conforme cu criteriile DSM-IV pentru manie și hipomanie, iar fiecare răspuns „Da” este punctat cu 1, scorul maxim fiind 13. Un prag de 7 a fost stabilit pentru a indica un răspuns pozitiv, sugerând prezența unei tulburări din spectrul bipolar. MDQ evaluează și sincronizarea și intensitatea simptomelor. Administrarea MDQ poate fi efectuată de către personal medical cu experiență clinică. Rezultatele obținute sunt consistente indiferent de utilizarea acestuia pentru măsurarea severității, depistarea simptomelor sau evaluarea răspunsului la tratament.

Această prezentare concisă a diverselor instrumente de autoevaluare pentru manie subliniază importanța de a permite pacienților cu manie să se autoevalueze, având în vedere faptul că rezultatele lor sunt semnificative atât în privința acurateței simptomelor, cât și a gravității acestora. Aceste instrumente sunt recomandate în special pentru pacienții cu manie ușoară sau moderată, indiferent de nivelul lor de conștientizare, pentru depistarea și evaluarea severității simptomelor sau a răspunsului la tratament. Ele pot fi utilizate în paralel cu evaluările clinice ale maniei.

C. Ghidul de evaluare a maniei

Diagnosticarea pacienților după un interviu clinic nestructurat, deși flexibil, nu asigură o încredere suficientă pentru a fi considerată o metodă infailibilă de colectare a datelor. Diferențele semnificative în interpretări și notări între clinicieni după vizionarea înregistrărilor video ale unor astfel de interviuri cu pacienți indică lipsuri. De asemenea, fiecare clinician adoptă un stil propriu în interviuri pentru evidențierea simptomelor, fiind puțin predispuși să adopte alte abordări. În contrast, instrumentele standardizate sau semistandardizate, deși restrâng libertatea intervențiilor, cresc încrederea atât între evaluatori diferiți, cât și între evaluările repetate ale aceluiași evaluator. Această abordare a condus la dezvoltarea modulelor de manie în instrumentele susținute de Organizația Mondială a Sănătății, precum Composite International Diagnostic Interview – CIDI (OMS, 1990) și Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN (anexa 17), adaptate Clasificării Internaționale a Bolilor, versiunea a 10-a (ICD-10), și Structured Clinical Interview for DSM – SCID, conform criteriilor din DSM-IV. Aceste module pot fi aplicate atunci

când se suspectează o stare maniacală și evaluează criteriile de diagnostic conform ICD-10 sau DSM-IV. Totuși, ele nu colectează simptomele sau nu evaluează severitatea maniei, ci servesc doar pentru diagnostic.

O contribuție semnificativă vine din Brazilia, unde o echipă a creat un ghid de interviu pentru manie numit Mania Rating Guide - MRG (Shansis et al., 2003). Acest ghid combină itemi din trei scări – Young Mania Rating Scale (YMRS) (anexa 16), Beck-Rafaelsen Mania Scale (BRMS) și Clinician Administered Rating Scale for Mania (CARS-M) – pentru a crea o structură comprehensivă. Ghidul conține 21 de itemi, cu întrebări ce pot fi ușor ajustate după preferința intervievatorului. Răspunsurile sunt notate calitativ, indicând prezența, absența sau severitatea simptomelor. Fiecare item oferă legătura cu itemi din cele trei scări, asigurând acoperirea tuturor simptomelor cardinale ale maniei.

6. Evaluarea problemelor de sănătate mintală - obsesiile

Deși la o primă răsfoire, indentificarea și sondarea obsesiilor ar putea sugera sarcini de aparență simplitate, nevoia de aprofundare se conturează cu subtilitate în cazul celor care se confruntă cu asemenea dileme, indiferent de profunzimea înțelegerii lor asupra propriei realități. Această subtilă complexitate își trage rădăcinile dintr-o serie de cauze intricate:

- 1) Prevalența obsesiilor în rândul masei populaționale nu poate fi subestimată, însă nu fiecare individ afectat caută sprijin medical din partea psihiatrilor sau medicilor generaliști în abordarea acestor dileme.
- 2) Diferențierea între obsesiile considerate „normale” și cele etichetate drept „patologice” rămâne un provocator exercițiu de discernământ.
- 3) Obsesiile pot coexista într-o notabilă gamă de tulburări psihice, deseori ele însele asociindu-se cu variate forme de afecțiuni.
- 4) Evaluarea distorsiunilor cognitive care fundamentează acest tablou clinic se dovedește a fi esențială în planificarea cu inteligență a terapiei ulterioare.

Înainte de anul 1984, tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) era considerată rară, cu o prevalență estimată la aproximativ 0,05% în rândul populației generale. Studii ulterioare efectuate în Statele Unite au dezvăluit o prevalență fluctuantă între 1,9% și 2,5% în cadrul aceleiași populații generale. Aceeași valoare a prevalenței s-a cristalizat în urma unui studiu internațional desfășurat pe patru continente. Cu toate că există terapii eficiente dezvoltate pentru această afecțiune, cei afectați de tulburări obsesive amână adesea căutarea de ajutor medical. Deși debutul tulburării survine, în majoritatea cazurilor, în tinerețe, intervalul mediu până la momentul solicitării asistenței medicale se întinde la aproximativ 10 ani. Și de la prima prezentare în fața unui medic până la un diagnostic adecvat se derulează în medie încă 6 ani. Chiar și atunci când hotărâsc să caute sprijin, numai 34% dintre pacienții afectați de această tulburare se adresează medicilor, iar unul din cinci caută asistență specializată.

În prezent, când gândurile obsesive sunt considerate o experiență comună, conturarea limitelor dintre obsesiile banale și cele patologice constituie o provocare distinctă în procesul de diagnosticare. Atât obsesiile „normale”, cât și cele etichetate drept „patologice” împărtășesc multe dintre criteriile care definesc obsesiile: „gânduri invadatoare, repetitive, imagini sau impulsuri inacceptabile și/sau nedorite, în contradicție cu care individul caută refugiu...” (Rachman și Hodgson, 1980). Un studiu precedent a identificat că specialiștii sunt în măsură să identifice obsesiile, dar întâmpină dificultăți în a diferenția obsesiile patologice de cele banale. Sugestia este că această problemă decurge din faptul că obsesiile, indiferent de natura lor, pot purta în ele conținuturi similare, iar diferențierea se sprijină pe intensitatea, frecvența și impactul lor asupra funcționării individuale.

Identificarea și sondarea obsesiilor nu sunt niciodată la fel de simple precum par, iar diagnosticarea corectă cere o abordare atentă și comprehensivă. Prevalența obsesiilor în rândul societății, demarcarea precisă dintre obsesiile obișnuite și cele patologice, conviețuirea lor cu alte tulburări și evaluarea distorsiunilor cognitive subiacente reprezintă provocări de notorietate în acest proces. Cu toate acestea, evoluțiile din domeniul cercetării medicale au contribuit la cristalizarea unor instrumente mai eficiente pentru diagnosticarea și abordarea tulburărilor obsesive.

A. Scala de obsesii și compulsii Yale-Brown

Scala Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) a fost concepută în anul 1989 de către Goodman și colegii săi, cu scopul de a cuantifica gradul de severitate al simptomelor la persoanele diagnosticate cu tulburare obsesiv-compulsivă (TOC). Instrumentul în cauză este destinat utilizării de către un clinician cu competență în domeniu, fiindcă, deși se bazează pe datele furnizate de subiect, evaluarea finală se întemeiază pe discernământul clinic al intervievatorului. În vederea evaluării simptomelor, autorii recomandă a se avea în vedere ultima săptămână, cu toate că intervalul de timp poate fi ajustat la aprecierea celui care interviează. Scala Y-BOCS este un interviu semistructurat care cuprinde pentru fiecare „item” întrebări diferite, cu scopul de a strânge informații referitoare la simptome, și se sprijină pe un sistem de scorare format din cinci niveluri (de la 0 la 4). Ordinea în care intervievatorul evaluează acești „itemi” este stabilită de autori, însă permite o anumită flexibilitate în adăugarea de întrebări suplimentare, considerate relevante de către intervievator.

Structura scalei se desparte în două secțiuni: „itemii” de la 1 la 5 sunt legați de obsesii, pe când „itemii” de la 6 la 10 se referă la compulsii. „Itemul” 11 furnizează informații despre nivelul de înțelegere și conștientizare a suferinței sau bolii. „Itemii” 12-16 evaluează reacția subiectului la obsesii și compulsii, în timp ce „itemii” 17 și 18 provin din Clinical Global Impression Scale, furnizând astfel o evaluare globală a severității și ameliorării. „Itemul” 19 măsoară încrederea în datele obținute prin aplicarea acestei scale. Scorul total al Scalei Y-BOCS se calculează pentru fiecare subcategorie - obsesii și compulsii - și este ulterior combinat într-un scor total care fluctuează între 0 și 40; de asemenea, pentru fiecare subcategorie, scorul poate varia între 0 și 20. Scorurile mai mici de 8 sunt considerate în limitele normalului, cele ce depășesc 16 sunt adesea

utilizate pentru studiile psihofarmacologice, iar scorurile ce depășesc 25 semnaleză o severitate semnificativă a tulburării obsesiv-compulsive.

Înainte de a administra Scala Y-BOCS, intervievatorul trebuie să clarifice subiectului noțiunile de obsesii și compulsii, să furnizeze exemple specifice și să se asigure că subiectul înțelege în mod clar întrebările ce vor fi adresate. Recomandarea este ca subiectul să înțeleagă în mod adecvat trăsăturile distinctive ale obsesiilor pentru a evita confuziile cu simptome asemănătoare din alte tulburări, precum fobia socială sau tulburările de impuls. Procesul de administrare a Scalei Y-BOCS durează de obicei între 15 și 20 de minute. Înainte de a utiliza Scala Y-BOCS, se poate recurge la o Listă de Simptome Y-BOCS (Y-BOCS Symptom Checklist). Această listă identifică obsesiile și compulsivele curente, iar acestea sunt ulterior transferate în Lista Simptomelor Țintă Y-BOCS. În acest fel, în timpul administrării Scalei, se pune accentul pe obsesiile și compulsivele actuale.

Scala Y-BOCS demonstrează o validitate notabilă comparativ cu alte instrumente de evaluare a obsesiilor (precum Maudsley Obsessional Compulsive Inventory, Leyton).

B. Inventarul de obsesii și compulsii Foa

Echipa condusă de Foa de la Universitatea din Pennsylvania a efectuat o analiză a instrumentelor existente pentru evaluarea simptomelor obsesive și compulsive, constatând că acestea prezintă anumite limitări, ceea ce a condus la dezvoltarea unui instrument nou. Observația lor a fost că scala Yale-Brown pentru obsesii (Y-BOCS) se concentrează pe un nucleu de 10 simptome, utilizându-le pentru a evalua timpul consumat de simptome, rezistența la acestea, impactul asupra vieții subiectului, gradul de control și nivelul de deranj. Cu toate că această scală are proprietăți psihometrice solide, aplicarea ei necesită personal calificat și utilizarea listei de verificare Y-BOCS pentru a obține informațiile necesare.

Printre instrumentele de evaluare a obsesiilor analizate de către Foa și colegii săi în 1998, care i-au motivat să dezvolte un instrument nou, se numără și Inventarul Leyton pentru obsesii. Acest instrument, deși posedă validitate discriminativă și stabilitate test-retest, implică o procedură de aplicare complexă.

Echipa condusă de Foa a dezvoltat un instrument alcătuit din 42 de itemi, care reflectă simptomele tulburării obsesiv-compulsive conform DSM-IV, aceștia fiind împărțiți în 7 subscale: spălare (8 itemi), verificare (9 itemi), dubiu (3 itemi), ordine (5 itemi), obsesii (8 itemi), colectare (3 itemi) și neutralizare mentală (6 itemi). Fiecare item este evaluat pe o scară Likert cu 5 trepte (de la 0 la 4) în privința frecvenței și severității obsesiilor și compulsiiilor, precum și nivelului de deranj cauzat. Abordarea separată a acestor aspecte se bazează pe presupunerea că aceste dimensiuni sunt complementare și nu sunt puternic corelate.

7. Evaluarea problemelor de sănătate mintală - ADHD la adulți

Conform DSM-V, procesul de diagnosticare a tulburării de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD) la adulți implică identificarea simptomelor ADHD în perioada copilăriei și continuarea lor în maturitate. Pentru a stabili diagnosticul corect, următoarele criterii principale sunt esențiale: simptomele ADHD trebuie să fi început în copilărie și să persiste într-o formă persistentă până la momentul evaluării curente. Aceste simptome trebuie să aibă consecințe semnificative la nivel clinic sau psihosocial, afectând individul în cel puțin două situații de viață diferite. Deoarece ADHD-ul la adulți are rădăcini în copilărie, este crucial să se investigheze simptomele, evoluția și nivelul de disfuncție din copilărie printr-un interviu retrospectiv privind comportamentul din acea perioadă. În situațiile în care este posibil, informațiile oferite de pacienți trebuie să fie completate cu informații de la surse care i-au cunoscut în copilărie, de obicei părinți sau rude apropiate.

Prezentând o influență semnificativă asupra adulților, ADHD-ul vine cu o gamă largă de simptome frustrante, care pot afecta relațiile interpersonale și cariera. Deși nu există un singur test medical sau genetic pentru a depista ADHD-ul, diagnosticul complet este realizat de o echipă compusă dintr-un medic psihiatru și un psiholog clinician. Pentru adulți, diagnosticul de ADHD poate fi stabilit de un medic psihiatru pe baza consultului și a rezultatelor evaluării psihologice.

Diagnosticul de ADHD se bazează pe numărul și gravitatea simptomelor, durata acestora și impactul asupra diferitelor aspecte ale vieții, cum ar fi școala, casa, munca și relațiile interpersonale. În procesul de diagnosticare, este crucial să se determine dacă aceste simptome sunt rezultatul altor afecțiuni sau sunt influențate de tulburări coexistente.

Ghidul Institutului Național pentru Sănătate și Îngrijire (NICE) pentru ADHD sugerează că diagnosticarea se bazează pe:

- Evaluarea completă clinică și psihosocială a pacientului, inclusiv discuții despre comportament și simptome în diverse aspecte ale vieții de zi cu zi;
- Un istoric detaliat al dezvoltării și un examen psihiatric;
- Observațiile persoanelor din cercul de cunoștințe al individului;
- Examinarea stării mentale a persoanei.

Cea mai mare parte a adulților care caută evaluare pentru ADHD se confruntă cu dificultăți semnificative într-unul sau mai multe domenii ale vieții. Iată câteva dintre cele mai frecvente probleme:

- Performanță slabă sau fluctuantă la locul de muncă;
- Schimbarea frecventă sau pierderea locurilor de muncă;
- Performanță scăzută în carieră sau în studii;
- Dificultate în menținerea atenției;
- Dificultate în urmărirea conversațiilor;
- Incapacitatea de a gestiona sarcinile zilnice, precum treburile casnice sau organizarea activităților;

- Probleme în relații din cauza nerealizării sarcinilor;
- Uitarea aspectelor importante și incapacitatea de a prioritiza;
- Ușoare iritații față de lucruri minore;
- Stres cronic din cauza dificultății în îndeplinirea responsabilităților;
- Sentimente intense și cronice de frustrare, vinovăție sau rușine;
- Dificultate în a primi critici sau respingere;
- Concentrare excesivă asupra anumitor subiecte sau abilități, cu un impact pozitiv și negativ asupra vieții zilnice;
- Tendința crescută de a amâna sarcinile.

A. Evaluarea ADHD la adult

DIVA-5 constituie un interviu clinic structurat, conceput cu scopul de a colecta informații suplimentare privind simptomele pacienților în contextul diagnosticului ADHD la adulți (<https://www.divacenter.eu/DIVA.aspx>). În cadrul acestui interviu, se realizează o evaluare retrospectivă a progresului simptomelor, evoluția lor și impactul în perioada copilăriei. În acest demers, contribuția unei persoane din cercul de cunoștințe care a avut contact cu individul în timpul copilăriei se dovedește de ajutor pentru a adăuga înregistrări complete la datele oferite de către pacient.

Pentru depistarea comorbidităților psihiatrice și a simptomelor esențiale, se aplică un proces de screening folosind instrumente precum PDSQ sau CASE-SF, cu o selecție adaptată la vârsta pacientului. E-MAS și SAS sunt utilizate pentru evaluarea anxiogenității ca atitudine permanentă și stare prezentă. SACS și CERQ sunt unelte utilizate pentru a dezvălui strategiile de adaptare în fața provocărilor asociate cu ADHD. În dezvoltarea schemelor cognitive dezadaptative ce contribuie la dezvoltarea problemelor emoționale și comportamentale, este implementat YSQ-3. În cadrul diagnosticului diferențial al tulburărilor de personalitate în conformitate cu DSM-5, se recurge la PCF.

În vederea evaluării aspectelor neuropsihologice ce țin de atenție, memorie și funcții cognitive, sunt utilizate teste precum d2, PON, Flanker, BVRT, ROCF, Stroop și WCST, adăugând și teste TPO pentru atenție, timp de reacție și memorie de lucru. În plus, se introduce o probă nepublicată adaptată a testului BRIEF-A pentru a efectua o evaluare mai cuprinzătoare a abilităților cognitive.

Listă de control pentru Sindromul Deficitului De Atenție și Hiperactivitate la adult (adaptată după D.G. Amen) – anexa 19;

Adult ADHD self-report scale (ASRS – v1.1). Symptom checklist – anexa 20;

8. Evaluarea problemelor de sănătate mintală - trauma și Tulburarea de Stres Posttraumatic - TSPT (PTSD)

Evaluarea acestei categorii nosologice ridică provocări semnificative, influențate profund de criteriile vagi sau subiective de diagnostic, precum și de dificultatea de a identifica clar evenimentul traumatizant ca factor declanșator pentru diagnosticare. Aceste provocări subliniază importanța de a dispune de instrumente de evaluare precise și fiabile, aspect abordat în prezentul capitol. În continuare vor fi descrise câteva dintre aspectele controversate, cu scopul de a captiva interesul cititorului asupra acestei probleme.

Înainte de a fi denumită oficial tulburare de stres posttraumatic, consecințele expunerii la un eveniment traumatizant au fost etichetate în diverse moduri: șoc emoțional, șoc traumatic, isterie de război sau șoc de proiectil, evoluând către termeni precum reacție de stres sau nevroză traumatică după cel de-al Doilea Război Mondial. Această evoluție a culminat în recunoașterea sindromului post-Vietnam, o entitate clinică nouă care a adus argumente că efectele posttraumatice pot apărea mult mai târziu. Această schimbare a fost necesară pentru a sublinia că simptomele nu sunt simulări, ci reflectă adevărata suferință a individului.

Problema TSPT a adus în prim-plan și considerente sociale și politice, impunând înființarea unei categorii nosologice psihiatrice. Cu toate că acceptarea acesteia este aproape universală, dezbaterile continuă într-un cadru mai larg, inclusiv în ceea ce privește aspecte precum beneficiile secundare și complicațiile sociale și financiare.

Distingerea între un tablou clinic autentic și unul simulat reprezintă o provocare majoră în evaluarea tulburării de stres posttraumatic (TSPT), cu semnificații profunde. Argumentele privind influența beneficiilor financiare pe termen lung asupra recuperării sau influența culturală asupra manifestărilor TSPT au generat dezbateri. Pentru abordarea acestor aspecte, s-au dezvoltat instrumente de evaluare specializate.

Evoluția DSM-5 a adus modificări în diagnosticarea TSPT, inclusiv restructurarea categoriilor într-o nouă clasă de tulburări legate de traume și stres. Criteriile de diagnostic au fost ajustate, cu eliminarea reacției subiective (criteriul A2) și separarea clusterului de evitare și paralizie emoțională în două sub-categorii distincte.

În evaluarea TSPT, corecta identificare a evenimentului traumatic are o importanță crucială. Evaluarea subiectivă atât de către subiect, cât și de către evaluator poate influența recunoașterea evenimentului traumatic. Alegerea între interviuri și chestionare depinde de context, cu avantajul chestionarelor în neutralitate și reducerea subiectivității.

În concluzie, diagnosticarea și evaluarea TSPT sunt domenii complexe și în continuă dezvoltare. Evenimentul traumatic și răspunsul individual la acesta sunt aspecte fundamentale, iar dezvoltarea instrumentelor precise de evaluare rămâne esențială pentru iluminarea acestei sfere sensibile a sănătății mintale.

A. Chestionarul evenimentelor de viață

Creat pentru a detecta rapid și eficient prezența unui eveniment traumatic, acest instrument a fost dezvoltat de Brugha și Cragg în 1990. Acesta cuprinde o listă de 12 evenimente petrecute în ultimele 6 luni, care sunt evaluate (Anexa 22). Potrivit autorilor, acest chestionar prezintă o validitate solidă și o stabilitate puternică în retestare, fiind suficient de sensibil pentru a identifica cu precizie prezența unui eveniment stresant. După ce evenimentul stresant este identificat, se sugerează ca clinicianul să evalueze gravitatea și impactul acestuia asupra individului utilizând o scală metrică.

B. Lista evenimentelor de viață. Scala clinicianului pentru tulburarea de stress posttraumatic (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS)

A fost dezvoltată de National Center for PTSD și este recomandat să fie utilizată în combinație cu Scala pentru tulburarea de stress posttraumatic, care este administrată de un clinician (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS). CAPS este cel mai larg utilizat și recunoscut instrument de diagnostic pentru această tulburare, considerat ca standard de referință în acest domeniu.

Lista Evenimentelor de Viață are scopul de a evalua care dintre cele 16 evenimente incluse în această listă au fost experimentate de subiect și dacă aceste evenimente îndeplinesc criteriul A, adică cerința de „expunere” la traumă conform DSM-IV. În contrast cu alte instrumente, acest checklist evaluează modul în care subiectul a experimentat evenimentul, fie că a fost direct implicat, martor sau doar a aflat despre el.

În ceea ce privește proprietățile psihometrice ale acestui instrument, cercetările efectuate de Gray și colaboratorii săi (2004) au demonstrat că Lista Evenimentelor de Viață prezintă o stabilitate foarte bună în timp și o convergență semnificativă cu rezultatele obținute prin interviuri sau chestionare.

Acesta este cel mai utilizat interviu pentru diagnosticarea tulburării respective. A fost dezvoltat de Brugha și Cragg în 1990 și îndeplinește criteriile pentru un instrument diagnostic eficient. Acest chestionar include 12 evenimente petrecute în ultimele 6 luni, fiind evaluat. Autorii afirmă că are o validitate solidă, stabilitate puternică în retestare și poate distinge cu precizie prezența unui eveniment stresant. După identificarea evenimentului, se recomandă clinicianului să evalueze severitatea și impactul acestuia utilizând o scală metrică.

Interviul CAPS furnizează întrebări concise și ancore precise pentru fiecare simptom al tulburării de stres posttraumatic (TPTS). Este administrat de un clinician și este structurat ca o "scală". Acesta constă în 17 întrebări care acoperă criteriile B, C și D din DSM. Pentru evaluarea criteriului A, subiectul alege până la trei evenimente semnificative dintr-o listă, iar pentru criteriile E și F, se discută durata și impactul tulburării. Scorurile se evaluează pe o scală de la 0 la 4.

În plus CAPS varianta scurtă (Anexa 23), interviul conține cinci întrebări care evaluează impactul asupra funcționării, ameliorarea simptomelor și severitatea generală a tabloului clinic. Este folosit pentru diagnosticul actual și pe parcursul vieții. Calitățile psihometrice sunt solide, cu fidelitate și validitate bune.

De obicei, administrarea durează peste 35 de minute, limitând utilizarea sa. Astfel, s-a dezvoltat Interviu Scurt de Evaluare a TPTS (SPRINT), un instrument concis cu patru întrebări pentru cele patru simptome fundamentale și alte patru legate de impactul asupra vieții. SPRINT are o validitate și fidelitate ridicate și poate identifica tulburarea la fel de eficient ca interviul CAPS.

9. Evaluarea problemelor de sănătate mintală – PSIHOZA

Kraepelin a introdus termenul de „endogen” în clasificarea sa, susținând că tulburările endogene sunt de origine organică, chiar dacă această origine nu putea fi încă demonstrată. Așa a apărut distincția dintre psihozele organice și cele endogene, funcționale. În 1927, Kraepelin a inclus atât demența precoce, cât și tulburarea bipolară ca singurele două psihoze endogene, iar termenul de psihoză nu a mai fost folosit pentru a descrie întreaga gamă de tulburări psihice, ci doar pentru anumite categorii. Bumke (1928), succesorul lui Kraepelin la catedra de psihiatrie de la München, a inclus demența precoce și tulburarea bipolară printre psihozele funcționale, din cauza lipsei de dovezi pentru o cauză organică. Eugen Bleuler a făcut o distincție clară între psihoză și schizofrenie. El a susținut că schizofrenia are la bază tulburarea autistă a gândirii și relaxarea asociațiilor de idei, în timp ce psihozele includ simptome secundare, cum ar fi delirul și halucinațiile. Pe la mijlocul anilor '20, Gabriel Langfeldt a introdus termenul de psihoză schizofreniformă pentru a descrie o formă de psihoză cu prognostic favorabil, trăsături afective și o personalitate normală înainte de debutul bolii. Kasanin (1933) a introdus apoi categoria de psihoză schizoafectivă. Evoluția conceptului de psihoză pe parcursul unui secol și mai mult a fost influențată de progresele în înțelegerea etiologiei și patogenezei tulburărilor mentale, precum și de definirea simptomelor și entităților nosologice. În concluzie, de-a lungul a 150 de ani, termenul de psihoză a fost asociat în principal cu ideea de nebunie și a traversat diverse stadii de conceptualizare, contribuind la dezvoltarea psihiatriei moderne prin introducerea unor noi concepte și ajustarea vechilor concepte, inclusiv prin schimbările aduse limbajului utilizat în psihiatrie.

Psihoza este o tulburare mintală gravă caracterizată prin pierderea contactului cu realitatea, adesea manifestată prin halucinații (percepții false, cum ar fi auzirea unor voci care nu există) și/sau delir (credințe sau gânduri false, neconforme cu realitatea). Persoanele cu psihoză pot avea dificultăți în distingerea dintre ceea ce este real și ceea ce este imaginație sau interpretare distorsionată a evenimentelor. Această tulburare poate afecta gândirea, comportamentul, emoțiile și interacțiunile sociale ale individului, având un impact semnificativ asupra funcționării zilnice. Psihoza poate fi asociată cu diferite afecțiuni precum schizofrenia, tulburarea schizoafectivă, tulburarea bipolară cu manifestări psihotice sau depresia psihotică.

Diagnosticul corect și prompt al psihozei este de o importanță crucială din mai multe motive:

1. **Tratament adecvat:** Un diagnostic corect permite furnizarea tratamentului adecvat și personalizat pentru persoanele cu psihoză. Tratamentele variază în funcție de tipul și cauza psihozei și pot include medicamente antipsihotice, terapie psihologică, consiliere și intervenții de susținere;

2. Prevenirea complicațiilor: Tratamentul precoce al psihozei poate ajuta la prevenirea sau minimizarea complicațiilor ulterioare. Ignorarea sau amânarea tratamentului poate duce la agravarea simptomelor și la dificultăți în gestionarea vieții de zi cu zi;
 3. Calitatea vieții: Psihoza poate afecta semnificativ calitatea vieții persoanelor afectate și a familiilor lor. Un diagnostic și tratament corect pot ajuta la ameliorarea simptomelor și la îmbunătățirea calității vieții pacienților;
 4. Siguranța și protecția: Pentru unele persoane cu psihoză, simptomele pot fi intense și pot include idei sau comportamente suicidare sau violente. Diagnosticarea corectă permite intervenții adecvate pentru asigurarea siguranței pacientului și a celor din jur;
 5. Planificarea viitorului: Un diagnostic corect poate ajuta persoanele afectate de psihoză și familiile lor să își planifice viitorul, să își stabilească obiective și să ia măsuri pentru a-și gestiona condiția în mod eficient;
 6. Stigmatizarea: Diagnosticarea și tratamentul adecvat pot contribui la reducerea stigmatizării legate de tulburările psihotice prin îmbunătățirea înțelegerii și conștientizării publicului cu privire la aceste afecțiuni;
 7. Cercetare și dezvoltare: Diagnosticarea și monitorizarea corectă a psihozei sunt esențiale pentru cercetarea și dezvoltarea de noi metode de tratament și intervenții;
- În general, diagnosticul precoce și precis al psihozei poate contribui semnificativ la ameliorarea simptomelor, îmbunătățirea funcționării individuale și sociale și creșterea șanselor de recuperare.

A. Scala scurtă de evaluare în psihiatrie (BPRS - Brief Psychiatric Rating Scale)

Scala de Evaluare a Simptomelor Psihiatrice (BPRS - Brief Psychiatric Rating Scale) a fost dezvoltată în anii 1960 de către John Overall și Donald Gorham ca un instrument pentru a evalua simptomele psihiatrice la pacienții cu diverse tulburări mintale. Scopul său a fost să ofere profesioniștilor de sănătate mintală o modalitate obiectivă de a evalua și cuantifica simptomele pacienților într-o manieră standardizată.

Scala de Evaluare a Simptomelor Psihiatrice (BPRS - Brief Psychiatric Rating Scale) este un instrument utilizat pentru evaluarea simptomelor psihiatrice la pacienții cu tulburări mentale. A fost dezvoltată în anii 1960 și constă dintr-o listă de 18-24 de itemi, fiecare reprezentând un simptom specific, precum gândire dezorganizată, halucinații, agitație, depresie și altele.

Scala BPRS conține inițial 16 itemi, însă mai târziu a fost extinsă la 18-24 de itemi, fiecare reprezentând un simptom specific, cum ar fi gândirea dezorganizată, halucinațiile auditive și vizuale, anxietatea, agitația, comportamentele suicidare și multe altele. Fiecare simptom este evaluat în funcție de severitatea și frecvența prezentării, într-o scală de la 1 la 7 sau de la 1 la 5, în funcție de varianta scalei utilizate.

Aplicarea în practica clinică a scalei BPRS presupune evaluarea subiectivă a pacientului de către un profesionist de sănătate mintală, cum ar fi un psihiatru, psiholog clinician sau alt specialist. Acesta discută cu pacientul pentru a obține informații despre simptomele sale și le evaluează în

funcție de intensitatea și frecvența prezentării. Scorurile pentru fiecare simptom sunt însumate pentru a obține un scor total care reflectă starea psihiatrică generală a pacientului.

Scala BPRS are mai multe utilizări în practica clinică, cercetare și dezvoltarea de medicamente. Ea este adesea folosită pentru a evalua starea inițială a pacienților, pentru a monitoriza schimbările în timp și pentru a evalua eficacitatea tratamentului. Scorurile BPRS pot oferi profesioniștilor indicii asupra evoluției pacienților și pot ajuta la ajustarea tratamentului în funcție de nevoile individuale.

Aplicarea scalei BPRS trebuie să fie realizată de către profesioniști instruiți, deoarece interpretarea simptomelor și atribuirea scorurilor poate fi subiectivă. Prin urmare, pentru a asigura consistența și fiabilitatea evaluării, trebuie respectate ghidurile și instrucțiunile specifice pentru aplicarea acestei scale.

Aplicarea scalei implică evaluarea subiectivă a pacientului de către un profesionist de sănătate mintală, precum psihiatru sau psiholog clinician. Acesta evaluează fiecare simptom în funcție de severitatea și frecvența prezentării. Scorurile pot varia în funcție de fiecare simptom, iar totalul punctelor poate oferi o imagine de ansamblu a stării psihiatrice a individului.

Scala BPRS are multiple utilizări, inclusiv evaluarea inițială a stării pacienților, monitorizarea schimbărilor în timp și evaluarea eficacității tratamentului. Este adesea folosită în cercetare și în practica clinică pentru a obține o evaluare subiectivă a simptomelor psihiatrice și a stării generale a pacientului.

Deoarece este una dintre cele mai vechi și utilizate scale de evaluare psihiatrică, scala BPRS oferă o modalitate simplă și rapidă de a cuantifica simptomele psihiatrice, permițând profesioniștilor să urmărească schimbările în timp și să adapteze tratamentul în consecință. (anexa 24).

B. Scala sindroamelor pozitive și negative PANSS

Scala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) este un instrument de evaluare utilizat în domeniul psihiatriei pentru a evalua simptomele pacienților cu schizofrenie și alte tulburări psihotice. Evoluția dezvoltării acestei scale a urmat următorii pași:

1. Inițierea dezvoltării: Scala PANSS a fost dezvoltată în anii 1980 de către cercetătorii Stanley Kay, Lewis Opler și Abraham Fiszbein. Acești psihiatri și psihologi au creat scala ca o alternativă mai obiectivă și standardizată pentru evaluarea simptomelor psihotice față de instrumentele anterioare;
2. Elaborarea itemilor: Cercetătorii au creat inițial 30 de itemi pentru scala PANSS, care acopereau o gamă largă de simptome psihotice, inclusiv simptome pozitive (cum ar fi halucinațiile și delirul) și simptome negative (cum ar fi aplatizarea emoțională și retragerea socială);
3. Refinarea și validarea: În următorii ani, scala PANSS a fost rafinată prin studii clinice și validări repetate pentru a asigura fidelitatea și validitatea sa. Aceasta a implicat ajustarea itemilor pentru a reflecta mai precis simptomele pacienților cu tulburări psihotice;
4. Extinderea itemilor: Pe măsură ce cercetarea a avansat și înțelegerea tulburărilor psihotice s-a îmbunătățit, au fost adăugați și modificați itemi pentru a reflecta mai bine complexitatea

simptomelor. Astfel, scala PANSS a fost extinsă la 30 de itemi, fiecare evaluând intensitatea simptomelor pe o scală de la 1 la 7;

5. Utilizare clinică și cercetare: Scala PANSS a devenit un instrument de evaluare standard în studiile clinice și cercetările în domeniul tulburărilor psihotice. Este folosită pentru a evalua eficacitatea tratamentului, evoluția simptomelor și răspunsul la intervențiile terapeutice;

6. Variante și adaptări: Pe parcursul evoluției, au fost dezvoltate variante ale scalei PANSS pentru a se adapta la nevoile specifice ale anumitor grupuri de pacienți sau contexte clinice;

Scala PANSS a devenit un instrument crucial în evaluarea simptomelor psihotice și a ajutat la standardizarea evaluărilor clinice în domeniul psihiatriei. Ea a contribuit la îmbunătățirea înțelegerii și gestionării tulburărilor psihotice și a rămas un instrument important în practica clinică și în cercetare.

Scala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) este un instrument de evaluare utilizat în domeniul psihiatriei pentru a evalua simptomele pacienților cu schizofrenie și alte tulburări psihotice. Această scală are 30 de itemi, iar fiecare item evaluează severitatea și prezența anumitor simptome. Itemii sunt împărțiți în trei subscale principale:

1. Subscala simptomelor pozitive: Această subscală evaluează simptomele pozitive ale psihozei, cum ar fi halucinațiile, delirul, gândirea dezorganizată și comportamentul agitat. Aceste simptome sunt considerate „pozitive” deoarece reprezintă adăugiri la experiența normală.

2. Subscala simptomelor negative: Această subscală evaluează simptomele negative ale psihozei, cum ar fi aplatizarea emoțională, retragerea socială, dificultatea în comunicare și absența motivației. Aceste simptome sunt considerate „negative” deoarece reprezintă lipsuri sau deficaturi în comportamentul și experiența normale.

3. Subscala simptomelor generale: Această subscală evaluează simptomele generale care pot fi asociate cu tulburările psihotice, cum ar fi anxietatea, depresia, disconfortul somatic și comportamentul dezorganizat.

Pentru fiecare item, evaluatorul trebuie să evalueze severitatea simptomului pe o scală de la 1 la 7, unde:

- 1 indică absența simptomului;
- 2, 3 și 4 indică o severitate ușoară până la moderată;
- 5, 6 și 7 indică o severitate moderată până la gravă.

Punctajul total al scalei PANSS variază între 30 și 210, iar un scor mai mare indică o severitate mai mare a simptomelor. Scala PANSS este folosită în studii clinice, cercetări și practica clinică pentru a evalua simptomele pacienților și a monitoriza evoluția lor în timp.

Lucrul cu scala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) implică o abordare sistematică și bine definită pentru a evalua și monitoriza simptomele pacienților cu schizofrenie sau alte tulburări psihotice. Iată pașii principali pentru a lucra cu scala PANSS:

1. Instruirea evaluatorilor: Asigurați-vă că evaluatorii care vor folosi scala PANSS sunt instruiți corect cu privire la modul de utilizare, notare și interpretare a fiecărui item.

2. Evaluarea inițială: Evaluează pacientul pentru a stabili bază inițială a simptomelor. Parcurgeți fiecare item al scalei PANSS și înregistrați scorurile pentru fiecare simptom în parte, în funcție de severitatea și prezența lor.
 3. Categorisirea simptomelor: Folosiți cele trei subscale ale scalei PANSS pentru a categorisi simptomele pacientului în simptome pozitive, negative și generale.
 4. Folosirea scării de scor: Folosiți scala de scor de la 1 la 7 pentru a evalua severitatea fiecărui simptom. Înregistrați scorurile în funcție de descrierile din manualul PANSS.
 5. Calculează scorul total: Adunați scorurile de la fiecare item pentru a obține scorul total al pacientului pe scala PANSS. Scorul total poate varia între 30 și 210.
 6. Interpretarea scorului: Analizați scorul total al pacientului și scorurile pentru fiecare subscale în parte. Scorurile mai mari indică o severitate mai mare a simptomelor. Comparați scorurile cu valorile de referință sau cu scorurile anterioare ale pacientului pentru a evalua evoluția simptomelor.
 7. Monitorizarea evoluției: După evaluarea inițială, puteți folosi scala PANSS pentru a monitoriza evoluția pacientului în timp. Realizați evaluări periodice pentru a vedea dacă simptomele s-au ameliorat, înrăutățit sau rămân constante.
 8. Comunicare și colaborare: Utilizați rezultatele scării PANSS pentru a comunica cu echipa medicală și cu pacientul. Acest lucru poate ajuta la luarea deciziilor referitoare la tratament și gestionarea pacientului.
 9. Adaptarea tratamentului: Bazat pe rezultatele evaluării cu scala PANSS, puteți ajusta planul de tratament al pacientului. Scorurile mai mici pot indica o ameliorare a simptomelor, în timp ce scorurile crescute pot necesita ajustări în tratament.
 10. Documentație: Asigurați-vă că înregistrați rezultatele evaluărilor PANSS în fișa de observație a pacientului sau în sistemul medical electronic. Acest lucru vă va ajuta să urmăriți progresul pacientului pe termen lung.
- În general, lucrul cu scala PANSS necesită o abordare atentă și consecventă. Fiind o unealtă importantă pentru evaluarea și monitorizarea simptomelor psihotice, utilizarea corectă a scalei PANSS poate ajuta la îmbunătățirea gestionării pacienților și a eficacității tratamentului. (Anexa 25).

C. Inventarul Peters de măsurare a delirurilor (PDI)

Inventarul Peters de măsurare a delirurilor (PDI) este un instrument de evaluare clinică utilizat pentru a evalua prezența și severitatea delirurilor în rândul pacienților. Delirul este o tulburare a conștiinței și atenției care se manifestă prin confuzie, dezorientare, dificultăți în concentrare și gândire incoerentă. PDI este proiectat pentru a ajuta profesioniștii din domeniul sănătății mintale să evalueze aceste simptome și să determine severitatea lor. Inventarul PDI (Peters Delusion Inventory) a fost inițial dezvoltat de către Emanuelle Peters ca un instrument de autoevaluare cu 40 de întrebări, cu scopul de a identifica ideile delirante în rândul populației generale. Mai târziu, aceeași echipă a redus instrumentul la 21 de întrebări (Anexa 25). Acest instrument a fost creat pentru a evalua trăsăturile schizotipale în populația generală, trăsături care se manifestă pe un

continuum dimensional. Echipa de cercetători a considerat că trăsăturile schizotipale pot fi evaluate psihometric, deoarece acestea există în diferite grade de severitate în populație. În același timp, au observat că trăsăturile psihotice autentice, cum ar fi simptomele de prim rang ale lui Schneider, sunt mai frecvent întâlnite în tulburări clinice grave și rar prezente în populația generală. Principalele caracteristici ale Inventarului Peters de măsurare a delirurilor includ:

1. Stabilirea scorului pe baza interviului: PDI se bazează pe un interviu structurat între evaluator și pacient. Evaluatorul adresează pacientului o serie de întrebări menite să exploreze simptomele delirului și să evalueze prezența și severitatea acestora.
2. Evaluarea simptomelor delirului: PDI evaluează o gamă variată de simptome legate de delir, cum ar fi gândirea incoerentă, dezorientarea în timp și spațiu, halucinațiile, agitația și dezorganizarea comportamentală. Pacienții sunt rugați să răspundă la întrebări referitoare la experiențele și stările lor cognitive și comportamentale.
3. Scalarea severității: Pentru fiecare simptom evaluați în cadrul interviului, PDI are o scală care permite evaluatorului să noteze severitatea simptomului. Acest lucru poate ajuta la cuantificarea impactului simptomelor asupra pacientului și la monitorizarea schimbărilor în timp.
4. Durata evaluării: Interviul cu PDI poate varia în funcție de complexitatea cazului și timpul necesar pentru evaluarea simptomelor specifice. Cu toate acestea, obiectivul principal este de a evalua prezența și severitatea simptomelor delirului într-un mod comprehensiv.
5. Utilizare clinică: PDI este folosit în special în setările clinice și de cercetare pentru evaluarea pacienților care prezintă suspiciunea de delir sau simptome delirante. Acesta poate ajuta la diagnosticarea corectă a delirului și la monitorizarea evoluției simptomelor în timp.
6. Relevanță clinică* Utilizarea PDI poate ajuta profesioniștii din domeniul sănătății mintale să obțină o înțelegere mai clară a prezenței, severității și naturii simptomelor delirului la un pacient. Acest lucru poate contribui la stabilirea unui plan de tratament adecvat și la luarea deciziilor clinice informate.

În concluzie, Inventarul Peters de măsurare a delirurilor (PDI) reprezintă un instrument de evaluare clinică folosit pentru a evalua simptomele delirului și pentru a determina severitatea acestora în rândul pacienților. Este utilizat în special în cadrul evaluărilor clinice și de cercetare pentru a sprijini diagnosticarea și gestionarea corespunzătoare a tulburărilor de conștiință și atenție.

10. Evaluarea problemelor de sănătate mintală – DEMENȚA

Demența este o afecțiune neurodegenerativă caracterizată prin deteriorarea treptată a funcțiilor cognitive, cum ar fi memoria, gândirea, judecata și capacitatea de a desfășura activități zilnice. Această boală poate afecta calitatea vieții pacienților și poate impune o povară semnificativă asupra familiilor și îngrijitorilor.

Pentru a detecta demența și pentru a efectua o evaluare psihiatrică adecvată, se utilizează diverse metode de screening și psihodiagnostică. Printre instrumentele de screening utilizate în asistența

primară se numără Testul Scorului Mental Abreviat (AMST), Mini Testul pentru Examinarea Stării Mintale (MMSE) și Testul Desenării Ceasului. Aceste teste rapide și standardizate pot ajuta la identificarea persoanelor care pot prezenta semne de demență și care necesită o evaluare mai detaliată.

În evaluarea clinică a pacienților cu demență, se folosesc instrumente de evaluare mai extinse și detaliate. De-a lungul timpului, au fost dezvoltate numeroase instrumente clinice pentru acest scop. Deși există o diversitate impresionantă de astfel de instrumente, doar câteva dintre ele sunt utilizate cu regularitate. Multe dintre aceste instrumente au fost inițial concepute pentru evaluarea demenței Alzheimer, dar s-au dovedit eficiente și în evaluarea altor forme de demență.

Folosirea acestor instrumente clinice în evaluarea demențelor are numeroase beneficii. Aceste instrumente au fidelitate și validitate ridicate și sunt standardizate, ceea ce permite o evaluare mai precisă a simptomelor și severității demențelor. Ele sunt esențiale atât pentru diagnosticul inițial, cât și pentru monitorizarea evoluției bolii pe parcursul timpului.

Astfel, în rezumat, demența reprezintă o afectare cognitivă progresivă și debilitantă. În procesul de evaluare, instrumentele de screening și psihodiagnostice joacă un rol crucial în identificarea precoce, diagnosticul corect și monitorizarea evoluției bolii, contribuind astfel la gestionarea optimă a acestei afecțiuni complexe.

A. Mini Test pentru Examinarea Stării Mintale (MMSE)

Mini Testul pentru Examinarea Stării Mintale (MMSE) este un instrument de evaluare psihometrică utilizat pentru a evalua funcțiile cognitive ale unei persoane, în special în ceea ce privește memoria, atenția, limbajul și abilitățile de calcul. Acest instrument este folosit pentru detectarea semnelor de deteriorare cognitivă și pentru evaluarea nivelului de funcționare cognitivă în cazurile de demență sau alte afecțiuni neurologice.

Pentru a lucra cu Mini Testul pentru Examinarea Stării Mintale (MMSE), urmați acești pași:

1. Pregătirea: Asigurați-vă că aveți instrumentul MMSE la îndemână, împreună cu o foaie de hârtie și un pix pentru înregistrări.
2. Explicarea: Înainte de a începe examinarea, explicați persoanei testate scopul și natura examenului. Asigurați-vă că pacientul înțelege că nu există răspunsuri „corecte” sau „greșite”, ci că testul încearcă să evalueze abilitățile cognitive într-un mod obiectiv.
3. Evaluarea orientării temporale și spațiale: Începeți cu întrebări pentru a evalua orientarea în timp și spațiu a persoanei. Întrebați despre data, ziua săptămânii, luna, anul și locul în care se află.
4. Evaluarea memoriei: Testați memoria imediată prin prezentarea a trei cuvinte simple, cum ar fi „floare”, „mașină” și „papagal”. După aceea, cereți persoanei să repete cuvintele pentru a verifica capacitatea lor de a reține informația.
5. Evaluarea atenției și calculului: Puteți evalua atenția și abilitățile de calcul prin cererea de a scădea sau aduna un număr de la 100 în pași de 7 sau să rotească cifre în ordine inversă.
6. Evaluarea limbajului și abilităților de scriere: Puteți cere persoanei să citească o propoziție și să o repete sau să deseneze un ceas și să seteze săgețica pentru o anumită oră.

7. Evaluarea memoriei ulterioare: După o pauză de câteva minute, cereți persoanei să își amintească cuvintele pe care le-ați prezentat mai devreme pentru a evalua memoria ulterioară.
 8. Evaluarea limbajului și abilităților de scriere: Puteți cere persoanei să numească obiecte dintr-o imagine sau să scrie o propoziție după dictare.
 9. Punctaj: Acordați puncte pentru fiecare element corect răspuns. Punctajul maxim este de 30 de puncte
 10. Interpretarea: Punctajul obținut poate sugera nivelul de funcționare cognitivă. Scorurile mai mici pot indica un deficit cognitiv. Compararea scorului cu valorile normale și ajustarea pentru vârstă și educație poate ajuta la interpretarea rezultatelor.
- Este important de menționat că MMSE este doar un instrument de evaluare și nu poate înlocui o evaluare clinică cuprinzătoare de către un profesionist de sănătate mintală sau medical. Utilizarea MMSE poate varia în funcție de context și de nevoile individuale ale pacienților.

B. Testul desenării ceasului

Testul desenării ceasului, dezvoltat de Sunderland, este un instrument de evaluare care se concentrează asupra funcțiilor cognitive asociate cortexului frontal și temporo-parietal. Acesta oferă informații utile și este ușor de administrat. Procedura de administrare presupune solicitarea pacientului să deseneze cadranul unui ceas, inclusiv toate orele, și să indice o oră specifică prin desenarea limbii mare și limbii mici ale ceasului.

Pentru evaluarea desenelor realizate, se folosește o scală de la 1 la 10, care include următoarele criterii:

1. Completarea cadranelui: Evaluarea gradului în care toate orele sunt desenate corect și sunt proporționate.
2. Plasarea cifrelor: Evaluarea corectitudinii plasării cifrelor pe cadranul ceasului.
3. Indicarea orei: Evaluarea dacă ora indicată (de exemplu, "trei fără un sfert") este reprezentată corect prin desenarea limbii mari și limbii mici.
4. Simetrie: Evaluarea nivelului de simetrie între cele două părți ale ceasului.
5. Dimensiune uniformă: Evaluarea dacă dimensiunile cifrelor și ale celorlalte elemente sunt uniforme.
6. Organizare spațială: Evaluarea modului în care elementele sunt distribuite pe cadranul ceasului, indicând capacitatea de organizare spațială.
7. Integritatea limbilor: Evaluarea dacă limbile mare și mică sunt desenate corect și proporționate.
8. Precizie generală: Evaluarea nivelului general de precizie și acuratețe a desenului.

Scorurile acordate pentru fiecare criteriu pot varia de la 1 la 10, unde 1 poate indica un desen necompletat sau complet incorect, iar 10 poate indica un desen perfect și precis. Suma scorurilor poate oferi o evaluare generală a performanței cognitive în cadrul testului.

Este important să ții cont că acest test oferă indicii cu privire la funcțiile cognitive asociate cortexului frontal și temporo-parietal, dar interpretarea rezultatelor trebuie să fie integrată în contextul evaluării clinice globale și să fie utilizată alături de alte instrumente și informații relevante.

Interpretarea:

10-6: Cadranul ceasului (cu toate orele) este desenat în general corect:

10. Limbile ceasului în poziție corectă.
9. Erori minime în poziționarea limbilor.
8. Erori mai mari la plasarea limbilor corespunzătoare orei și minutelor.
7. Poziționarea limbilor este total eronată, fără legătură cu ora ce trebuia indicată.
6. Folosirea inadecvată a limbilor ceasului (de exemplu, marcarea orei folosind modul digital sau încercuirea cifrelor, în ciuda instrucțiunilor repetate).

5-1: Aglomerarea numerelor ce indică orele într-o parte a cadranului sau scrierea lor în sens invers acelor de ceasornic. Limbile pot fi figurate în desen.

4. Distorsionarea ordinii corecte a orelor figurate pe cadran. Integritatea cadranului a dispărut (de exemplu: numerele lipsa sau plasate în afara conturului cadranului).
3. Cadranul și numerele figurate nu au nici o legătură între ele. Limbile ceasului lipsesc.
2. Desenul denotă că unele instrucțiuni au fost recepționate de pacient, însă ceasul este doar vag reprezentat.
1. Absența oricărei încercări de a desena, sau desen complet neinterpretabil.

ANEXE:

Anexa 1. RAPORT DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ

Date personale

Nume :

Prenume :

Data nașterii :

Adresa:

Telefon:

Email:

Motiv pentru adresare

Istoricul problemei prezentate

Dificultăți psihologice

-
-
-
-
-

-
-
-

Dificultăți sociale

-
-
-
-
-
-
-
-

Dificultăți legate de serviciu

-
-
-
-
-
-
-
-

Dificultăți de ordin fizic

-
-
-
-
-
-
-
-

Dependențe

-
-
-
-

Biografie

Tratament anterior pentru probleme de sănătate mintală

Diagnostic anterior

Tratament medicamentos

Tratament /psihologic/psihoterapeutic

Instrumentele selectate și utilizate pentru psihodiagnostic

Următoarele instrumente de psihodiagnostic au fost utilizate pentru prezenta cercetare:

-
-
-
-
-

Observații și impresii

Rezumatul rezultatelor testelor (descriere detaliată) - *Descrierea se face utilizând limbajul din ICD -10 !*

Concluzii și recomandări

Pacientul/Clientul/Beneficiarul este o persoană de _____ ani, cu simptome de _____

La nivel descriptiv, el/ea îndeplinește criteriile pentru

Personalitatea pacientului/clientului/beneficiarului poate fi descrisă ca _____

În concluzie, putem formula următorul diagnostic/următoarele diagnostice:

-
-
-
-

Pe baza acestor constatări este recomandat:

-
-
-
-
-
-

Cu respect,

Numele Psihologului

Data prezentării raportului de evaluare: ____/_____/_____

**Acest raport de evaluare psihologică conține informații confidențiale. Evaluarea se realizează în contextul*

Concluziile acestei evaluări se referă doar la întrebarea(ele) setate la începutul evaluării și este posibil să nu servească pentru a răspunde la alte întrebări. Perioada de păstrare este în conformitate cu legislația locală. O copie a acestui document este oferită/transmisă pacientului/clientului/beneficiarului.

Anexa 2 - Scara de Inteligență Wechsler pentru Adulți - W. A. I. S

Instrucțiuni pentru aplicarea testului

1. Informații:

Consemn: trebuie început cu întrebarea 5 pentru toți subiecții. Dacă nu se răspunde la itemii 5 și 6, trebuie puse întrebările de la 1 la 4. Dacă subiectul nu reușește să răspundă la nici unul din itemii de la 2 la 4, trebuie oprită testarea. Dacă reușește să răspundă la un singur item 2, 3 sau 4, se poate continua.

Dacă un răspuns este incomplet sau insuficient de clar, i se pot cere subiectului explicații mai dezvoltate pentru a înțelege la ce se referă.

Testul se întrerupe după 5 eșecuri consecutive.

Notare: se acordă 1 punct pentru fiecare răspuns corect. Nu se acordă niciodată credit parțial.

Li se acordă 4 puncte subiecților cărora nu li s-au mai pus întrebările de la itemii 1 – 4. Dacă se dau mai multe răspunsuri, este suficient să fie unul singur acceptabil pentru a fi notat. Nota maximă este 29.

Întrebări și răspunsuri acceptabile:

1. Care sunt culorile drapelului Republicii Moldova?

Roșu; galben; albastru;

2. Ce formă are o bilă?

Rotundă; sferică;

3. Câte luni sunt într-un an?

12

4. Ce este un termometru?

Un instrument pentru măsurarea temperaturii;

Pentru a lua temperatura;

5. Cine a fost Mihai Eminescu?

Un scriitor;

6. Din ce se extrage cauciucul?

Dintr-un arbore;

Din planta de cauciuc;

Din petrol;

Din alcool;

7. Unde a fost înmormântat Ștefan cel Mare?

La mănăstirea Putna;

8. Câte săptămâni sunt într-un an?

52;

9. În ce direcție se află Cahul față de Chișinău?

Sud

10. Ce este Vaticanul?

Palatul Papal;

Capitala catolicismului;

Prosperitatea Papei;

Stat Papal în Italia;

11. Unde se află Brazilia?

În America de Sud;

În America Latină;

(dacă subiectul răspunde „la est de Bolivia” sau „la sud de Venezuela” trebuie întrebat pe ce continent)

12. Câți locuitori are Republica Moldova?

Aproximativ 3 milioane;

13. La ce dată sărbătorim victoria din 1945?

La 9 mai;

14. Unde se află Egiptul?

În Africa (de N)

15. Cum face drojdia să crească aluatul?

Prin fermentare;

Prin gazele care se formează;

Prin degajarea de gaz carbonic;

Prin degajarea de bule de aer;

16. Numiți trei vase sanguine din corpul uman:

Artere, vene, capilare

(numele unor vase specifice nu se acceptă, doar al venelor și arterelor)

17. Cine a scris Iliada?

Homer;

18. Ce este Coranul?

Carte sacră a musulmanilor;

Biblia arabilor;

19. Când au dobândit moldovenii independența?

1991

20. Cine a scris Hamlet?

Shakespeare;

21. Care este diferența dintre avocat și procuror?

Avocatul apără, procurorul acuză;

22. Care este distanța dintre Chișinău și Bălți?

Aproximativ 150 KM;

23. Cine a scris Faust?

Goethe; Gounod; Berlioz;

24. Care este subiectul Bibliei

Creația lumii;

Credința;

Religia;

25. Ce este etnologia?

Știința care studiază rasele umane;

Știința despre popoare;

26. În ce este divizată Republica Moldova?

Raioane; orașe, comune; sate;

27. Ce înseamnă N.A.T.O.?

Tratatul Atlanticului de Nord.

28. Ce țări au ieșire la Marea Neagră:

România; Turcia; Bulgaria; Rusia; Georgia; Ucraina;

29. Ce este UNICEF-ul?

Fondul Națiunilor Unite pentru Copii.

2. Comprehensiune:

Consemn: testul trebuie început cu itemul 3. Dacă subiectul eșuează la itemii 3, 4 sau 5, se dau itemii 1 și 2. Unele persoane au dificultăți în a-și aminti întrebarea după o singură enunțare. În aceste situații se permite repetarea întrebării fără a o modifica sau scurta. Dacă este necesar, subiectul poate fi încurajat prin cuvinte precum „da” sau „continuați”. Dacă un răspuns nu este clar, se pot cere lămuriri. Dacă un subiect nu dă nici un răspuns după 10 – 15 secunde, se repetă întrebarea.

Testul se întrerupe după 4 eșecuri consecutive notate cu 0.

Notare: pentru itemii 1 și 2 nota este de 2 puncte sau 0. Pentru itemii 3 – 14 se notează cu 2, 1 sau 0. Se acordă un credit de 4 puncte când itemii 1 și 2 nu sunt administrați. Pentru testul „comprehensiune”, ca și pentru testele de „similitudini” și „vocabulary”, găsiți criteriile specifice de notare.

Nota maximă: 28.

Întrebări:

1. De ce trebuie să ne spălăm hainele?
2. De ce trenul are locomotivă?
3. Ce trebuie să faceți dacă găsiți pe stradă un plic închis, având adresa și un timbru nefolosit?
4. De ce trebuie să evităm a întreține relații cu persoanele care au purtări urâte?
5. De ce trebuie să plătim impozite?
6. Ce semnifică proverbul „Bine faci, bine găsești”?
7. Ce ați face dacă într-o sală de cinematograf ați fi primul care observă că a izbucnit focul?
8. De ce sunt necesare legi privind munca copiilor?
9. De ce majoritatea oamenilor surzi din naștere sunt incapabili de a vorbi?
10. De ce un teren de aceeași mărime este mai scump la oraș decât la țară?
11. De ce sunt obligați prin lege cei care se căsătoresc să treacă pe la oficiul stării civile?
12. Ce semnifică proverbul „cu o rândunică nu se face primăvară”?
13. De ce în unele țări se apelează la jurați în procesele în care se judecă criminalii?
14. Ce semnifică proverbul „Cine sapă groapa altuia, cade singur în ea”?

Citește mai mult proverbe românești - lista celor mai celebre și mai puțin cunoscute proverbe?

3. Aritmetică:

Consemn: subiectul nu trebuie să știe că este vorba de probleme de aritmetică. Trebuie început cu itemul 3 pentru toți subiecții. Dacă este vizibilă neînțelegerea problemei de către subiect, se poate repeta întrebarea. Timpii limită sunt calculați pentru fiecare întrebare.

Întreprerea se face după 4 eșecuri consecutive.

Nota maximă: 18.

Problemă	Timp limită: secunde	Răspuns
1. Dacă aveți trei caiete și dați unul, câte vă rămân?	15	2
2. Cât fac 4 lei + 5 lei?	15	9
3. Dacă cineva cumpără	15	4

timbre de 6 lei și dă 10 lei, cât i se dă rest?		
4. Câte ouă sunt în 2 duzini și jumătate?	30	30
5. Câte bile puteți cumpăra cu 36 de lei dacă o bilă costă 6 lei?	30	6
6. Câte ore v-ar trebui pentru a parcurge 24km cu viteza de 3km/h?	30	8
7. Un om are 18 lei și cheltuiește 7,5 lei, câți lei îi mai rămân?	60	10,5
8. Un vânzător a vândut două treimi din stocul său de ulei. Știind că el a vândut 400L, care era cantitatea pe care o avea în stoc?	60	600
9. Unui muncitor îi trebuie două zile pentru a săpa un șanț de 31m. Câți metri de șanț va săpa el în 12 zile?	60	186
10. Paul a primit o sumă de bani de trei ori mai mare decât cea primită de Petre. După ce a cheltuit 1000lei, lui Petre îi mai rămân 2000. Ce sumă de bani a primit Petre?	60	36000
11. 8 muncitori execută o lucrare în 6 zile. De câți muncitori va fi nevoie pentru a realiza aceeași lucrare într-o jumătate de zi?	60	96
12. Două trenuri pleacă unul spre altul, în același timp, din două orașe separate, de o distanță de 600km, pentru a se întâlni. Unul din trenuri are 50 km/h, iar celălalt are 100km/h. După câte ore se vor întâlni?	120	4
13. Un vânzător are un beneficiu de 60 lei pentru vânzarea unui obiect. Dacă 15% din acest beneficiu trebuie să-l dea pentru impozit, cât beneficiu real îi rămâne?	120	51

4. Similitudini

Consemn: se începe cu itemul 1 pentru toți subiecții. Dacă subiectul răspunde corect la prima întrebare, se continuă cu itemul 2. Dacă subiectul nu răspunde corect sau nu găsește răspuns, i se explică asemănarea dintre cele două și se trece mai departe. Întreruperea se face după 4 eșecuri consecutive. Notare: itemii sunt notați cu 2, 1 sau 0 puncte.

Nota maximă: 26.

Itemii testului	
1. Portocală	Banană
2. Câine	Pisică
3. Rochie	Palton
4. Topor	Fierăstrău
5. Nord	Vest
6. Masă	Scaun
7. Mulțime	Grămadă
8. Ochi	Ureche
9. Ou	Sămânță
10. Aer	Apă
11. Poem	Statuie
12. Recompensă	Pedeapsă
13. Lemn	Alcool

5. Memoria Cifrelor

Următoare două probe ale testului trebuie aplicate separat una de cealaltă.

- Cifre în Ordine Directă

Consemn: se începe cu seria de câte trei cifre, grupa I, pentru toți subiecții. După fiecare încercare reușită se trece la următoarea serie.

Întreruperea are loc atunci când subiectul a eșuat la două încercări ale seriei date.

Nota maximă: 9

Seria	Grupa I	Grupa II
3	5-8-2	6-9-4
4	6-4-3-9	7-2-8-6
5	4-2-7-3-1	7-5-8-3-6
6	6-1-9-4-7-3	3-9-2-4-8-7
7	5-9-1-7-4-2-8	4-1-7-9-3-8-6
8	5-8-1-9-2-6-4-7	3-8-2-9-5-1-7-4
9	2-7-5-8-6-2-5-8-4	7-1-3-9-4-2-5-6-8

- Cifre în Ordine Inversă:

Consemn: i se va cere subiectului să repete cifrele în ordine inversă decât le-a auzit.

Întreruperea are loc la două încercări eșuate ale seriei repetate.

Nota maximă este 8.

Seria	Grupa I	Grupa II
2	2-4	5-8
3	6-2-9	4-1-5
4	3-2-7-9	4-9-6-8
5	1-5-2-8-6	6-1-8-4-3
6	5-3-9-4-1-8	7-8-4-2-5-6
7	8-1-2-9-3-6-5	4-7-3-9-1-2-8
8	9-4-3-7-6-2-5-8	7-2-8-1-9-6-5-3

Nota finală a testului de memorare a cifrelor este dată de suma obținută la aplicarea testului în ordine directă și indirectă.

6. Vocabular:

Consemn: dacă se observă că subiectul are un nivel al inteligenței mai ridicat, se poate începe direct cu întrebarea nr. 4, în caz contrar este recomandat să se înceapă testul de la primul item.

Întreruperea are loc după 5 eșecuri consecutive.

Notarea: itemii 1, 2, 3, se notează cu 2 sau 0 puncte; ceilalți itemi se notează cu 2, 1 sau 0 puncte.

Dacă se trece direct la itemul 4, i se acordă 6 puncte subiectului, pe lângă cele pe care le va obține pe parcursul examinării.

Lista de cuvinte:

1. Fotoliu	21. A bârfi
2. Bol	22. A persevera
3. Arbust	23. Binefacere
4. A grupa	24. Gură – cască
5. A instrui	25. A se clătina
6. A repara	26. Capcană
7. Porțiune	27. A incinera
8. Fad	28. A falsifica
9. Împrejmuire	29. Monopol
10. A smulge	30. Trădare
11. A înhăța	31. Flecar
12. Pomană	32. Emulație
13. A pieri	33. Caduc
14. Miere	34. Nerușinat
15. Viziună	35. Eterogen
16. Satâr	36. Apologie

17. Cocioabă	37. Presupunere
18. Sancțiune	38. Pustnic
19. A preveni	39. Vioi
20. Edificiu	40. Model

Anexa 3 - SCID-5-SPQ. Interviu clinic structurat pentru DSM-5. Chestionarul de screening al personalității

Chestionarul are ca obiectiv utilizarea sa în evaluarea inițială, înaintea Interviuului clinic structurat pentru tulburările de personalitate din DSM-5® (SCID-5-PD) Michael B. First, M.D., Janet B. W. Williams, Ph.O., Lorna Smith Benjamin, Ph.O. și Robert L. Spitzer, M.O.

Inițialele evaluatorului: _____ Data evaluării : _____ PQ1

Instrucțiuni de aplicare

Următoarele întrebări se referă la modul dvs general de a fi; mai precis, la felul în care v-ați simțit și comportat în ultimii ani. Încercuiți răspunsul "DA" dacă întrebarea corespunde în totalitate sau parțial unui aspect din comportamentul dvs sau "NU" dacă nu corespunde.

Dacă nu înțelegeți o întrebare, n-o completați.

1. Ați evitat locuri de muncă sau sarcini care presupuneau contactul cu multe persoane?
2. Evitați de obicei să vă faceți prieteni persoane despre care nu sunteți sigur că vă vor simpatiza?
3. Vi se pare dificil să fiți deschis chiar și cu persoanele apropiate?
4. Vă faceți frecvent griji privind eventualitatea de a fi criticat sau respins în situații publice?
5. Atunci când întâlniți persoane necunoscute sunteți de obicei tăcut?
6. Credeți că nu sunteți la fel de bun, deștept sau atrăgător ca majoritatea celorlalte persoane?
7. Vă temeți de activitățile care s-ar putea dovedi dificile sau ezitați să încercați lucruri noi?
8. Vă este dificil să luați decizii uzuale cum ar fi să vă alegeți îmbrăcămintea sau să comandați ceva la restaurant fără sfatul sau confirmare din partea altcuiva?
9. Depindeți de alte persoane în ceea ce privește gestionarea domeniilor importante ale vieții cum ar fi cel financiar, îngrijirea copiilor sau probleme curente?
10. Vă este greu să vă exprimați dezaprobarea față de alte persoane chiar dacă vi se pare că nu au dreptate?
11. Considerați dificil să începeți un proiect nou sau să faceți ceva de unul singur?

12. Este atât de important să vă aflați sub ocrotirea cuiva încât sunteți capabil să faceți lucruri neplăcute sau excesive pentru acea persoană?
13. De cele mai multe ori vă simțiți stingherit atunci când trebuie să vă descurcați singur?
14. Atunci când încetează o relație apropiată simțiți nevoia de a găsi imediat pe altcineva care să se ocupe de dvs?
15. Vă faceți o mulțime de griji dacă sunteți lăsat să aveți singur grijă de dvs?
16. Sunteți genul de persoană care petrece mult timp concentrându-se asupra detaliilor, ordinii sau organizării activității sau cu realizarea listelor și programelor?
17. Aveți în general dificultăți în finalizarea unor proiecte deoarece petreceți mult timp pentru a le face exact așa cum trebuie?
18. Sunteți foarte conștiincios la serviciu sau faceți eforturi deosebite pentru a fi extrem de eficient?
19. Standardele dvs cu privire la ceea ce este corect sau nu sunt foarte ridicate?
20. Vă este greu să vă dispensați de lucruri deoarece vă gândiți că v-ar putea fi utile la un moment dat?
21. Vă este dificil să lucrați cu persoane sau să le cereți să facă ceva dacă nu sunt întru totul de acord să le realizeze exact așa cum doriți?
22. Vă este greu să cheltuiți banii pentru plăceri personale sau pentru alții?
23. Odată ce v-ați făcut anumite planuri, vă vine greu să le schimbați, chiar și parțial?
24. Se spune despre dvs că sunteți încăpățânat?
25. Aveți deseori sentimentul că ceilalți se folosesc de dvs, vor să vă rănească sau să vă mintă?
26. Sunteți o persoană foarte retrasă care are rareori încredere să se confeseze?
27. Credeți că este preferabil ca ceilalți să nu știe prea multe lucruri despre dvs deoarece le-ar putea folosi împotriva dvs?
28. Deseori vi se pare că ceilalți vă amenință sau vă jignesc prin ceea ce spun sau fac?
29. Sunteți genul de persoană care poartă pică sau care iartă foarte greu pe cineva care l-a jignit sau desconsiderat?
30. Sunt multe persoane pe care nu le puteți ierta pentru că în urmă cu mult timp v-au făcut sau spus ceva nepotrivit?
31. Deveniți frecvent furios sau gata de bătaie dacă vă critică sau jignește cineva?
32. V-ați suspectat vreodată soțul/soția sau partenerul/partenera de infidelitate?
33. Atunci când vă aflați într-un loc public și vedeți persoane conversând vi se pare de cele mai multe ori că vorbesc despre dvs?
34. Când sunteți în preajma altor persoane aveți deseori senzația că sunteți privit sau urmărit?
35. Aveți frecvent sentimentul că textul unui cântec sau anumite scene dintr-un film sau de la televizor au o semnificație specială pentru dvs?
36. Sunteți o persoană superstițioasă?
37. Ați avut vreodată sentimentul că puteți face să se întâmple anumite lucruri doar punându-vă o dorință sau gândindu-vă la ele?
38. Ați avut experiențe supranaturale directe?

39. Aveți credința că dețineți "al șaselea simț" iar acest lucru vă permite să cunoașteți și să preziceți anumite evenimente?
40. Aveți deseori senzația că tot ceea ce vă înconjoară este ireal, că sunteți detașat de propriul corp și de propria minte sau că sunteți un observator exterior al propriilor gânduri sau mișcări?
41. Vedeți deseori lucruri pe care alții nu le văd?
42. Auziți deseori o voce care vă șoptește numele?
43. Ați avut vreodată sentimentul că o persoană sau forță se află în apropiere chiar dacă nu o puteți vedea?
44. Sunt foarte puține persoane de care vă simțiți apropiat cu excepția familiei?
45. Vă simțiți de obicei neliniștit când sunteți în preajma unor persoane pe care nu le cunoașteți foarte bine?
46. În general NU simțiți nevoia să aveți prieteni sau relații afective sau să participați cu familia la activități comune?
47. Aproape întotdeauna vă place să faceți lucrurile mai curând de unul singur decât cu alte persoane?
48. Nu vă interesează deloc sau aproape deloc să aveți relații sexuale?
49. Sunt foarte puține lucrurile care vă fac cu adevărat plăcere?
50. Nu vă interesează ce cred ceilalți despre dvs?
51. Aveți rareori sentimente puternice, cum ar fi cel de furie sau de veselie?
52. Vă place să fiți în centrul atenției?
53. Aveți tendința să flirtați mai mult decât ar fi normal?
54. Se întâmplă deseori să „dați peste” alte persoane fără a fi invitat?
55. Vă place să atrageți atenția prin îmbrăcăminte sau prin felul în care arătați?
56. Aveți tendința de a fi foarte teatral în discurs și modul de a acționa?
57. Sunteți o persoană foarte emotivă comparativ cu alții, iar atunci când auziți o întâmplare tristă plângeți în hohote?
58. Vă răzgândiți deseori în funcție de persoanele cu care sunteți sau de ceea ce ați citit sau văzut recent la televizor?
59. Considerați că sunteți bun prieten cu persoanele care vă fac unele servicii cum ar fi instalatorul, mecanicul auto sau medicul?
60. Vă considerați mai important, talentat sau că aveți mai mult succes decât majoritatea persoanelor?
61. Au existat unele persoane care v-au spus că aveți o părere prea bună despre dvs?
62. Vă petreceți mult timp gândindu-vă la faptul că la un moment dat veți avea putere, succes sau recunoaștere din partea celorlalți?
63. Vă gândiți deseori că veți trăi povestea de dragoste ideală?
64. Atunci când aveți o problemă, faceți de regulă tot posibilul să vorbiți cu persoana cea mai influentă?
65. Încercați să vă petreceți timpul doar cu persoane importante sau influente?

66. Este important pentru dvs ca ceilalți să vă acorde atenție sau să vă admire?
67. Aveți credința că sunteți genul de persoană care merită să fie tratată special sau că ceilalți trebuie să i se supună de la sine?
68. Considerați de cele mai multe ori că nevoile dvs sunt mai importante decât cele ale altor persoane?
69. Ceilalți s-au plâns că profitați de ei?
70. În general considerați că problemele și sentimentele altor persoane nu vă privesc?
71. Considerați că problemele celorlalți sunt plictisitoare?
72. Ceilalți v-au atenționat că nu-i ascultați și nu vă pasă de sentimentele lor?
73. Atunci când cineva are o reușită considerați că o meritați mai mult decât acea persoană?
74. Vi se pare că celelalte persoane sunt frecvent invidioase pe dvs?
75. Credeți că sunt foarte puține persoane care merită cu adevărat să le dedicați timpul și atenția dvs?
76. Cei din jurul dvs vă acuză că vă purtați "de sus și încrezut" sau arogant cu restul persoanelor?
77. V-ați pierdut cumpătul la gândul că cineva apropiat v-ar putea părăsi?
78. Relațiile dvs cu persoanele de care vă pasă cu adevărat trec frecvent prin extreme pozitive și negative?
79. Sentimentul dvs de sine se modifică dramatic de foarte multe ori?
80. Vă comportați diferit cu persoane și în situații diferite astfel încât de multe ori nici nu mai știți cine sunteți cu adevărat?
81. Au existat în timp o mulțime de schimbări imediate în obiectivele, planurile de carieră, credințele dvs religioase precum și în alte domenii?
82. Au existat în timp o mulțime de schimbări imediate ale tipului de prieteni pe care îi preferați sau ale identității dvs sexuale?
83. Deseori vă manifestați impulsiv?
84. Ați încercat vreodată să vă faceți rău sau să vă sinucideți ori ați amenințat că o veți face?
85. Vi s-a întâmplat să vă tăiați, să vă ardeți sau să vă zgâriați intenționat?
86. Deseori dispoziția dvs s-a schimbat în decursul aceleiași zile în funcție de evenimentele din viața dvs?
87. Aveți frecvent sentimentul de vid interior?
88. Aveți deseori crize de furie sau deveniți atât de nervos încât vă pierdeți controlul?
89. Atunci când sunteți nervos se întâmplă să loviți persoane sau să aruncați cu obiecte?
90. Vă enervați foarte tare din nimic?
91. Când sunteți foarte supărat deveniți suspicios față de alte persoane sau vă simțiți detașat de propriul corp ori vi se pare că lucrurile din jur nu sunt reale?
92. Înaintea vârstei de 15 ani ați intimidat, amenințat sau speriat alți copii?
93. Înaintea vârstei de 15 ani ați provocat la bătaie?
94. Înaintea vârstei de 15 ani ați rănit sau amenințat pe cineva cu o armă cum ar fi un baston, piatră, sticlă spartă, cuțit sau armă de foc?

95. Înaintea vârstei de 15 ani v-ați comportat cu cruzime față de cineva, iar acest lucru i-a provocat durere fizică ori suferință psihică?
96. Înaintea vârstei de 15 ani ați rănit animale în mod voit?
97. Înaintea vârstei de 15 ani ați atacat, jefuit sau ați luat ceva cu forța de la cineva amenințându-l?
98. Înaintea vârstei de 15 ani ați obligat pe cineva la orice formă de activitate sexuală?
99. Înaintea vârstei de 15 ani ați incendiat ceva?
100. Înaintea vârstei de 15 ani ați distrus deliberat obiecte care nu vă aparțineau?
101. Înaintea vârstei de 15 ani ați spart locuințe, alte clădiri sau mașini?
102. Înaintea vârstei de 15 ani ați mințit sau ați înșelat mai multe persoane pentru a obține ceea ce vă doreați sau pentru a-i determina să facă un anumit lucru?
103. Înaintea vârstei de 15 ani ați furat vreodată din magazin sau de la cineva ori ați falsificat o semnătură pentru a obține bani?
104. Înaintea vârstei de 15 ani ați fugit de acasă și ați rămas afară peste noapte?

Următoarele două întrebări se aplică lucrurilor pe care le-ați făcut înaintea vârstei de 13 ani.

105. Înaintea vârstei de 13 ani stăteați afară până foarte târziu, mult după ora la care ar fi trebuit să fiți în casă?
106. Înaintea vârstei de 13 ani ați chiulit frecvent de la școală?

Anexa 4 - Interviu de diagnostic pentru Borderline - DIB-R

Interviul.

Înainte de a începe, vreau să subliniez că cea mai mare parte a întrebărilor din acest interviu fac referire la ultimii doi ani din viața dvs sau, în alte cuvinte, la perioada care a urmat... (luni, zile, ani). Vreau să precizez că mă interesează mai ales sentimentele, gândurile și comportamentele care vi se par că v-au caracterizat în această perioadă de doi ani.

Totuși, vreau să vă pun câteva întrebări care se referă la unele comportamente specifice, pe care s-ar putea să nu le fi avut decât în perioade de criză, sau în special când v-ați simțit rău.

Secțiune pentru evaluarea afectelor:

În ultimii doi ani

Da+/-Nu

• Depresie

V-ați simțit descurajat sau deprimat de mai multe ori? (2. 1. 0.)

Ați traversat perioade în care v-ați simțit foarte deprimat toate zilele timp de două săptămâni sau mai mult? (2. 1. 0.)

S1 Pacientul a trăit o depresie de o intensitate scăzută sau unul sau mai multe episoade de depresie majoră. (2. 1. 0.)

Ați avut deja sentimente de neputință timp de câteva zile sau sentimente? (2. 1. 0.)

V-ați simțit deja disperat, fără speranță, timp de câteva zile sau săptămâni? (2. 1. 0.)

Ați avut deja sentimentul de a fi extrem de vinovat timp de câteva zile sau săptămâni? (2. 1. 0.)

Ați avut deja sentimentul de a fi extrem de vinovat timp de câteva zile sau săptămâni? (2. 1. 0.)
S2 Pacientul a avut sentimente prelungite de neputință, de lipsă de speranță, de auto devalorizare, de culpabilitate. (2. 1. 0.)

• Mânie

V-ați simțit foarte furios de mai multe ori? (2. 1. 0.)

V-ați simțit/arătat adesea furios sau pe cale să urlați de mai multe ori? (2. 1. 0.)

V-ați arătat adesea sarcastic (ironic)? (2. 1. 0.)

Ați căutat să aveți întotdeauna ultimul cuvânt? (2. 1. 0.)

Ați fost irascibil? (2. 1. 0.)

S3 Pacientul s-a simțit, în mod cronic, foarte furios sau a acționat adesea la mânie? (2. 1. 0.)

(sau s-a arătat sarcastic, irascibil, pus pe harță)

• Anxietate

Ați fost foarte des anxios? (2. 1. 0.)

Ați suferit adesea de simptome somatice de tensiune, cum ar fi: dureri de cap, palpitații, transpirații?
(2. 1. 0.)

Ați fost adesea perturbat de temeri iraționale (fără motiv aparent) sau de fobii? (2. 1. 0.)

Ați avut atacuri de panică (sau de anxietate masivă, paralizante)? (2. 1. 0.)

S4 Pacientul s-a simțit foarte anxios în mod cronic sau a suferit de simptome somatice de anxietate.
(2. 1. 0.)

• Alte aspecte disforice

V-ați simțit foarte adesea foarte singur? (2. 1. 0.)

V-a venit/vi s-a întâmplat să vă enervați? (2. 1. 0.)

Ați simțit adesea o senzație de vid interior? (2. 1. 0.)

S5 Pacientul a resimțit în mod cronic sentimente de singurătate, de enervare sau de vid.(2. 1. 0.)

• Altele

Ați avut adesea perioade (zile, săptămâni) în timpul cărora v-ați simțit exaltat, în plină formă fără un motiv aparent?

Ați fost atunci foarte iritabil dacă cineva v-a contrariat?

În timpul acestor perioade, ați crezut că sunteți o persoană importantă, sau că aveți puteri sau capacități particulare?

Dormeați atunci mai puțin fără să vă simțiți obosiți?

Vorbeați mai mult decât de obicei?

Simțeați că gândurile dvs s-ar accelera?

Vă era mai dificil să vă concentrați decât de obicei?

Erați atunci implicat în unele proiecte extraordinare și vă simțeați mai agitat fizic?

Ați avut ieșiri impulsive pe care nu le aveți de obicei (cumpărături, legături, afaceri iraționale)?

Alte persoane v-au remarcat aceste episoade? Ce au spus?

Apreciați dacă pacientul are o tulburare de afect – mai mult de 3 din cele 7 criterii (episoade hipomaniacale)? (2. 1. 0.)

Stabilirea scorului pentru secțiunea afectelor – scor graduat:

- 2 dacă scorul secțiunii este superior sau egal lui 5 (și dacă cotarea este 2 atât pentru S3, cât și pentru S5)
- 1 dacă scorul secțiunii este 3 sau 4, sau o altă combinație de 5 sau mai mult (S3 sau S5 < 2);
- 0 dacă scorul la secțiune este 2 sau mai puțin, sau dacă subiectul a trăit accese hipomaniacale caracteristice care au fost remarcate de anturaj;
- scor graduat al secțiunii de afecte.

Secțiune cogniție.

Această secțiune evaluează perturbările cursului gândirii (gânduri bizare, experiențe perceptive neobișnuite, moduri de gândire persecutorii nondeviante, gânduri xxx – psihotice adevărate). Experiențele „quasi-psihotice” sunt definite ca idei delirante și halucinații care sunt tranzitorii, limitate și atipice, în timp ce adevăratele experiențe psihotice sunt idei delirante și halucinații care durează, sunt tipice dezordinilor psihotice. Mai mult, toate afirmațiile recapitulative și toți itemii, mai puțin unul (57) fac apel la experiențe independente de orice priză de toxine. Este foarte important de altfel să se facă precizarea dacă experiențele descrise de către pacient au apărut sub influența drogurilor sau alcoolului sau nu.

În ultimii doi ani

- Gânduri bizare, experiențe perceptiv neobișnuite.

Sunteți o persoană foarte superstițioasă (de ex: bateți în lemn frecvent, evitați să mergeți pe scări, aruncați cu sare peste umăr) (superstiție marcată) (2. 1. 0.)

28. Ați crezut adesea că ceea ce gândiți, cuvintele sau acțiunile Dvs ar putea provoca sau împiedica unele evenimente în mod magic sau special (gândire magică)? (2. 1. 0.)

29. Ați avut un alt șaselea simț care este altceva decât simplul fapt de a fi receptiv sau sensibil la alte persoane și la sentimentele lor? (2. 1. 0.)

30. V-ați simțit adesea capabil de a zice ceea ce alții gândeau sau resimțeau grație unei puteri magice, cum ar fi pe cale telepatică? V-ați gândit adesea că alții v-ar putea ghici gândurile sau sentimentele telepatic? (2.1.0.)

31. Ați avut adesea experiențe că, aveți capacitatea să vedeți ceva ce se întâmplă într-un alt loc, să preziceți viitorul (viziuni)? (2. 1. 0.)

32. Ați avut convingeri că nu puteți renunța la unele convingeri chiar dacă anturajul vă repetă că sunt false (de ex: vi se pare că sunteți gras în timp ce aveți o greutate mică) (idei suprainvestite)? (2. 1. 0.)

33. Ați simțit adesea prezența unei ființe sau a unei persoane care nu există cu adevărat, să fi interpretat greșit lucrurile pe care le-ați auzit sau văzut (de ex: să fi crezut că cineva v-a strigat când de fapt era un alt zgomot) (iluzii recurente)? (2. 1. 0.)

34. Ați avut adesea sentimente de irealitate? Cum ați simțit că întregul corp sau o parte ar fi străin, sau schimbări de talie, de formă? Ca și cum ați fi fizic separați de sentimentele voastre? Ca și cum v-ați privi din afară (depersonalizare)? (2. 1. 0.)

35. Ați simțit adesea că lucrurile din jur ar fi ireale? Ca și cum și-ar schimba dimensiunile? Ca și cum ați fi într-un vis? Ca și cum o fereastră s-ar găsi între dvs și lume (de realizare)? (2. 1. 0.)
- S6 Pacientul a fost obiectul unor gânduri bizare sau experiențe perceptiv neobișnuite (de ex: gândire magică, iluzii recurente, depersonalizare). (2. 1. 0.)

• Moduri de gândire persecutorii nondelirante

36. V-ați simțit adesea foarte neîncrezător sau suspicios față de un altul (suspiciune nejustificată)? (2. 1. 0.)
37. V-ați gândit adesea că alții vă privesc, vă vorbesc pe la spate, râd de voi (idei de referință)? (2. 1. 0.)
38. V-ați gândit adesea că oamenii vor să vă atace? Ați crezut adesea că v-ar exploata sau ar arunca asupra dvs greșelile pe care nu le-ați comis (alte moduri de gândire persecutorii)? (2. 1. 0.)
- S7 Pacientul a avut adesea moduri de gândire persecutorii tranzitorii nondelirante (suspiciune nejustificată, idei de referință, alte moduri de gândire persecutorii). (2. 1. 0.)

• Experiențe psihotice

Cotați fiecare experiență:

- 2: veritabile idei delirante și halucinații;
- 1: idei „quasi” delirante și „quasi” halucinație;
- 0: fără idei delirante sau halucinații.

39. V-ați gândit că v-au fost induse gânduri de o forță exterioară. (2. 1. 0.)
40. V-au fost furate gândurile? (2.1.0.)
41. Gândurile dvs au fost difuzate prin media astfel încât alții pot auzi ceea ce dvs gândiți?(2. 1. 0.)
42. Sentimentele dvs, gândurile și faptele v-au fost controlate de o altă persoană sau de o mașină?(2. 1. 0.)
43. Ați putut deja auzi gândurile altora? Aceștia au putut citi gândurile dvs ca într-o carte deschisă? (2. 1. 0.)
44. Alții au complotat împotriva dvs în mod organizat? Au vrut ei, deliberat, să vă facă rău sau să vă pedepsească? (2. 1. 0.)
45. Ați fost deja spionat sau urmărit? Lucrurile au fost special organizate, cu intenție? Ați trimis mesaje prin radio sau televiziune? (2. 1. 0.)
46. Meritați să fiți pedepsiți pentru ceva grav ce ați făcut? (2. 1. 0.)
47. V-ați simțit deja o persoană foarte importantă? Ați simțit deja că aveți capacități foarte speciale sau puteri excepționale? (2. 1. 0.)
48. Ați avut deja senzația că ceva teribil s-a petrecut sau este iminent (de ex: sfârșitul lumii, corpul dvs se dizolvă)? (2. 1. 0.)
49. Ați avut deja sentimentul că ceva nu merge în corpul dvs sau că aveți o boală gravă?(2. 1. 0.)
50. Ați avut alte credințe cum ar fi cele că gândurile altora ar fi false, stranii, bizare? (2. 1. 0.)
51. Ați auzit deja voci sau zgomote pe care nimeni altcineva nu le auzea? (2. 1. 0.)
52. Ați avut viziuni sau ați văzut alte lucruri pe care nimeni nu le vedea? (2. 1. 0.)
53. Ați avut experiențe perceptiv care nu erau împărtășite de nimeni altcineva (de ex: să simțiți în mod repetat că ceva mișcă în corpul dvs, care nu corespunde realității)? (2. 1. 0.)
- S8 Pacientul a avut, în mod repetat, idei «quasi» delirante sau «quasi» halucinații. (2. 1. 0.)
54. Ați trăit unele dintre aceste experiențe sub influența alcoolului sau unui drog?
- 2: experiență adevărată;

- 1: quasi experiență;
- 0: nicio astfel de experiență.

55. Ați cunoscut perioade de o săptămână sau mai mult, în timpul cărora v-ați simțit exaltat, în plină formă fără un motiv aparent? (2. 1. 0.)

Erați atunci foarte iritabil dacă cineva vă dojenea (muștra)?

În timpul acestor perioade, ați crezut că erați o persoană importantă, că aveți puteri sau capacități speciale?

Dormeați atunci mai puțin fără a vă simți obosit?

Vorbeați mai mult?

Simțeați gândurile accelerate?

Vă era mai greu să vă concentrați decât de obicei?

V-ați implicat atunci în proiecte extraordinare și v-ați simțit mai agitat fizic?

Ați acționat impulsiv, diferit față de cum sunteți de obicei? (cumpărături considerabile, afaceri iraționale).

Aceasta a interferat serios cu munca dvs? Și cu viața dvs familială sau socială? A trebuit să fiți spitalizat (episod maniacal) (analizați dacă pacientul a avut o tulburare prelungită, a fost serios afectat pe plan socio-profesional).

- Scorul secțiunii cogniție
scor gradient:

- 2: dacă scorul secțiunii este superior sau egal lui 4;

- 1: dacă scorul este 2 sau 3;

- 0: dacă scorul secțiunii este inferior sau egal lui 1

sau dacă pacientul a avut deja un episod psihotic prelungit, sau un episod maniacal caracteristic.

- Scorul graduat al secțiunii cogniție

Secțiunea actelor impulsive.

Dacă răspunsul la una din întrebările următoare este da, determinați de câte ori acest comportament s-a repetat.

Numai când este precizat (toxicomanie, automutilări și tentative de suicid), cotați fiecare tip de impulsivitate:

- 2: de 5 ori sau mai mult;

- 1: de 3 sau 4 ori;

- 0: de 2 ori sau mai mult.

În ultimii 2 ani.....

- Abuz de substanțe toxice

56. Ați băut prea mult sau ați fost într-adevăr băuți?

2: cronic; 1: episodic; 0: nu

57. Vi s-a întâmplat să „planați” cu unele medicamente date sub prescripție medicală sau droguri vândute prin/în stradă?

2: cronic; 1: episodic; 0: nu

S9 Pacientul a cunoscut experiențe grave de abuz de substanțe.

(2. 1. 0.)

- Devianță sexuală

58. Ați avut relații homosexuale? (2. 1. 0.)
 59. Ați avut relații sexuale întâmplătoare sau ați cunoscut relații scurte? (2. 1. 0.)
 60. Ați avut deja practici sexuale neobișnuite (de ex: să vă placă să fiți umilit sau lovit, să preferați să-i priviți pe alții care au relații sexuale) (parafilii)? (2. 1. 0.)
 61. Ați avut relații incestuoase?
 S10 Pacientul a trăit experiențe sexuale deviante (ca incest, homosexualitate, promiscuitate)(2. 1. 0.)

• Automutilări

62. V-ați făcut rău intenționat fără să fi vrut să vă luați viața (de ex: să vă tăiați, să vă ardeți, să vă dați cu pumnii în burtă)?
 - 2: de 2 ori sau mai mult;
 - 1: o dată;
 - 0: nu.
 S11 Pacientul s-a automutilat. (2. 1. 0.)

• Tentative suicidare

63. Ați amenințat deja că vă sinucideți?
 - 2: de 2 ori sau mai mult;
 - 1: o dată;
 - 0: nu.
 64. Ați avut deja tentative de sinucidere, chiar minime?
 - 2: de 2 ori sau mai mult;
 - 1: o dată;
 - 0: nu.

S12 Pacientul a avut ideea de suicidară, tentative suicidare manipulatorii (eforturile de suicidare fiind făcute în principal în scopul de a fi salvat)? (2. 1. 0.)

• Alte acte impulsive.

65. Ați avut perioade în timpul cărora ați detestat într-atât mâncarea încât ați suferit mult sau v-ați provocat vomă? (2. 1. 0.)
 66. Ați făcut deja cheltuieli considerabile pentru a cumpăra lucruri de care nu aveți nevoie? (2. 1. 0.)
 67. Ați avut perioade în timpul cărora ați jucat jocuri de noroc și să continuați să pariați chiar dacă pierdeți? (2. 1. 0.)
 68. V-ați pierdut deja calmul, fiind pe punctul de a țipa, urla la cineva? (2. 1. 0.)
 69. Sau pe punctul de „a pocni” pe cineva? (2. 1. 0.)
 70. Ați amenințat deja pe cineva (de exemplu: Să-i spuneți că vă vine să-i dați un pumn, să-l palmuiți, să-l împușcați)? (2. 1. 0.)
 71. Ați agresat deja sau maltratat pe cineva (de exemplu: să-i dați o palmă, un pumn, un picior cuiva)? (2. 1. 0.)
 72. Ați distrus deja, intenționat, bunurile cuiva (de ex: să-i spargeți farfuri, să spargeți mobila,

- mașina cuiva)? (2. 1. 0.)
73. Ați condus deja prea repede? Sau ați condus sub influența drogului sau alcoolului?(2. 1. 0.)
74. Ați făcut deja ceva ilegal (de ex: să furați din magazine, să vindeți droguri, ați păstrat lucruri furate)? (2. 1. 0.)

S13 Pacientul a avut comportamente impulsive. (2. 1. 0.)

Scorul secțiunii impulsivitate.

Scor graduat:

- 3 dacă scorul secțiunii este superior sau egal cu 6 (și scorul 2 pentru S11 și S12);
- 2 dacă scorul secțiunii este egal cu 4 sau 5 sau o altă combinație de 6 sau mai mult (cu S11 sau S12 < 2).
- 0 dacă scorul secțiunii este inferior sau egal lui 3.

Scorul gradual al secțiunii impulsivitate.

Secțiunea relațiilor interpersonale.

În timpul ultimilor 2 ani...

• Intoleranță la singurătate

75. Ați detestat, în cea mai mare parte a timpului să petreceți timpul în singurătate?(2. 1. 0.)
76. Ați făcut frecvent eforturi disperate pentru a evita să vă simțiți singur (de ex: să stați la telefon cu orele, să ieșiți din casă ca să căutați pe cineva cu care să vorbiți)? (2. 1. 0.)
77. Vă simțiți foarte deprimat când sunteți singur? (2. 1. 0.)
78. ... sau foarte anxios, mânios, gol, rău? (2. 1. 0.)
- S14 Pacientul încearcă în general să evite să rămână singur sau să se simtă foarte disforic când i se întâmplă? (2. 1. 0.)

79. V-ați temut, de mai multe ori, să nu fiți abandonat de apropiați (teamă de a fi abandonat)? (2. 1. 0.)

80. V-ați temut, de mai multe ori, să nu vă simțiți sufocat sau să vă pierdeți identitatea dacă sunteți prea apropiat de alte persoane (frica de a nu fi înghițit/acaparat)?(2. 1. 0.)

81. V-ați temut de mai multe ori, să nu vă dezagregați sau că încetați să existați dacă veți fi abandonat de cineva important pentru dvs (teamă de anihilare)? (2. 1. 0.)

S15 Pacientul a cunoscut, în mai multe reprize, teama de a fi abandonat, acaparat, anihilat). (2. 1. 0.)

• „Contra dependența”

82. V-ați exersat o activitate profesională în care una din principalele atribuții era să vă ocupați de alți oameni sau de animale? (2. 1. 0.)

83. V-ați găsit, de multe ori, în situația de a oferi prietenilor, colegilor de muncă sau relațiilor, ajutorul? (2. 1. 0.)

84. V-ați simțit în mod special contrariat dacă alte persoane încearcă să vă ajute sau să se ocupe de dvs? (2. 1. 0.)
85. Ați refuzat să cereți un ajutor sau susținerea cuiva atunci când ați avut cu adevărat nevoie? (2. 1. 0.)
86. Ați avut pe cineva în viața dvs de care să aveți în mod real nevoie? Aptitudinea/capacitatea dvs de a funcționa depindea de această persoană? Era la fel pentru supraviețuirea dvs? (2. 1. 0.)
- S16 Pacientul a fost serios contra-dependent sau a cunoscut conflicte/dificultăți în a da sau primi ajutor. (2. 1. 0.)

• Relații apropiate instabile

87. Ați avut relații apropiate? Câte? Îi vedeți des? Care/cine este cel mai important în viziunea dvs?
- 2: 4 sau mai mulți;
- 1: 2 sau 3;
- 0: 1 sau mai puțini.
88. Unele dintre aceste relații au fost tulburate de dispute numeroase și serioase? (2. 1. 0.)
89. Unele dintre aceste relații au fost afectate de rupturi repetate? (2. 1. 0.)
- S17 Pacientul a avut tendința să stabilească relații apropiate instabile. (2. 1. 0.)

• Probleme recurente în raporturile apropiate

90. Ați avut tendința să vă simțiți foarte dependent de cineva? (2. 1. 0.)
- Ați avut nevoie de a fi susținut mult și ajutat pentru a funcționa normal? Vi s-a spus deja că sunteți prea dependent? (2. 1. 0.)
91. Le-ați permis, în mod regulat, celorlalți, să vă forțeze să faceți lucruri pe care nu doriți să le faceți sau să vă trateze dur? V-ați spus deja că sunteți victimele altora sau exploatați de ei (masochism: pacientul a permis regulat altora să-l contrazică sau să-i facă rău)? (2. 1. 0.)
- S18 Pacientul a avut probleme recurente de dependență sau de masochism în aceste relații apropiate. (2. 1. 0.)

92. Ați ignorat adesea părțile bune ale oamenilor pentru a nu le reține decât erorile? V-ați gândit adesea că sunt nesimțiți, incompetenți, răi? Că nu valorează nimic? Vi s-a spus deja că sunteți o persoană foarte critică, foarte devalorizatoare (devalorizare: pacientul a exagerat deja slăbiciunile și a minimalizat punctele forte ale altcuiva)? (2. 1. 0.)

93. Ați încercat adesea să-i faceți pe alții să facă ceea ce vreți dvs, fără să le cereți, nici să le explicați ce doriți? Vi s-a spus deja că sunteți o persoană foarte manipuloare (manipulare: pacientul a încercat în mod regulat, să utilizeze modalități indirecte pentru a obține ceea ce vroia)? (2. 1. 0.)

94. Ați încercat, în mod regulat, să constrângeți pe cineva să facă lucrurile pe care nu dorea să le facă? I-ați tratat atunci cu duritate? Vi s-a zis deja că sunteți autoritar/ă (Sadism: pacientul a încercat regulat să-i constrângă pe alții sau să le facă rău)? (2. 1. 0.)

S19 Pacientul a avut probleme frecvente cu tendința sa în a-i devaloriza, manipula pe alții ca și pentru sadismul său în raporturile cu apropiații. (2. 1. 0.)

95. Ați cerut, în mod regulat, oamenilor din jurul dvs lucruri pe care nu puteau sau nu trebuiau să vi le dea?

Ați cerut mult din timpul și din disponibilitatea lor? Vi s-a spus deja că sunteți o persoană care așteaptă mult de la alții (a fi o persoană care cere: pacientul face regulat cereri inadecvate)? (2. 1. 0.)

96. V-ați comportat adesea ca și cum ați avea dreptul la un tratament preferențial? Ca și cum oamenii v-ar fi datori cu ceva din cauza dificultăților pe care le traversați? Vi s-a spus deja că vă comportați ca și cum vi se datorează/vă trebuie îngrijiri speciale sau respect (credeți că vi se datorează totul)? (2. 1. 0.)

S20 Pacientul este adesea în cerere permanentă, sau crede că totul i se datorează în relațiile cu apropiații. (2. 1. 0.)

• Dificultăți de îngrijire psihiatrică

97. Ați făcut mai multe terapii individuale? Câte?

- 2: superior sau egal lui 2;
- 1: 1;
- 0: 0.

98. Câte luni din ultimii doi ani ați fost în terapie individuală?

- 2: mai mult de 12;
- 1: între 1 și 11;
- 0: 0.

99. V-ați simțit mai rău în timpul acestor terapii? În ce mod? (2. 1. 0.)

100. Ați fost internat într-un serviciu de psihiatrie? De câte ori?

- 2: de mai mult de 2;
- 1: 1;
- 0: 0.

101. Câte luni din ultimele 24 ați fost spitalizat?

- 2: mai mult de 12;
- 1: de la 1 la 11;
- 0: niciuna.

102. V-ați simțit mult mai rău după aceste spitalizări? În ce mod? (2. 1. 0.)

S21 Pacientul a prezentat o regresie netă în timpul unei internări psihiatrice sau tratament psihologic. (2. 1. 0.)

103. Ați fost subiectul conflictelor în cadrul echipei în care ați fost îngrijit (sau spitalizat) (analizați dacă pacientul a fost obiectul unui contra-transfer masiv din partea echipei de îngrijire)? (2. 1. 0.)

104. Ați avut un terapeut care a fost foarte nervos pe dvs? Care să vă fi cerut să încheiați? Care s-a simțit mai implicat în tratamentul dvs decât alți terapeuți (analizați dacă pacientul a fost obiectul unui contra-transfer masiv din partea unui terapeut)? (2. 1. 0.)

105. Ați dezvoltat o prietenie apropiată sau o parte de dragoste cu un membru al echipei de îngrijire? (2. 1. 0.)

106. Aceeași întrebare cu un terapeut. (2. 1. 0.)

S22 Pacientul a fost în centrul unui contra-transfer important din partea unei echipe de îngrijire sau de psihoterapie, sau a creat o relație „specială” cu un profesionist în sănătate mintală. (2.1.0.)

Scorul Secțiunii Interpersonale.

Scor graduat: - 3, dacă scorul secțiunii este ≥ 9 ;

- 2, dacă scorul secțiunii este cuprins între 6 și 8;

- 0, dacă scorul secțiunii este ≤ 5 , sau dacă pacientul este o persoană solitară, bizară și izolată social.

Scorul graduat la secțiunii – Relații Interpersonale – Concluzie.

◆ Secțiune afecte

Depresie: S1, S2

Mânie: S3

Anxietate: S4

Alte afecțiuni disferice: S5

Altele: itemi 24

Scorul secțiunii afecte (0-10)

Scorul graduat al secțiunii afecte (0-2)

◆ Secțiune cogniții

- Gânduri bizare, experiențe perceptive neobișnuite: S6

- Moduri de gândire persecutorii nondelirante: S7

- Experiențe psihotice: S8 – itemi 58

- Scorul secțiunii cogniții (0-6)

- Scorul graduat al secțiunii cogniții (0-2)

◆ Secțiunea actelor impulsive.

- Abuz de substanțe toxice: S9

- Devianțe sexuale: S10

- Automutilări: S11

- Tentative suicidare: S12

- Alte acte impulsive: S13

- Scorul secțiunii impulsivitate (0-10)

- Scorul graduat la secțiunii impulsivitate (0-3)

◆ Secțiunea relațiilor interpersonale

- Intoleranță la singurătate: S14

- Temeri de abandon, de acaparare, de anihilare: S15

- Contradependența S16
- Relații apropiate instabile: S17
- Probleme xx în raporturile cu apropiații: S18, S19, S20
- Dificultăți în tratamentul psihiatric: S21, S22
- Scorul secțiunii relație interpersonală: (0-18)
- Scorul graduat al secțiunii relație interpersonală: (0-3)

Scor total DIB – R (0-10).

Anexa 5 - Scala de evaluare comprehensivă a psihopatologiei - CPRS -

PSIHOPATOLOGIA RAPORTATĂ DE SUBIECT

1. Tristețe

Reprezintă o dispoziție trăită subiectiv, indiferent dacă este reflectată obiectiv sau nu. Include dispoziția depresivă, indispoziție, descurajare și sentimentul de a fi fără ajutor sau speranță. Evaluați în funcție de intensitate, durată și măsura în care dispoziția este influențată de evenimente.

Dispoziția exaltată este evaluată 0 la acest item.

2 Tristețe ocazională ce poate apărea în diverse circumstanțe

4 Sentimente predominante de tristețe, dar apar și momente mai luminoase

6 Sentimente generale de tristețe sau mâhnire. Dispoziția este cu greu influențată de circumstanțele exterioare

Trăire continuă de suferință sau indispoziție extremă

2. Exaltare

Reprezintă o dispoziție trăită subiectiv, indiferent dacă este reflectată în comportament sau nu. Include relatări despre bunăstare, buna dispoziție sau exuberanța invariabilă. Evaluați în funcție de intensitate, durată și măsura în care dispoziția este influențată de circumstanțele exterioare.

Deosebiți-o de trăirile extatice (34).

Dispoziția depresivă este cotate cu 0.

0 Veselie ocazională care poate apărea în diferite circumstanțe

2 Sentimente predominante de bunăstare și bună dispoziție, dar pot apărea și proaste dispoziții

4 Sentimente generale de bunăstare și bună dispoziție. Dispoziția este cu greu influențată de circumstanțe. Lungi perioade de umor abundent.

6 Exuberanță invariabilă, bunăstare supremă, veselie intensă

3. Tensiune interioară

Reprezintă sentimente de disconfort maladiv, nervozitate, tensiune iritabilă, dezordine interioară, panică, teamă și chin.

Evaluați în funcție de intensitate, frecvență și durata perioadei de liniștire necesară.

Deosebiți-o de tristețe (1), îngrijorare (9) și tensiune musculară (25).

0 Placid. Numai tensiune interioară trecătoare

- 2 Sentimente ocazionale de nervozitate și disconfort definit
- 4 Sentimente continue de tensiune interioară sau panică intermitentă pe care pacientul le poate stăpâni numai cu oarecare dificultate
- 6 Spaimă nestăpânită sau chin. Panică copleșitoare.

4 Sentiment de ostilitate și manie

Reprezintă sentimente de manie, ostilitate și agresivitate indiferent dacă se regăsesc în comportament sau nu.

Evaluează în funcție de intensitate, frecvență și măsura în care provocarea este tolerată.

Incapacitatea de a se mânia este evaluată cu 0 la acest item.

- 0 Nu se supără ușor
- 2 Ușor de supărat. Raportează sentimente ostile care sunt ușor de risipit.
- 4 Reacționează la provocare cu mânie sau ostilitate excesivă.
- 6 Mânie persistentă, furie sau ură intensă care este dificil sau imposibil de controlat

5. Incapacitatea de a simți

Reprezintă experiența subiectivă a interesului redus față de ambianță sau activități care în mod normal furnizau plăcere. Capacitatea de a reacționa cu emoție adecvată la circumstanțe sau oameni este redusă.

Deosebiți-o de apatie (14)

- 0 Interes normal față de ambianță sau față de alți oameni.
- 2 Capacitatea redusă de a se bucura de interesele uzuale. Capacitatea redusă de a simți supărarea. Pierderea interesului pentru ambianță. Pierderea sentimentelor pentru prieteni și cunoștințe.

6 Sentimentul de a fi paralizat emoțional, inabilitatea de a simți supărarea sau suferința și o imposibilitate completă sau chiar dureroasă de a avea sentimente pentru rude apropiate sau prieteni.

6. Gânduri pesimiste

Reprezintă gânduri de vinovăție, inferioritate, autoreproș, păcătuire, remușcări și ruină.

- 0 Fără gânduri pesimiste
- 2 Idei fluctuante de insuficiență, autoreproș și autodeprecieri
- 4 Autoacuzări persistente sau idei definite dar încă raționale de vinovăție sau păcat. Pesimism crescut referitor la viitor
- 6 Deliruri de ruină, remușcări și păcat de nereparat. Autoacuzări absurde.

7. Gânduri suicidare

Reprezintă sentimentul că viața nu este demnă de a fi trăită, că o moarte naturală ar fi de dorit, gânduri și pregătiri de sinucidere.

Încercările de sinucidere nu trebuie prin ele însele să influențeze evaluarea.

- 0 Se bucură de viață și o ia ca atare
- 2 Plictisit de viață. Doar gânduri suicidare trecătoare
- 4 Mai bine moartea. Gândurile suicidare sunt comune și sinuciderea este considerată o soluție posibilă, dar fără planuri sau intenții concrete

6 Planuri explicite de sinucidere când se ivește vreo ocazie. Pregătiri active de sinucidere.

8. Hipocondrie

Reprezintă preocupări exagerate sau îngrijorare nerealistă referitoare la sănătate sau boală. Deosebiți-o de îngrijorarea în legătură cu lucruri mici (9), durerea (24) și pierderea senzațiilor sau mișcării (26).

0 Nici o preocupare specială pentru sănătate

2 Reacționează la disfuncții corporale minore cu presimțiri rele. Frica exagerată față de boli

4 Convingerea că are o boală, poate fi liniștit doar pentru puțin timp

6 Convingeri hipocondriace absurde și incapacitante (organism descompus, intestine care nu au funcționat luni de zile, etc).

9. Îngrijorare pentru lucruri minore

Reprezintă grija și preocuparea excesivă în legătură cu lucruri minore care este dificil de oprit și disproporționată față de circumstanțe.

Deosebiți-o de tensiunea interioară (3), gânduri pesimiste (6), hipocondrie (8), gânduri compulsive (10), fobie (11) și indecizie (13).

0 Nu există îngrijorări deosebite

2 Preocupare excesivă, griji ce pot fi înlăturate.

4 Îngrijorat și agasat de fleacuri sau lucruri minore, de rutină.

6 Îngrijorare adesea dureroasă și neîmpăcată. Liniștirea nu este eficientă.

10. Gânduri compulsive

Reprezintă gânduri tulburătoare sau înfricoșătoare sau dubii care sunt trăite ca absurde sau iraționale, dar care se desfășoară împotriva voinței proprii.

Distingeți-o de hipocondrie (8), îngrijorare pentru lucruri mărunte (9) și perturbarea gândirii (30).

0 Nu există gânduri repetitive

2 Gânduri compulsive ocazionale care nu sunt deranjante

4 Gânduri compulsive frecvente care sunt deranjante

6 Obsesii incapacitante sau respingătoare ce ocupă întregul câmp al gândirii.

11. Fobii

Reprezintă sentimente de frică irațională în situații specifice (precum în autobuze, magazine, aglomerări, în spații închise, când este singur) care sunt evitate dacă este posibil.

0 Nici o fobie

2 Sentimente de disconfort vag în situații particulare care pot fi învinse fără ajutor sau prin luarea unor precauții simple precum evitarea orelor aglomerate, când este posibil

4 Anumite situații provoacă constant disconfort marcat și sunt evitate fără a deteriora performanța socială.

6 Fobie incapacitantă cu restrângerea severă a sferei activităților, de ex. neputința totală de a ieși din casă.

12 Ritualuri

Reprezintă o repetare compulsivă a unor acte speciale sau ritualuri care sunt considerate ca nefiind necesare sau absurde și rezistente dar care nu pot fi reprimite fără disconfort. Evaluarea

este bazată pe timpul petrecut cu aceste ritualuri și pe baza gradului de incapacitate socială.

- 0 Nici un comportament compulsiv
- 2 Verificare compulsivă ocazională sau ușoară
- 4 Ritualuri compulsive clare care nu interferează cu performanța socială
- 6 Ritualuri extinse sau obiceiuri de verificare care consumă timp și sunt incapacitante.

13. Indecizie

Reprezintă oscilația și dificultatea de alegere între alternative simple. Deosebiți-o de îngrijorarea pentru lucruri mici (9) și gândurile compulsive (10).

- 0 Nici un fel de indecizie
- 2 O oarecare oscilație, dar totuși poate lua o decizie când este necesar
- 4 Indecizie sau oscilație care restrânge sau împiedică acțiuni, care face dificil să se răspundă la întrebări simple sau să se facă alegeri simple
- 6 Indecizie extremă chiar în situațiile în care hotărârea conștientă nu este în mod normal cerută, precum dacă să stea sau să plece, să intre sau să rămână afară.

14. Apatie

Reprezintă o dificultate în a porni sau încetineala în a iniția și a face activități cotidiene. Deosebiți-o de indecizie (13) și fatigabilitate (15).

- 0 Vagă dificultate în a porni activitatea. Nu există apatie sau indolență
- 2 Dificultăți în demararea activităților
- 4 Dificultăți în demararea activităților simple, de rutină care sunt efectuate numai cu efort
- 6 Inerție completă. Incapacitate de a începe activitatea fără ajutor.

15. Fatigabilitate

Reprezintă starea de oboseală ce se instalează mai ușor decât de obicei. Când apatia (14) este extremă, acest item este dificil de evaluat. Dacă este imposibil, nu-l evaluați. Deosebiți-l de apatie (14).

- 0 Are puterea obișnuită. Nu obosește repede.
- 2 Obosește ușor dar nu trebuie să întrerupă activitățile mai des decât de obicei
- 4 Se epuizează ușor. Adesea este obligat să facă o pauză pentru a se odihni
- 6 Epuizarea întrerupe aproape toate activitățile sau le face imposibile.

16. Dificultate de concentrare

Reprezintă dificultatea de a-și aduna gândurile, culminând cu pierderea capacității de concentrare care incapacitează subiectul. Este evaluată în funcție de intensitate, frecvență și gradul de incapacitate produs. Deosebiți-o de scăderea memoriei (17) și perturbarea gândirii (30).

- 0 Nici o dificultate de concentrare
- 2 Dificultăți ocazionale de a-și aduna gândurile
- 4 Dificultăți de concentrare și în susținerea judecății ce interferează cu lectura și conversația
- 6 Lipsa de concentrare incapacitantă.

17. Scăderea memoriei

Reprezintă perturbări subiective ale memoriei comparativ cu capacitatea anterioară. Deosebiți-o de dificultățile de concentrare (16).

- 0 Memorie ca de obicei
- 2 Ocazional cresc lapsusurile de memorie
- 4 Relatări despre inconveniențele sociale sau alte tulburări cauzate de scăderea memoriei
- 6 Plângeri despre incapacitatea completă de rememorare.

18. Reducerea apetitului

Reprezintă sentimentul de pierdere a apetitului comparativ cu cel de când era bine.

- 0 Apetit normal.
- 2 Apetit ușor redus
- 4 Fără apetit. Mâncarea este lipsită de gust. Trebuie să se forțeze să mănânce
- 6 Trebuie să fie forțat ca să mănânce. Refuză mâncarea.

19. Reducerea somnului

Reprezintă experiența subiectivă de somn redus ca durată sau adâncime comparativ cu modelul normal, propriu subiectului când era bine.

- 0 Somn ca de obicei
- 2 Ușoară dificultate de a dormi sau somn ușor redus sau superficial
- 4 Somn redus sau întrerupt pentru cel puțin 2 ore
- 6 Mai puțin de 2 sau 3 ore de somn.

20. Creșterea somnului

Reprezintă o experiență subiectivă de creștere a duratei și profunzimii somnului comparativ cu modelul normal al subiectului când era bine.

- 0 Fără somn suplimentar
- 2 Doarme mai adânc sau mai mult ca de obicei
- 4 Mai multe ore de somn suplimentar
- 6 Petrece o mare parte a zilei dormind în ciuda somnului normal sau prelungit de noapte.

21. Reducerea interesului sexual

Reprezintă descrierea unui interes sexual redus sau a reducerii activității sexuale (aceasta trebuie judecată întotdeauna comparativ cu obiceiurile sexuale obișnuite când subiectul era bine). Impotența obișnuită sau frigiditatea trebuie ignorate când evaluăm interesul sexual. Interesul sexual crescut este cotate cu 0.

- 0 Nici o reducere a interesului sexual. Admite că interesul sexual este redus, dar activitatea nu este stânjenită.
- 4 Reducerea definită a interesului sexual. Activitățile sexuale obișnuite sunt reduse sau inexistente.
- 6 Indiferență sexuală completă.

22. Creșterea interesului sexual

Reprezintă descrierea unui interes sexual mai puternic decât în mod obișnuit care poate fi reflectat printr-o creștere a activităților sau fantasmelor sexuale (Aceasta trebuie întotdeauna să fie judecată după obișnuințele sexuale ale subiectului când era bine).

- 0 Nici o reducere a interesului sexual
- 2 Creșterea interesului sexual sau fantasmelor ce nu se reflectă în activitatea sexuală

- 4 Creșterea definită a interesului sau activităților sexuale sau fantasmelor sexuale deranjante
- 6 Total preocupat de fantasme sexuale. Creșterea foarte marcată a activităților sexuale.

23. Tulburări vegetative

Reprezintă descrierea de palpitații, dificultăți de respirație, amețeli, transpirații crescute, mâini și picioare reci, gură uscată, indigestii, diaree, micțiuni frecvente.

Deosebiți-le de tensiunea interioară (3), dureri (24) și pierderea senzațiilor și mișcării (26).

- 0 Nici un fel de perturbări vegetative
- 2 Simptome vegetative ocazionale care apar după stresuri emoționale
- 4 Perturbări frecvente sau intense vegetative care sunt trăite ca deranjante sau ca inconvenient social
- 6 Foarte frecvente tulburări vegetative care întrerup alte activități sau sunt incapacitante.

24. Dureri

Reprezintă relatări despre disconfortul corporal, dureri și suferințe.

Evaluati în funcție de intensitate, frecvență și durată și în funcție de cerințele necesare ameliorării. Să nu se ia în seamă opinia despre cauza organică.

Deosebiți-le de hipocondrie (8), tulburări vegetative (23) și tensiune musculară (25).

- 0 Dureri absente sau trecătoare
- 2 Dureri definite și suferințe ocazionale
- 4 Dureri și suferințe prelungite și supărătoare. Cereri de analgezice
- 6 Dureri severe sau invalidante.

25. Tensiune musculară

Reprezintă descrierea creșterii tensiunii în mușchi și o dificultate în relaxarea fizică. Deosebiți-le de dureri (24).

- 0 Nici o creștere a tensiunii musculare
- 2 Creștere ocazională a tensiunii musculare, mai evidentă în situații de solicitare
- 4 Dificultate considerabilă în găsirea unei poziții confortabile când stă jos sau culcat. Tensiune musculară deranjantă.
- 6 Tensiune musculară dureroasă. Complet incapabil de relaxare fizică.

26. Pierderea senzațiilor și mișcării

Reprezintă deteriorarea sau pierderea funcțiilor specifice motorii sau senzoriale. Neglijați orice fond organic.

Deosebiți-o de hipocondrie (8), tulburări vegetative (23) și dureri (24).

- 0 Nici o deteriorare a funcțiilor senzoriale sau motorii
- 2 Deteriorare ușoară și tranzitorie care nu tulbură activitățile uzuale
- 4 Deteriorare clară sau pierdere a unor funcții, dar efectuează activitățile zilnice fără nici un fel de ajutor
- 6 Pierdere senzorio-motorie persistentă și sever incapacitantă care necesită ajutor, cum ar fi orbirea, incapacitatea de a vorbi sau de a merge.

27. Derealizarea

Reprezintă o schimbare în calitatea percepției mediului, care poate părea artificial. Se

include la fel „deja-vu”, „deja-vu” și schimbarea intensității percepțiilor.

Deosebiți-o de depersonalizare (28).

- 0 Nici o schimbare în percepție
- 2 Episoade ocazionale de fenomene de deja-vu sau derealizare
- 4 Frecvente episoade de derealizare
- 6 Derealizare foarte frecventă și persistentă

28. Depersonalizare

Reprezintă o schimbare în propria cunoaștere combinată cu sentimente de ireal, schimbare corporală, detașare sau schimbare radicală a persoanei

Distingeți-o de incapacitatea de a simți (5), derealizare (27), sentimentul de a fi controlat (29).

- 0 Nici o experiență de schimbare
- 2 Sentimente vagi și ocazionale de schimbare a propriei persoane
- 4 Sentimente deranjante de schimbare a persoanei
- 6 Experiență continuă a schimbării radicale a propriei persoane

29. Sentimentul de a fi controlat

Reprezintă experiența influențării sau controlării din afară și experiența că sentimentele, impulsurile sau voința sunt impuse din afară.

Se notează tot aici experiența de a fi capabil de controla pe alții în același mod.

- 0 Influență obișnuită din partea forțelor sociale
- 2 Relatare vagă sau neconvingătoare că ar fi controlat, influențat nenatural din afară
- 4 Experiențe ocazionale dar clare de a fi controlat din afară, de ex. prin hipnoză
- 6 Experiențe continue că sentimentele sau impulsurile nu derivă din propria persoană, ci sunt introduse forțat, de exemplu prin intermediul radiațiilor.

30. Perturbarea gândirii

Reprezintă experiența unei opriri bruște a gândurilor (blocarea gândirii) sau gânduri care au fost inserate în cap (insertia gândirii) sau care au fost luate (furtul gândirii) sau ascultate sau difuzate. Deosebiți-o de gândurile compulsive (10) sau de dificultățile de concentrare (16).

- 0 Nu există întreruperi
- 2 Relatări vagi sau neconvingătoare de episoade de întrerupere a gândurilor
- 4 Gânduri blocate ocazional dar clar sau episoade ocazionale de gânduri inserate sau extrase.
Sentimentul că gândurile sunt citite
- 6 Întreruperea perturbantă sau dizabilitantă a gândurilor. Transmiterea gândurilor.

31. Idei de persecuție

Reprezintă suspiciunea, exagerarea conștiinței proprii, convingerea că se vorbește rău despre sine, că este urmărit sau persecutat cu intenții răutăcioase

- 0 Nici o suspiciune sau conștiință de sine nepotrivită
- 2 Vagi sentimente de a fi observat. Suspiciuni ocazionale de răutate
- 4 Sentimente generale că este discutat, amenințat sau persecutat
- 6 Convingerea nealterată că este victima unei persecuții sistematice. Interpretări delirante ale întâmplărilor obișnuite sau a „semnelor”. Convingerea că se referă la persoana sa dincolo de

domeniul verosimilului (de ex. la televiziune sau în ziare).

32. Idei de grandoare

Reprezintă opinia exagerată asupra propriei importanțe, asupra capacităților sau stării bune de sănătate. Deosebiți-le de exaltare (2) și trăiri extatice (34).

- 0 Nici o idee de grandoare
- 2 Încredere în sine cu o îngâmfare asupra propriei importanțe
- 4 Opinie clar exagerată asupra propriei importanțe și capacități. Planuri de viitor mărețe, facile, nerealiste
- 6 Idei de grandoare delirante, absurde.

33. Dispoziție delirantă

Reprezintă premoniții nerealiste, puternice, sentimente sau brusca convingere că evenimentele obișnuite sau lucruri obișnuite au o profundă și bizară semnificație.

Deosebiți-o de derealizare (27) și trăiri extatice (34).

- 0 Numai superstiții obișnuite. Fără dispoziție delirantă
- 2 Vagi presentimente că ceva personal și necunoscut trebuie să i se întâmple
- 4 Un puternic sentiment că evenimente în general obișnuite au o semnificație specială (dispoziție delirantă).
- 6 Convingerea bruscă și de nezdruncinat, ivită din senin, că o serie de evenimente au o profundă și adesea bizară semnificație (delire autohtone).

34. Trăiri extatice

Reprezintă experiența de natură mistică, bucurie sau fericire extatică ce poate implica o bruscă iluminare, percepere în probleme religioase sau uniune cu Dumnezeu.

Distingeți de exaltare (2) și idei de grandoare (32).

- 0 Nici un fel de experiență extatică
- 2 Ocazional sentimente inexplicabile de fericire cu tonalități metafizice
- 4 Frecvente experiențe de încântare extatică în legatură cu sentimente de bruscă pătrundere în probleme metafizice.
- 6 Sentimente marcate sau continue de încântare sau extaz metafizic, uniune mistică cu Dumnezeu.

35. Gelozie patologică

Reprezintă o preocupare profundă despre posibila nealioialitate a partenerului sexual.

- 0 Nici o suspiciune nefondată față de partener
- 2 Sentimente vagi de insecuritate și suspiciune despre fidelitatea partenerului
- 4 Caută și interpretează eronat „dovezi” de infidelitate
- 6 Idei morbide de gelozie domina viața și acțiunile. Amenință partenerul și încearcă să obțină „confesiuni”.

36. Alte deliruri

Reprezintă alte deliruri față de cele de mai sus [gânduri pesimiste (6), hipocondria (8), sentimentul de a fi controlat (29), idei de persecuție (31), idei de grandoare (32), dispoziție delirantă (33), gelozie morbidă (35)].

- 0 Nici un fel de alte deliruri
- 2 Descreri vagi și neconvingătoare
- 4 Idei hotărât patologice atingând forță delirantă
- 6 Deliruri absurde care pot fi reflectate în comportament.

37. Voci comentative

Reprezintă experiența auzirii propriilor gânduri vorbite sau reprezentate cu glas tare sau auzirea unor voci comentând sau argumentând despre sine la persoana a treia.

Distingeți-le de alte halucinații auditive (38).

- 0 Nici un fel de voci halucinatorii comentative
- 2 Relatări vagi și neconvingătoare despre voci care comentează
- 4 Voci halucinatorii definite, dar care nu dizabiliatează pacientul
- 6 Voci halucinatorii frecvente care dizabiliatează pacientul.

38. Alte halucinații auditive

Reprezintă toate sunetele halucinatorii sau voci cu excepția vocilor comentative (37). Includeti de asemenea halucinațiile auditive legate de dispoziția psihică predominantă, precum depresia sau exuberanța.

- 0 Nici un fel de halucinații auditive cu excepția fenomenului hipnagogic
- 2 Interpretarea eronată a unor stimuli auditivi, relatări vagi și neconvingătoare despre halucinații auditive.
- 4 Halucinații definite care pot fi persistente dar nu intrusiv
- 6 Halucinații puternice și neplăcute. Comenzi imperative.

39. Halucinații vizuale

Reprezintă o interpretare eronată a stimulilor vizuali (iluzii) sau o falsă percepție vizuală fără vreun stimul anume din afară (halucinație).

- 0 Nici o falsă experiență vizuală cu excepția posibilelor fenomene hipnagogice
- 2 Iluzii ocazionale
- 4 Frecvente iluzii sau halucinații vizuale ocazionale
- 6 Halucinații persistente, frecvente sau clare.

40. Alte halucinații

Reprezintă halucinații ale gustului, mirosului sau senzațiilor corporale. Specificați tipul simțului și bazați evaluarea pe simțul care dă halucinațiile cele mai pregnante.

- 0 Nici un fel de halucinație
- 2 Raportări vagi sau neconvingătoare de halucinații
- 4 Halucinații ocazionale, dar definite
- 6 Halucinații clare, frecvente sau persistente.

PSIHOPATOLOGIA OBSERVATĂ

41. Tristețe aparentă

Reprezintă indispoziția, deznădejdea și disperarea (mai mult decât o indispoziție

trecătoare) reflectată în vorbire, expresia feței și postură. Evaluați pe baza adâncimii și incapacității de a învinge această stare.

- 0 Nici un fel de tristețe
- 2 Pare indispus, dar se înseninează ocazional
- 4 Apare trist și nefericit tot timpul
- 6 Deznădejde și mâhnire continuă și extremă.

42. Dispoziție expansivă

Reprezintă o stare de bună dispoziție și exuberanță (exclueți buna dispoziție obișnuită și trecătoare). Include creșterea evidentă a bunei dispoziții, încrederii de sine, expansivității, umorului și exuberanței din vorbire, alegeri, expresia feței, postură și activitate. Evaluează în funcție de intensitatea și inabilitatea de a răspunde serios atunci când este cerut.

- 0 Veselie normală
- 2 Încrezător în sine și oarecum expansiv, dar serios când se cere
- 4 Ilaritate expansivă cu încredere în sine exagerată și veselie care nu cedează
- 6 Arată o exuberanță extremă și persistentă, veselie și ilaritate absurdă.

43. Ostilitate

Reprezintă iritabilitate și priviri, cuvinte sau acțiuni mâniate. Evaluați în funcție de intensitate și frecvență, de faptul că o mică provocare scoate la iveală răspunsul mânios și în funcție de timpul necesar pentru a se calma.

- 0 Nici o ostilitate evidentă
- 2 Protestează, iritabil, susceptibil la provocări. Ocazional priviri supărate
- 4 Gesturi foarte agresive, certăreț, șicanează, dar poate fi calmat
- 6 Comportament amenințător sau chiar violență fizică.

44. Răspunsuri emoționale labile

Reprezintă schimbarea rapidă a dispoziției precum brusca exaltare sau tristețe cu o tendință de a etala răspunsuri emoționale intense. Nu trebuie confundată cu starea preponderentă a dispoziției. Evaluați în funcție de viteză și frecvența schimbării.

- 0 Nu există schimbări bruște de dispoziție
- 2 Schimbări de dispoziție rapide ocazionale și de înțeles
- 4 Schimbări de dispoziție exagerate sau frecvente și bruște
- 6 Schimbări foarte rapide între dispoziții opuse intense.

45. Lipsa emoției adecvate

Reprezintă tocirea sentimentelor (afectelor) exprimată prin lipsa expresiei emoționale sau prin apariția unor trăiri emoționale incongruente care sunt evident neadecvate situației. Deosebiți-o de tristețea evidentă (41) și dispoziție exuberantă (42).

- 0 Afect adecvat în concordanță cu dispoziția
- 2 Lipsa aparentă de interes, etalare ușor ciudată a emoțiilor
- 4 Răspunde în mod clar neadecvat la probleme sensibile sau pare să nu răspunde la toate
- 6 Numai răspunsuri emoționale clar bizare sau indiferența emoțională totală.

46. Tulburări vegetative

Reprezintă semne de disfuncție vegetativă, hiperventilație sau oftat frecvent, roșeață, transpirații, mâini reci, pupile mărite, gura uscată, amețeli.

- 0 Nici o perturbare vegetativă observată
- 2 Tulburări vegetative ușoare sau ocazionale precum roșeața, paliditate sau transpirații în condiții de stres
- 4 Perturbări vegetative clare în diferite ocazii chiar fără stres
- 6 Perturbări vegetative care întrerup interviul.

47. Somnolența

Reprezintă abilitatea evident diminuată de a sta treaz ce poate fi observată din expresia feței, vorbire, postură. Deosebiți-o de izolare (49), perplexitate (50) sau încetineala în mișcare (60).

- 0 Complet treaz.
- 2 Pare somnoros. Cască ocazional
- 4 Tinde să adoarmă dacă este lăsat în pace
- 6 Adoarme în timpul interviului sau este dificil de trezit.

48. Distractibilitate

Reprezintă atenția ușor de distras de stimuli externi irelevanți. Deosebiți-o de izolare (49), perplexitate (50), blocarea vorbirii (51), fuga ideilor (56) sau comportamentul halucinator (65).

- 0 Atenție adecvat susținută
- 2 Atenție ocazional distrasă de stimuli irelevanți (cu ar fi zgomote din fundal)
- 4 Ușor de distras
- 6 Distras continuu de evenimente incidentale și obiecte care fac intervierea dificilă sau imposibilă.

49. Izolare, retragere din mediu

Reprezintă atenția evident redusă și aparenta nebăgare în seamă a oamenilor și ambianței. Deosebiți-o de somnolență (47), perplexitate (50), blocajul vorbirii (51) și vorbire redusă (54).

- 0 Evident bine integrat în mediu
- 2 Retrageră ocazională, dar atenția poate fi readusă fără dificultate
- 4 Pare absent și izolat și doar cu greu poate fi readus la situația interviului
- 6 Complet retras. Pare să nu reacționeze la cuvinte sau atingere.

50. Perplexitate

Reprezintă consternarea, o mare dificultate de a înțelege orice situație și de a interpreta contextul. Deosebiți-o de somnolență (47), Distractibilitate (48) și izolare (49).

- 0 Nici o perplexitate.
- 2 Încurcat. Ocazional dificultate de a înțelege ceea ce ar trebui să reprezinte întrebări simple.
- 4 Pare consternat. Chestiuni simple trebuie repetate pentru a fi înțelese. Ocazional răspunsurile nu sunt corelate cu întrebarea.
- 6 Evident perplex și consternat. Vorbirea și comportamentul evident nepotrivite ca și cum ar fi în vis.

51. Blocarea vorbirii

Reprezintă opriri bruște și neatenție în timpul vorbirii care durează câteva secunde sau mai

mult. Adesea este însoțită de imobilitate și blocarea evidentă a gândirii.

Deosebiți-o de reducerea vorbirii (54), defecte specifice de vorbire (55), vorbire incoerentă (47).

- 0 Nici un fel de blocaj al vorbirii
- 2 Lapsusuri ocazionale care ar putea fi interpretate ca devieri ale ideilor
- 4 Blocaj evident al vorbirii chiar dacă nu se află sub influența unui stres special
- 6 Blocaj al vorbirii frecvent și îndelungat care interferează cu conversația.

52. Dezorientare

Reprezintă deficiența orientării în timp și spațiu.

- 0 Complet orientat
- 2 Dezorientare minimă în ceea ce privește ziua și data
- 4 Dezorientare marcată pentru dată sau orice dezorientare în timp
- 6 Vizibil dezorientat în timp și spațiu.

53. Presiunea vorbirii

Reprezintă presiunea de a vorbi, creșterea fluxului vorbirii și locvacitate inoportună. Reducerea vorbirii este cotată 0 la acest item.

- 0 Vorbire comună fără locvacitate inoportună
- 2 Vorbire rapidă - guralivă. Răspunde detaliat la întrebări
- 4 Sporovăială, dificil de întrerupt
- 6 Conduce interviul. Cuvintele se rostogolesc din el. Nu poate fi întrerupt.

54. Vorbire redusă

Reprezintă vorbirea reținută sau încetinită, cu multe pauze și întreruperi. Presiunea vorbirii este cotată 0 la acest item. Deosebiți-o de izolare (49), perplexitate (50), blocajul vorbirii (51), defecte specifice de vorbire (55).

- 0 În mod obișnuit vorbește fără pauze inoportune
- 2 Necesită timp pentru a da răspunsuri scurte
- 4 Răspunsuri scurte extrem de monosilabice, cu lungi întârzieri. Cu greu apare vreun comentariu și atunci când apare, el este foarte lent.
- 6 Răspunsurile monosilabice sunt date doar cu efort mare. Aproape sau complet mut.

55. Defecte specifice de vorbire

Reprezintă de ex. bătăiala, Dizartria și afazia - specificați tipul și oricare motiv evident.

- 0 Nici o dificultate de vorbire.
- 2 Defecte ocazionale de vorbire, mai ales când e supărat
- 4 Defecte de vorbire foarte evidente care sunt deranjante dar nu interferează cu comunicarea
- 6 Defecte de vorbire persistente și deranjante care interferează marcat cu comunicarea.

56. Fuga de idei

Reprezintă un flux rapid de idei exprimat prin vorbire. Există o continuitate a ideilor, chiar dacă este foarte dificil sau chiar imposibil de a le prinde, în contrast cu vorbirea incoerentă (57).

- 0 Flux obișnuit al ideilor
- 2 Asociații libere și vii cu tendința de a intra în discuție
- 4 Flux rapid al ideilor care poate fi urmărit. Frecvente schimbări ale subiectului care interferează

cu conversația

6 Schimbări rapide ale subiectului, bogăția și viteza asociațiilor fac conversația extrem de dificilă sau imposibilă.

57. Vorbirea incoerentă

Reprezintă vorbirea evident illogică sau dezorganizată cu digresiuni, trecerea inexplicabilă de la un subiect la altul, distorsiuni și fragmentări ale cuvintelor și sintaxei.

Deosebiți-o de fuga de idei (56).

0 Vorbire coerentă și comprehensivă

2 Vorbire pedantă și discret digresivă. Folosirea idiosincrasică dar comprehensivă a cuvintelor sau frazelor, mai ales la stres.

4 Asociații ilogice între cuvinte sau fraze, chiar fără stres

6 Vorbire evident disjunctivă și illogică. Fragmentarea frazelor și cuvintelor sau neologisme bizare care deranjează serios comunicarea.

58. Perseverare

Reprezintă tendința de a se opri, de a repeta propoziții sau acțiuni astfel încât să se repete răspunsul de la o întrebare anterioară și să revină constant la același subiect sau să nu fie capabil să întrerupă un gând sau acțiune.

0 Nici o perseverare

2 Aceeași frază este repetată ocazional. Revine la aceeași de mai multe ori.

4 Repetă aceeași frază, dar poate fi constrâns să dea răspunsuri mai adecvate. Dificultăți în întreruperea unui șir de idei sau a unei acțiuni odată pornită.

6 Fraze sau comportament perseverent ce face comunicarea dificilă sau imposibilă.

59. Activitate crescută

Reprezintă o creștere în frecvența și mărimea mișcărilor voluntare (mișcări faciale, mers, mișcări acompaniatoare sau gesturi) și o creștere a vitezei în inițierea și efectuarea lor. Deosebiți-o de agitație (61) și mișcări involuntare (62).

0 Schimbare normală între activitate și odihnă

2 Gesturi vii și mers grăbit, dar poate să se oprească.

4 Mișcări sau gesturi evident expansive și rapide. Reacții bruște. Părăsește ocazional scaunul în timpul interviului

6 Activitate motorie exagerată continuă. Nu poate fi constrâns să se așeze sau să stea întins.

60. Încetinirea mișcărilor

Reprezintă o descreștere în frecvența și extinderea mișcărilor voluntare. Mișcările faciale, mersul, mișcările acompaniatoare sau gesturile sunt lente, încetinite.

0 Schimbarea normală între activitate și repaus

2 Gesturi și mișcări faciale minime

4 Aproape nici o activitate motorie spontană. Mișcări încete și efectuate cu greutate

6 Trebuie să fie condus la interviu. Nici o mișcare spontană. Fața imobilă. Stupoare.

61. Agitație

Reprezintă activitatea motorie „fără scop”, cum ar fi mișcarea mâinilor, tragerea de obiecte

sau haine, incapacitatea de a sta liniștit.

Deosebiți-o de creșterea activității (59), mișcări involuntare (62) și manierisme (64).

0 Nici o agitație

2 Dificultatea de a ține mâinile liniștite. Schimbă de câteva ori poziția în timpul interviului. Trage de obiecte, le aranjează

4 Evident neliniștit. Tragere inoportună și absentă de obiecte. Ocazional se ridică pe jumătate

6 Nu poate fi convins să stea cu excepția unor scurte perioade. Deambulare neîncetată fără scop.

62. Mișcări involuntare

Reprezintă următoarele mișcări involuntare: ticuri, tremurături, mișcări coreo-atetozice, dischinezii, distonii și torticolis. Specificați tipul.

Deosebiți-le de creșterea activității (59), agitație (61) și manierisme (64).

0 Nici o mișcare involuntară

2 Ocazional mișcări involuntare influențate de stres

4 Mișcări involuntare frecvente și evident accentuate de stres. Reușește să nu le lase să împiedice activitatea motorie obișnuită.

6 Mișcări involuntare continue care interferează serios cu activitățile obișnuite.

63. Tensiunea musculară

Reprezintă tensiunea musculară observabilă evidențiată prin expresia facială, postură și mișcări.

0 Apare relaxat

2 Față și postură ușor tensionate

4 Tensiune moderată la față și postură (ușor de urmărit la mușchii feței și ai gâtului). Nu pare să găsească o poziție relaxată când stă. Mișcări rigide și greoaie

6 Foarte încordat. Adesea stă cocoșat și ghemuit sau încordat și rigid, drept la marginea scaunului.

64. Manierisme și posturi

Reprezintă mișcări complexe sau posturi repetate sau stereotipe precum grimaserii, mișcări stilizate, posturi curioase, catalepsie. Aprecierea se face pe baza frecvenței și gradului de interferență cu alte activități.

Deosebiți-le de perseverare (58), agitație (61) și mișcări involuntare (62), în special de ticuri.

0 Nici un manierism

2 Mișcări stilizate sau grimase ocazionale sau cu dubiu

4 Manierisme sau posturi pronunțate care sunt evidente dar nu interferează cu alte activități

6 Manierisme sau posturi pronunțate care trec dincolo de aspectul activității motorii obișnuite.

65. Comportament halucinator

Reprezintă comportamentul bizar sugestiv pentru halucinații, de ex. întoarcerea bruscă, strigăte sau răspunsuri ca pentru a răspunde sau auzi voci, retragerea din fața unor presupuse halucinații vizuale. Trebuie interpretate indiferent dacă halucinațiile sunt admise sau nu de pacient. Deosebiți-le de mișcările involuntare (62), manierisme și posturi (64).

0 Nici un comportament halucinator

- 2 Comportament ciudat ca si cum ar vorbi cu sine însuși care poate reprezenta un comportament halucinator dar nu este considerat ca atare
- 4 Comportament halucinator convingător
- 6 Comportament halucinator frecvent sau bizar care interferează cu interviul.

66. Aprecierea globală a bolii

- 0 Nimic. Absența bolii
- 2 Boală îndoielnică sau minimă care nu deranjează
- 4 Boală definită sau moderată
- 6 Boală severă sau incapacitantă.

67. Încrederea conferită evaluării

- 0 Foarte slabă
- 2 Satisfăcătoare
- 4 Bună
- 6 Foarte bună

GRILA DE COTARE

SCALA DE EVALUARE COMPREHENSIVĂ A PSIROPATOLOGIEI

- CPRS -

Nr. crt.	Itemi	0	2	4	6
PSIHOPATOLOGIA RAPORTATĂ					
1	Tristețe				
2	Exaltare				
3	Tensiune interioară				
4	Sentiment de ostilitate și mânie				
5	Incapacitatea de a simți				
6	Gânduri pesimiste				
7	Gânduri suicidare				
8	Hipocondrie				
9	Îngrijorare pentru lucruri minore				
10	Gânduri compulsive				
11	Fobii				
12	Ritualuri				
13	Indecizie				
14	Apatie				
15	Fatigabilitate				
16	Dificultăți de concentrare				
17	Scăderea memoriei				
18	Reducerea apetitului				
19	Reducerea somnului				
20	Creșterea somnului				
21	Reducerea interesului sexual				
22	Creșterea interesului sexual				
23	Tulburări vegetative				
24	Dureri				
25	Tensiune musculară				
26	Pierderea senzațiilor și mișcării				
27	Derealizare				
28	Depersonalizare				
29	Sentimentul de a fi controlat				
30	Perturbarea gândirii				
31	Idei de persecuție				

32	Idei de grandoare				
33	Dispoziție delirantă				
34	Trăiri extatice				
35	Gelozie patologică				
36	Alte deliruri				
37	Voci comentative				
38	Alte halucinații auditive				
39	Halucinații vizuale				
40	Alte halucinații				
PSIHOPATOLOGIA OBSERVATĂ					
41	Tristețe aparentă				
42	Dispoziție expansivă				
43	Ostilitate				
44	Răspunsuri emoționale labile				
45	Lipsa emoției adecvate				
46	Tulburări vegetative				
47	Somnolență				
48	Distractibilitate				
49	Izolare, retragere din mediu				
50	Perplexitate				
51	Blocarea vorbirii				
52	Dezorientare				
53	Presiunea vorbirii				
54	Vorbire redusă				
55	Defecte specifice de vorbire				
56	Fuga de idei				
57	Vorbirea incoerentă				
58	Perseverare				
59	Activitate crescută				
60	Încetinirea mișcărilor				
61	Agitație				
62	Mișcări involuntare				
63	Tensiunea musculară				
64	Manierisme și posturi				
65	Comportament halucinator				
66	Aprecierea globală a bolii				
67	Încrederea conferită evaluării				

Anexa 6 - Scala Hamilton de evaluare a depresiei

Numele subiectului _____

Data evaluării _____

Evaluator _____

BIFEAZĂ RĂSPUNSUL POTRIVIT PENTRU FIECARE ITEM.

1. Dispoziția depresivă

Acest item acoperă atât comunicarea verbală, cât și pe cea nonverbală privind tristețea, pierderea speranței, disperarea și neajutorarea.

0 Dispoziție neutră

1 Atunci când nu este sigur dacă pacientul este mai nefericit sau depresiv decât de obicei. De exemplu, pacientul indică vag că este mai depresiv decât de obicei.

2 Atunci când pacientul este mai preocupat de experiențele neplăcute, deși nu se simte deznădăjduit sau neajutorat.

3 Pacientul prezintă în mod evident semne nonverbale de depresie și/sau în anumite momente este copleșit de neajutorare și deznădejde.

4 Interviul este dominat de remarcile pacientului privind nenorocirea sau neajutorarea sa ori de semne nonverbale ce o dovedesc, fără a i se putea distra atenția de la acestea.

2. Autodeprecierea sau sentimentul de vinovăție

Acest item acoperă scăderea stimei de sine și sentimentul de vinovăție.

0 Nu există autodepreciere și sentimente de vinovăție.

1 Nu se poate preciza dacă sunt prezente sentimente de culpă, din cauză că pacientul este preocupat doar de faptul că în cursul actualului episod a fost o povară pentru familie și colegi.

2 Autodepreciere sau sentiment de vinovăție ce sunt prezente în mod mai pregnant pentru că pacientul este preocupat de evenimente ce au avut loc în trecut.

3 Pacientul are sentimente de culpă mai pronunțate. Poate exprima sentimentul că suferința actuală este în oarecare măsură o pedeapsă. Se poate cota 3, atâta timp cât pacientul poate conștientiza faptul că opinia sa este nefondată.

4 Sentimentele de culpă sunt susținute cu fermitate și rezistă la orice contraargumente, astfel încât au devenit idei paranoide.

3. Impulsuri suicidare

0 Nu există impulsuri suicidare.

1 Pacientul consideră că viața nu are nicio valoare, însă nu exprimă dorința de a muri.

2 Pacientul dorește să moară, dar nu are planuri să-și ia viața.

3 Este probabil ca pacientul să mediteze asupra a-și lua viața.

4 Dacă pe parcursul zilei de dinaintea interviului pacientul a încercat să se sinucidă sau dacă pacientul este internat și sub supraveghere din cauza riscului suicidar.

4. Insomnia de adormire

0 Absent

1 Când pacientul a fost nevoit să stea de 1-2 ori în ultimele 3 nopți mai mult de 30 de minute culcat, în pat, ca să adoarmă.

2 Când pacientul a stat în toate cele 3 nopți mai mult de 30 de minute în pat ca să adoarmă.

5. Treziri nocturne

Pacientul se trezește o dată sau de mai multe ori în timpul nopții.

0 Absent

1 O dată sau de două ori în timpul ultimelor trei nopți

2 Cel puțin în fiecare noapte

6. Insomnie de trezire – trezire prematură

Pacientul se trezește înainte de ora planificată sau de cea obișnuită.

0 Absent

1 Cel puțin cu o oră înainte și poate readormi

2 Constant cu mai mult de o oră înainte în fiecare dimineață

7. Muncă și interese

Acest item include atât munca prestată, cât și motivația. A se nota că evaluarea oboselei, a fatigabilității și a manifestărilor lor psihice sunt incluse în itemul 13 (simptome somatice generale) și în itemul 23 (oboseală și durere).

A. La prima evaluare a pacientului

0 Activitate normală de muncă

1 Atunci când pacientul exprimă insuficiență din cauza absenței motivației și/sau tulburări în îndeplinirea uzuală a muncii cotidiene pe care o îndeplinește, de altfel, fără a o reduce.

2 O pronunțată insuficiență, explicată prin lipsa motivației și/sau deficit în îndeplinirea muncii uzuale. Pacientul și-a redus capacitatea de muncă, nu poate susține ritmul normal, se descurcă mai puțin bine la serviciu și acasă. Pacientul poate, uneori, să stea acasă în timpul serviciului sau poate pleca acasă mai devreme.

3 Atunci când pacientul a fost catalogat „bolnav” sau dacă pacientul a fost spitalizat, dar poate participa câteva ore pe zi la activitățile spitalului.

4 Atunci când pacientul este complet spitalizat și în general nu participă la activitățile din spital.

B. La evaluările săptămânale

0 Activități normale de muncă

- a) Pacientul se rezumă la nivelul său normal de activitate.
- b) Când pacientul nu are probleme în a se rezuma la munca obișnuită.

1

- a) Pacientul lucrează, dar la un nivel redus de activitate, fie din lipsă de motivație, fie din incapacitatea de a-și atinge nivelul normal de funcționare în activitate.
- b) Pacientul nu lucrează și este dificil de apreciat dacă poate face munca fără dificultate.

2

- a) Pacientul lucrează, dar la un nivel evident scăzut, fie din cauza unor episoade de lipsă de concentrare, fie din cauza reducerii timpului de lucru.
- b) Pacientul este încă spitalizat sau considerat bolnav, participă mai mult de 3-4 ore pe zi la activitățile din spital sau domestice și poate să îndeplinească munca normală doar la un nivel redus.

3 Pacientul este incapabil să îndeplinească o activitate profesională normală, dar poate participa pentru 3-4 ore la activitățile din spital sau din staționarul de zi. Se poate schimba statutul de internat cu cel din staționarul de zi, dar externarea nu este recomandată.

4 Pacientul este spitalizat și în general incapabil să participe la activitățile din spital.

8. Lentoare generală

0 Activitate motorie și verbală normale, cu expresie facială adecvată.

1 Viteză conversațională îndoielnic sau ușor redusă și expresie facială ușor imobilă.

2 Viteză conversațională clar redusă, cu intermitențe; reducerea gesturilor și a mișcărilor.

3 Interviul este clar prelungit din cauza latențelor lungi și a răspunsurilor scurte; toate mișcărilor sunt foarte lente.

4 Interviul nu poate fi complet; încetinirea este aproape de stupoare.

9. Agitație

0 Activitate motorie normală, cu expresie facială adecvată.

1 Agitație îndoielnică sau ușoară. De exemplu, tendință la schimbarea poziției pe scaun sau momente de scărpinare a capului.

2 Frământarea mâinilor sau bătaia din picior, schimbarea frecventă a poziției pe scaun, neliniștit în spital, plimbându-se un pic.

3 Pacientul nu poate sta pe scaun în timpul interviului și/sau se plimbă prin spital.

4 Interviul trebuie făcut „din mers”, merge aproape în mod continuu. Își trage hainele și părul.

10. Anxietate psihică

Acest item include tensiune, iritabilitate, îngrijorare, insecuritate, teamă și aprehensiune anticipatorie. Deseori este dificil să distingem între trăirea anxietății (anxietatea „psihică” sau

„centrală”) și manifestările fiziologice ale anxietății („periferice”), care pot fi observabile, precum tremorul mâinilor sau transpirații. Cea mai importantă este afirmația pacientului despre îngrijorarea, insecuritatea, nesiguranța sau spaima lui.

0 Pacientul nu este nici iritabil, nici mai nesigur decât de obicei.

1 Este îndoielnic dacă pacientul se simte în nesiguranță sau iritabil mai mult decât în mod obișnuit.

2 Pacientul exprimă mai explicit că se află într-o stare de anxietate, aprehensiune sau iritabilitate, care este dificil de controlat. Aceasta nu are influență asupra vieții de zi cu zi a pacientului, deoarece îngrijorarea se referă la problemele minore ale vieții.

3 Anxietatea sau insecuritatea sunt uneori mai dificil de controlat, deoarece îngrijorarea se referă la accidente sau daune majore care ar putea surveni în viitor, astfel încât anxietatea poate fi trăită ca panică, de exemplu, o spaimă copleșitoare. Aceasta interferează ocazional cu viața de zi cu zi a pacientului.

4 Sentimentul de spaimă este prezent atât de des încât interferează semnificativ cu viața cotidiană a pacientului.

11. Anxietatea somatică

Acest item include toate concomitențele fiziologice ale anxietății. Toate sentimentele trebuie cotate la itemul 10.

0 Când pacientul nu este mai înclinat decât de obicei să trăiască la nivel corporal stările anxioase.

1 Când pacientul trăiește ocazional ușoare manifestări, precum simptome abdominale, transpirații sau tremor; cu toate acestea, descrierea lor este vagă și lipsită de încredere.

2 Când pacientul trăiește din când în când dureri abdominale, transpirații, tremor etc. Simptomele și semnele sunt clar descrise, dar nu sunt marcate sau incapacitante, de exemplu, nu influențează viața de zi cu zi a pacientului.

3 Concomitențele fiziologice ale anxietății psihice sunt marcate și adesea foarte îngrijorătoare, interferând ocazional cu viața de zi cu zi a pacientului.

4 Concomitențele fiziologice ale anxietății psihice sunt numeroase, persistente și adesea incapacitante. Interferează marcat cu viața de zi cu zi a pacientului.

12. Simptome gastrointestinale

Simptomele pot apărea în întreg tractul gastrointestinal. Gura uscată, pierderea apetitului și constipația sunt mai frecvente decât crampele și durerile intestinale. Ele trebuie deosebite de simptomele gastrointestinale ale anxietății (mișcări de evacuare a intestinului, frământări ale stomacului) sau de ideile nihiliste („Nicio mișcare a intestinului de săptămâni sau luni, mă simt ca și cum n-aș mai avea intestine deloc”), care trebuie cotate la itemul 15 – ipohondria.

0 Fără acuze gastrointestinale (sau simptome neschimbate de la debutul depresiei)

1 Mănâncă fără încurajări din partea personalului și ingestia alimentelor este aproape normală, dar fără plăcere (mâncarea nu are gust etc.). Uneori este constipat.

2 Ingestia de alimente este redusă; pacientul trebuie îndemnat să mănânce. De regulă este constipat. Laxativele sunt deseori încercate, dar fără efect.

13. Simptome somatice generale

Simptomele centrale sunt oboseala și extenuarea, pierderea energiei. De asemenea, apar dureri musculare difuze și dureri în ceafă, spate sau membre.

0 Pacientul nu este obosit sau deranjat de tulburări corporale mai mult decât de obicei.

1 Sentimente foarte vagi sau îndoielnice de fatigabilitate ori alt disconfort somatic.

2 Oboseală și extenuare clare și constante și/sau tulburări corporale, de exemplu, dureri musculare.

14. Interes sexual (libido)

Acest subiect este dificil de abordat, mai ales la pacienții în vârstă. La bărbați, încercați să întrebați despre preocupările și impulsurile sexuale, iar la femei despre responsivitatea la sugestiile sexuale (atât despre angajarea sexuală, cât și despre satisfacția obținută prin actul sexual).

0 Activitatea și interesul sexual sunt ca de obicei.

1 Reducerea ușoară sau îndoielnică a interesului și a plăcerii sexuale.

2 Pierderea clară a apetitului sexual. Deseori, impotența funcțională la bărbați sau lipsa libidoului ori dezgust total, la femei.

15. Ipohondria

Preocupări față de simptome sau funcții corporale, în absența bolilor somatice.

0 Pacientul nu se preocupă mai mult decât de obicei de ușoarele simptome somatice sau de funcțiile corporale.

1 Ușor sau incert preocupat de simptomele uzuale somatice ușoare sau de funcțiile corporale.

2 Aproape îngrijorat de sănătatea fizică. Pacientul prezintă gânduri cu privire la boli organice cu o tendință de „somatizare” a prezentării clinice.

3 Pacientul este convins că suferă de o boală fizică care poate explica toate simptomele sale (tumoră cerebrală, cancer abdominal etc.), dar pacientul poate fi convins pentru scurt timp că acesta nu este cazul lui.

4 Preocuparea pentru disfuncțiile corporale atinge dimensiuni paranoide. Delirul ipohondru are adesea o calitate nihilistă sau idei de culpabilitate: este ros pe dinăuntru, niște insecte îi devorează carnea; intestinele sunt blocate; alți pacienți sunt infectați de sifilis sau au miros oribil. Contraargumentele nu au efect.

16. Pierderea conștiinței bolii

Itemul are înțeles numai dacă observatorul este convins că pacientul se află încă în stare depresivă în perioada interviului.

0 Pacientul acceptă că are simptome depresive sau o boală „nervoasă”.

1 Pacientul acceptă încă faptul că este bolnav, dar consideră că acesta este secundar unei situații necorelate cu boala, cum ar fi malnutriția, climatul, suprasolicitarea.

2 Neagă că ar fi bolnav. Pacienții deliranți sunt prin definiție fără conștiința bolii. Interviu trebuie, totuși, direcționat pe atitudinea pacientului asupra simptomelor lui de vinovăție (itemul 2) sau ipohondrie (itemul 15), dar alte simptome delirante trebuie și ele luate în seamă.

17. Scăderea ponderală

Încercați să obțineți informații obiective. Dacă acest lucru nu este posibil, fiți conservatori în estimare.

A. La primul interviu, acest item acoperă întreaga perioadă actuală de boală.

- 0 Fără pierdere ponderală
- 1 1 – 2,5 kg pierdere ponderală
- 2 Pierdere ponderală de peste 3 kg

B. La interviurile săptămânale

- 0 Fără pierdere ponderală
- 1 0,5 kg slăbire pe săptămână
- 2 1 kg sau mai mult slăbire pe săptămână

18. Insomnia (în general)

Acest item acoperă doar trăirea subiectivă a pacientului privind durata somnului (ore de somn timp de 24 ore) și profunzimea somnului (somm superficial și întrerupt / somm constant și profund). Evaluarea se bazează pe trei nopți precedente, independent de administrarea de hipnotice sau sedative.

- 0 Somn de profunzime și durată obișnuite
- 1 Durata somnului este îndoielnică sau puțin redusă (de exemplu, prin dificultatea de a adormi, dar nu este afectată profunzimea somnului).
- 2 Profunzimea somnului este, de asemenea, redusă, somnul fiind mai superficial. În totalitate, somnul este perturbat.
- 3 Durata somnului și profunzimea lui sunt schimbate în mod evident. Perioadele de insomnie durează în totalitate doar câteva ore în decurs de 24 de ore.
- 4 Este dificil de stabilit durata somnului în privința mărimii lui, pacientul vorbind doar despre scurte ațipiri, dar nu de somn efectiv.

19. Lentoare motorie

- 0 Activitate motorie normală, expresie facială adecvată
- 1 Activitate motorie probabil scăzută. De exemplu, expresia facială este ușor sau îndoielnic redusă.
- 2 Lentoare motorie evidentă (de exemplu, gesturi încetinite, pași lenți).
- 3 Toate mișcărilor sunt foarte lente.
- 4 Lentoare motorie sau chiar stupoare

20. Lentoare verbală

Acest item include schimbări în fluxul vorbirii și al capacității pacientului de a verbaliza gândurile și emoțiile.

- 0 Vorbire și ideație normale
- 1 Lentoare ușoară sau incertă în cursul dialogului
- 2 Inhibiție mai clară în cursul dialogului
- 3 Dialog dificil, vorbire foarte lentă
- 4 Inhibiția vorbirii sau stupoare

21. Lentoare intelectuală

Acest item acoperă dificultățile de concentrare în luarea deciziilor pentru problemele curente și de memorie (de exemplu, în afectarea intelectuală).

- 0 Pacientul nu prezintă dificultăți mai mici sau mai mari decât de obicei de concentrare și/sau de memorie.
- 1 Este îndoielnic dacă pacientul are dificultăți de concentrare și/sau memorie.
- 2 Chiar și cu un efort major, este dificil pentru pacient să se concentreze asupra muncii lui, dar încă fără influență asupra vieții de zi cu zi a subiectului.
- 3 Dificultate mai pronunțată de concentrare, memorie sau decizie. De exemplu, întâmpină dificultăți în a citi un articol de ziar sau a urmări emisiunile la televizor. (Cotați 3 atât timp cât pierderea concentrării sau tulburările de memorie nu au fost clar influențate de interviu.)
- 4 Când pacientul dovedește dificultăți de concentrare și/sau memorie pe parcursul interviului și/sau când deciziile sunt luate cu o considerabilă întârziere.

22. Lentoare emoțională

Acest item acoperă reducerea interesului și a contactului emoțional cu ceilalți oameni. Reducerea dorinței sau a abilității de a comunica propriile sentimente și opinii și de a împărtăși durerile și bucuriile este trăită de pacient ca dureroasă și alienantă.

- 0 Pacientul nu este mai mult sau mai puțin interesat emoțional de contactul cu alte persoane.
- 1 Pacientul pare probabil mai introvertit emoțional decât de obicei.
- 2 Pacientul și-a pierdut în mod evident dorința sau abilitatea de a fi împreună cu cei cunoscuți sau cu persoane noi.
- 3 Pacientul se izolează într-un anumit grad. Nu are abilitatea de a stabili contacte strânse cu oamenii pe care-i întâlnește în afara casei (colegi de serviciu, pacienți, personal din spital).
- 4 Pacientul se izolează și în relațiile cu familia sa. Se simte indiferent chiar lângă prieteni apropiați sau familie.

23. Oboseală și dureri

Acest item include slăbiciune, tendința de a leșina, oboseală, dureri mai mult sau mai puțin localizate în mușchi sau în organele interne. Oboseala musculară este în mod obișnuit localizată în extremități. Pacientul poate lua acest lucru drept motiv pentru dificultățile sale din muncă, pe

măsură ce are sentimentul de oboseală și greutate în membre. Durerile musculare sunt adesea localizate în spate, ceafă sau umeri și sunt percepute ca tensiune sau durere. Sentimentul de greutate sau plinătate crește până la senzația reală de durere, care este adeseori localizată ca „disconfort toracic” (diferit de durerile cardiace), dureri abdominale sau dureri de cap.

Este dificil să fie deosebite durerile „psihice” de cele „fizice”. O notă specială trebuie acordată durerilor „psihice” vagi.

0 Pacientul nu este mai mult sau mai puțin obosit sau deranjat de disconfortul corporal decât de obicei.

1 Sentiment vag sau incert de oboseală musculară sau disconfort somatic.

2 Sentimentele de oboseală musculară sau disconfort somatic sunt mai pronunțate. Apar senzații dureroase, ca migrena, dar care nu influențează viața de zi cu zi.

3 Fatigabilitatea musculară sau durerea difuză sunt prezentate în mod evident ca interferând ocazional cu viața cotidiană a pacientului.

4 Oboseala musculară și durerile difuze sunt constante și determină o suferință severă, astfel încât interferează marcat cu viața cotidiană a pacientului.

Ghidul de interviu structurat pentru scala Hamilton de evaluare a depresiei

Intervievator: Prima întrebare din fiecare item trebuie adresată în forma sa originală. De multe ori, această întrebare poate oferi suficiente informații cu privire la severitatea și frecvența simptomului pe care doriți să-l evaluați. Apoi, urmează întrebările așa cum sunt formulate atunci când sunt necesare clarificări sau explorări suplimentare. Întrebările specificate trebuie adresate până când obțineți suficiente informații pentru a evalua corespunzător itemul. În unele situații, s-ar putea să fie necesar să adăugați propriile întrebări pentru a obține informațiile necesare.

NOTĂ: Perioada de timp. Deși întrebările din interviu se referă la starea pacientului în ultima săptămână, unii cercetători utilizează acest instrument ca o măsură a schimbării atunci când doresc să evalueze starea clinică din ultimele 2-3 zile. În acest caz, fiecare întrebare trebuie să înceapă cu: „În ultimele 2-3 zile...”.

Itemul „Slăbirea în greutate”. Este indicat ca acest item să fie evaluat ca fiind pozitiv oricând pacientul a pierdut în greutate față de greutatea de bază (de exemplu, înainte de episodul depresiv curent). Chiar dacă pacientul a început să câștige în greutate, dar este sub greutatea de bază, itemul trebuie cotate ca fiind pozitiv.

Starea „obișnuită” sau „normală” a subiectului. Mai multe întrebări se referă la funcționarea normală sau uzuală a pacientului. În anumite cazuri, cum ar fi atunci când pacientul suferă de distimie sau tulburare afectivă sezonieră, trebuie să ne referim la ultima dată când pacientul s-a simțit bine (de exemplu, nu era deprimat sau vesel) pentru mai mult de două săptămâni.

Numele pacientului _____

Număr de identitate _____

Intervievator _____

Data _____

Vă rog să răspundeți la unele întrebări despre ultima săptămână. Cum v-ați simțit? (DACĂ LUCREAZĂ) Ați fost la lucru? DACĂ NU: De ce?

Care a fost dispoziția dvs în ultima săptămână? V-ați simțit abătut sau trist? Depresiv? Neajutorat? În ultima săptămână, cât de des v-ați simțit așa? (PUNEȚI CE SE POTRIVEȘTE) În fiecare zi? În toate zilele?

DISPOZIȚIE DEPRESIVĂ (tristețe, lipsă de speranță, neajutorare, fără valoare)

0 absent

1 indică numai dacă este chestionat.

2 spontan, raportează verbal.

3 exprimă nonverbal (de exemplu, expresia facială, postura, vocea etc.).

4 exprimă spontan, verbal și nonverbal.

V-ați plâns tot timpul?

DACĂ SCORUL A FOST 1-4, ÎNTREBAȚI: De cât timp vă simțiți așa?

Cum v-ați petrecut timpul când nu ați fost la lucru? V-a plăcut să faceți aceste lucruri sau a trebuit să vă forțați să le faceți? Nu mai faceți ceea ce obișnuiați să faceți? DACĂ DA: De ce? Există ceva ce așteptați cu plăcere? (URMEAȚĂ: V-ar plăcea să reveniți la normal?)

MUNCĂ ȘI ACTIVITATE

0 nicio dificultate

1 gânduri și sentimente de incapacitate, oboseală sau delăsare față de activități, muncă sau hobby-uri

2 pierderea interesului față de activitate, muncă sau hobby-uri prin spusele directe ale pacientului sau indirect, prin nepăsare, indecizie sau ezitare (simte că trebuie să se forțeze la muncă sau activitate).

Uneori v-ați gândit mult la aceasta? DACĂ NU: Este neobișnuit pentru dvs?

Cum a fost pofta de mâncare în ultima săptămână? (Cum este, comparativ cu ultima săptămână?) V-ați forțat să mâncați? Trebuie să vă îndemne alți oameni să mâncați?

SIMPTOME GASTROINTESTINALE

0 nimic

1 scăderea apetitului, dar mănâncă încurajat

2 mâncat dificil fără îndemn

Ați slăbit de când sunteți depresiv? DACĂ DA: Cât de mult? DACĂ NU E SIGUR: Credeți că hainele v-au devenit largi? URMEAȘĂ: Ați luat ceva în greutate înapoi?

PIERDERE ÎN GREUTATE

A. Când evaluați în trecut

0 nicio pierdere în greutate

1 pierdere probabilă în greutate, asociată cu tulburarea prezentă

2 pierdere sigură în greutate

Cum ați dormit în ultima săptămână? Ați avut vreo problemă să adormiți? (După ce v-ați băgat în pat, cât timp vă trebuie până ce adormiți?)

INSOMNIA DE ADORMIRE:

0 nicio dificultate

1 ocazional, nu mai mult de ½ h până la adormire

2 mari dificultăți la adormire

În timpul ultimei săptămâni s-a întâmplat să vă treziți în timpul nopții? DACĂ DA: V-ați sculat din pat? Ce ați făcut? (Ați mers numai la toaletă?) Când mergeți înapoi în pat puteți să adormiți? Ați simțit că somnul dvs a fost neliniștit sau perturbat în unele nopți?

INSOMNIA DE MIJLOCUL NOPTII

0 nicio dificultate

1 plângeri de a fi neliniștit și perturbat în timpul nopții

2 se plimbă în timpul nopții – se scoală din pat.

La ce oră vă treziți dimineața în ultimul timp (în ultima săptămână)? DACĂ DEVREME: Vă trezește ceasul sau vă treziți singur? La ce oră vă trezeți de obicei? (Înainte de a fi depresiv).

INSOMNIA DE TREZIRE

0 nicio dificultate

1 se trezește devreme, dar adoarme la loc.

2 incapabil de a mai adormi dacă se trezește devreme.

Ați avut energie în ultima săptămână? Ați fost obosit tot timpul? Ați avut în ultima săptămână dureri de spate, de cap sau de mușchi? Ați simțit greutate în picioare, spate sau cap?

SIMPTOME GENERALE SOMATICE

0 deloc

- 1 greutate în picioare, spate, cap, dureri de cap, dureri musculare, pierderea energiei, oboseală
- 2 oricare alt simptom bine definit

În ultima săptămână v-ați învinovățit de ceva, simțind că ați făcut un lucru rău sau i-ați decepționat pe alții? **DACĂ DA:** Ce ați gândit? V-ați simțit vinovat de ceva ce ați făcut sau ce nu ați făcut? V-ați gândit că într-un fel v-ați cauzat singur această boală (DEPRESIE)? Ați simțit că ați fost pedepsit prin faptul că v-ați îmbolnăvit?

SENTIMENTE DE VINOVĂȚIE

0 absent

- 1 autoreproșuri, simțind că i-a decepționat pe alții
- 2 idei de vinovăție sau rumații despre greșeli sau păcate trecute
- 3 boala actuală este o pedeapsă. (delir de vinovăție)

Ați avut în ultima săptămână vreun gând că viața nu merită să fie trăită ori că mai bine ar fi să muriți? Ați avut gânduri să vă omorâți? **DACĂ DA:** Ce ați gândit? Într-adevăr, v-ați provoca moartea?

SUICID

0 absent

- 1 gânduri că viața nu merită trăită
- 2 dorește să fi fost mort sau are unele gânduri să-și provoace moartea
- 3 idei sau gesturi suicidare
- 4. încercare de suicid

În ultima săptămână v-ați simțit tensionat și iritabil? Ați fost foarte îngrijorat de lucruri mici, de care nu ar trebui să vă îngrijorați?

ANXIETATE PSIHICĂ

0 nicio dificultate

- 1 tensiune și iritabilitate subiectivă
- 2 griji față de lucruri mărunte
- 3 atitudine temătoare ce se vede pe față sau în vorbire
- 4 exprimă teamă fără să fie întreat

În ultima săptămână ați avut vreunul dintre aceste simptome fizice (CITIȚI RAR LISTA)? Cât de tare v-au deranjat aceste simptome în ultima săptămână? (Cât de intense sau dese le-ați avut?)

ANXIETATE SOMATICĂ (concomitențele somatice ale anxietății, precum: gură uscată, gaze, indigestie, diaree, crampe, vărsături, palpitații, dureri de cap, gâfâieli, oftaturi, transpirații sau urinări frecvente)

NOTĂ: NU LE EVALUAȚI DACĂ SUNT DIN CAUZA MEDICAȚIEI!

- 0 absent
- 1 ușor
- 2 moderat
- 3 sever
- 5 incapacitant

În ultima săptămână v-ați gândit mai mult la sănătatea dvs sau la cum funcționează corpul (comparativ cu modul obișnuit)? Aveți multe plângeri legate de cum vă simțiți fizic? Ați constatat că cereți ajutor pentru probleme de sănătate pe care le-ați putea rezolva singur? DACĂ DA: Dați un exemplu. Cât de des se întâmplă?

IPOHONDRIE

- 0 absent
- 1 se gândește ocazional.
- 2 preocupări legate de sănătate
- 3 frecvente plângeri, solicitări de ajutor
- 4 deliruri ipohondre

EVALUARE BAZATĂ PE OBSERVARE

CONȘTIINȚA BOLII

- 0 recunoaște că este depresiv sau că nu mai este depresiv în prezent.
- 1 recunoaște boala, dar o atribuie altor cauze: proastă alimentație, climat, suprasolicitare, virus, lipsă de odihnă.
- 2 neagă boala cu totul.

EVALUARE BAZATĂ PE OBSERVAREA DIN TIMPUL INTERVIULUI

LENTOARE (Încetinirea gândirii și a vorbirii; afectarea abilității de a se concentra; scăderea activității motorii)

- 0 vorbire și ideăție normale
- 1 ușoară lentoare în timpul interviului
- 2 lentoare evidentă în timpul interviului
- 3 interviu dificil

4 stupoare completă

EVALUARE BAZATĂ PE OBSERVAREA DIN TIMPUL INTERVIULUI

AGITAȚIE

0 deloc

1 frecarea mâinilor

2 se joacă cu mâinile, părul etc.

3 se mișcă mereu, nu poate sta locului.

4 se bâțâie, își mușcă unghiile, se trage de păr, își mușcă buzele etc.

SCORUL TOTAL SCALA HAMILTON 17 ITEMI: ___/___/

În această ultimă săptămână v-ați simțit mai bine sau mai rău dimineața sau seara?

VARIAȚIA DIURNĂ

A. Notați dacă simptomele sunt mai rele dimineața sau seara.

DACĂ NU există variație diurnă, puneți 0.

0 nicio variație sau depresie

1 mai rău dimineața

2 mai rău după-amiaza

DACĂ EXISTĂ VARIAȚIE: Cât de rău vă simțiți? (DIMINEAȚA SAU SEARA)

B. Când este prezentă, marcați severitatea variației:

0 nicio variație

1 ușoară

2 severă

În ultima săptămână ați simțit vreodată brusc că totul devine ireal sau ca în vis ori străin? DACĂ DA: Cât de rău a fost? Cât de des s-a întâmplat?

DEPERSONALIZARE DEREALIZARE

(precum sentimente de irealitate sau nihiliste)

0 absent

4 ușor

5 moderat

6 sever

7 incapacitant

În săptămâna trecută ați simțit că toți vor să vă rănească sau să vă facă rău? DACĂ NU: Lumea vă bârfește pe la spate? DACĂ DA: Spuneți-mi despre ce.

SIMPTOME PARANOIDE

- 0 niciuna
- 1 suspicios
- 2 idei de referință
- 3 deliruri de referință și persecuție

În ultima săptămână au existat lucruri pe care a trebuit să le faceți mereu, precum să verificați de mai multe ori dacă ați închis ușa? DACĂ DA: Puteți să dați un exemplu?

Ați avut gânduri care nu aveau niciun sens, dar care vă veneau mereu în minte, fără încetare? DACĂ DA: Puteți să dați un exemplu?

SIMPTOME OBSESIONALE ȘI COMPULSII

- 0 absent
- 1 ușor
- 2 sever

SCORUL TOTAL LA SCALA HAMILTON 21 ITEMI ___/___/

Anexa 7 - Scala spitalicească de anxietate și depresie

Itemul	Deloc	Sporadic	Deseori	Întotdeauna
1. Mă simt tensionat(ă) și iritat(ă).	0	1	2	3
2. Încă mă bucur de lucrurile care îmi făceau plăcere.	3	2	1	0
3. Mă simt anxios/anxioasă, ca și când o să se întâmple ceva rău.	0	1	2	3
4. Pot să râd și să văd partea frumoasă a lucrurilor.	3	2	1	0
5. Sunt mereu îngrijorat(ă).	0	1	2	3
6. Mă simt bucuros/bucuroasă.	3	2	1	0
7. Pot să stau calm(ă) și să mă simt relaxat(ă).	3	2	1	0
8. Mă simt ca și cum aș fi inhibat(ă).	0	1	2	3
9. Am palpitații sau senzații de „fluturări” în stomac sau piept.	0	1	2	3
10. Mi-am pierdut interesul față de felul în care arăt.	3	2	1	0
11. Sunt neliniștit(ă) și nu pot sta locului.	0	1	2	3
12. Aștept lucruri plăcute.	3	2	1	0
13. Brusc am emoții de panică.	0	1	2	3
14. Mă bucur de o carte bună sau de un program TV.	3	2	1	0

Anexa 8 - Inventarul de autoevaluare a depresiei Beck

Instrucțiuni: Acesta este un chestionar. Acest chestionar este format din grupuri de afirmații. Vă rog să citiți cu atenție întregul grup de afirmații din fiecare categorie, de la nr. 1 la nr. 21.

Apoi vă rog să alegeți din fiecare categorie acea afirmație care descrie cel mai bine starea dumneavoastră din acest moment.

Încercuiți cifra corespunzătoare. Dacă mai multe afirmații dintr-un grup par să se potrivească, alegeți numai una. Înainte de a alege, asigurați-vă că ați citit fiecare afirmație.

1 _____

0 Nu mă simt trist.

1 Mă simt trist.

2 Sunt trist tot timpul și nu pot scăpa de tristețe.

3 Sunt atât de trist și de nefericit, încât nu mai pot suporta.

2 _____

0 Viitorul nu mă deranjează.

1 Mă simt descurajat când mă gândesc la viitor.

2 Simt că nu am ce aștepta de la viitor.

3 Simt că viitorul e fără speranță și nu mai e nimic de făcut.

3 _____

0 Nu am sentimentul eșecului sau al ratării.

1 Simt că am avut mai multe eșecuri decât majoritatea oamenilor.

2 Dacă mă uit în urmă la viața mea, văd o mulțime de eșecuri.

3 Mă simt complet ratat ca persoană.

4 _____

0 Lucrurile îmi fac aceeași plăcere ca de obicei.

1 Nu mă mai bucur de lucruri ca înainte.

2 Greu mai obțin o satisfacție reală.

3 Nu am mai trăit nicio satisfacție.

5 _____

0 Nu mă simt în mod special vinovat de ceva.

1 Mă simt rău și lipsit de merite în cea mai mare parte a timpului.

2 Mă simt aproape vinovat.

3 Mă simt tot timpul vinovat și inutil.

6 _____

0 Nu mă simt pedepsit cu ceva.

- 1 Mă gândesc că s-ar putea să fiu pedepsit pentru ceva.
- 2 Simt că voi fi pedepsit.
- 3 Simt că sunt pedepsit.

- 7 _____
- 0 Nu sunt dezamăgit de mine.
 - 1 Mă simt dezamăgit de mine.
 - 2 Sunt dezgustat de mine însumi.
 - 3 Mă urăsc.

- 8 _____
- 0 Nu simt că sunt mai rău decât alții.
 - 1 Mă critic pentru slăbiciunile și greșelile mele.
 - 2 Mă acuz tot timpul pentru greșelile mele.
 - 3 Mă acuz pentru tot ce se întâmplă rău.

- 9 _____
- 0 Nu am nicio idee de a mă sinucide.
 - 1 Simt că ar fi mai bine dacă aş muri.
 - 2 Am ideea de a mă sinucide.
 - 3 Aş dori să mă sinucid, dacă aş avea ocazia.

- 10 _____
- 0 Nu plâng mai mult decât de obicei.
 - 1 Acum plâng mai mult decât de obicei.
 - 2 Plâng tot timpul.
 - 3 Obişnuiam să plâng, dar acum nu mai pot, chiar dacă aş vrea.

- 11 _____
- 0 Nu sunt mai nervos decât înainte.
 - 1 Acum sunt mai nervos și mai iritabil decât înainte.
 - 2 Sunt nervos tot timpul.
 - 3 Nu mai sunt nervos în legătură cu lucrurile care mă enervau înainte.

- 12 _____
- 0 Nu mi-am pierdut interesul față de oamenii din jur.
 - 1 Am mai puțin interes față de oameni decât înainte.
 - 2 Mi-am pierdut cea mai mare parte a interesului față de oameni și am puține sentimente față de ei.
 - 3 Mi-am pierdut total interesul față de ceilalți și nu-mi pasă deloc de ei.

13 _____

0 Iau decizii la fel ca înainte.

1 Încerc să amân când trebuie să hotărâsc ceva.

2 Am mari greutateți când trebuie să hotărâsc ceva.

3 Nu mai pot lua nicio decizie.

14 _____

0 Cred că nu arăt mai rău decât înainte.

1 Sunt supărat că am început să arăt mai bătrân sau neatractiv.

2 Simt că sunt schimbări permanente în rău în aspectul meu.

3 Cred că sunt urât și respingător.

15 _____

0 Pot lucra la fel de bine ca înainte.

1 Trebuie să fac un efort suplimentar când încep să lucrez ceva.

2 Trebuie să mă străduiesc din greu ca să fac ceva.

3 Nu pot lucra nimic.

16 _____

0 Dorm tot atât de bine ca de obicei.

1 Mă trezesc mai obosit dimineața decât înainte.

2 Mă trezesc cu 1-2 ore mai devreme decât înainte și nu mai pot adormi.

3 Mă trezesc foarte devreme dimineața și nu pot să dorm mai mult de 5 ore pe noapte.

17 _____

0 Nu sunt mai obosit decât de obicei.

1 Obosesc mai repede decât înainte.

2 Obosesc făcând orice.

3 Sunt prea obosit ca să mai pot face ceva.

18 _____

0 Pofa mea de mâncare este la fel ca înainte.

1 Nu mai am aceeași poftă de mâncare ca înainte.

2 Acum pofta de mâncare este mai proastă.

3 Mi-am pierdut pofta de mâncare.

19 _____

0 Nu am slăbit în ultimul timp.

- 1 Am slăbit peste 1 kg în ultima lună.
- 2 Am slăbit peste 2 kg în ultima lună.
- 3 Am slăbit peste 5 kg în ultima lună.

20 _____

- 0 Nu sunt mai preocupat de sănătatea mea decât înainte.
- 1 Sunt preocupat de dureri, constipație, tulburări ale stomacului.
- 2 Sunt foarte preocupat de starea mea de sănătate și nu pot să mă gândesc la altceva.
- 3 Sunt atât de îngrijorat de starea mea de sănătate, încât nu pot să mă gândesc la nimic altceva.

21 _____

- 0 Nu am observat schimbări recente ale interesului meu față de sex.
- 1 Am un interes mai mic față de sex decât înainte.
- 2 Sexul mă interesează mult mai puțin decât înainte.
- 3 Am pierdut complet interesul față de sex.

Foaia de scor pentru inventarul de depresie Beck

Nr.	Item	Scor	BDI-21 Beck	DBI-12 Bech
1		0-3	x	x
2		0-3	x	x
3		0-3	x	x
4		0-3	x	x
5		0-3	x	x
6		0-3	x	x
7		0-3	x	
8		0-3	x	
9		0-3	x	
10		0-3	x	
11		0-3	x	x

12		0-3	x	
13		0-3	x	x
14		0-3	x	x
15		0-3	x	x
16		0-3	x	
17		0-3	x	x
18		0-3	x	
19		0-3	x	
20		0-3	x	x
21		0-3	x	
	TOTAL	0-63		

Anexa 9 - Scala de depresie pentru schizofrenie Calgary

Ghid pentru intervievator: Începeți fiecare item cu întrebarea inițială, așa cum este formulată în text. Apoi, puteți adapta restul întrebărilor conform nevoilor dvs, pentru a obține cât mai multe informații relevante. De asemenea, aveți posibilitatea de a ajusta perioada de timp pentru care faceți evaluarea depresiei; de exemplu, puteți utiliza ultima săptămână, ultimele două săptămâni etc. Scorul pentru ultimul item, Nr. 9, trebuie să reflecte observațiile făcute pe parcursul întregului interviu.

1. Depresia: Cum ați putea descrie dispoziția dumneavoastră psihică din ultimele două săptămâni? Ați fost destul de bucuros sau ați fost trist și abătut? În ultimele două săptămâni, cât de des ați fost ... (folosiți cuvântul utilizat de respondent)? În fiecare zi? În toate zilele?

0 – absent

1 – ușor: exprimă tristețe sau descurajare.

2 – moderat: depresie bine conturată, persistând până la jumătate din timpul ultimelor două săptămâni.

3 – sever: depresie marcată în mai mult de jumătate din zilele ultimelor două săptămâni și care interferează cu funcționarea motorie sau socială a subiectului.

2. Lipsa de speranță: Cum vă vedeți viitorul? Puteți să vorbiți despre viitor sau considerați că nu aveți niciun viitor? Ați renunțat să vă conturați viitorul sau considerați că încă merită să luptați pentru el?

0 – absent

1 – ușor: prezintă perioade în care se simte fără speranță, dar încă are ceva încredere în viitor.

2 – moderat: sentiment moderat de lipsă de speranță în ultima săptămână.

Chestionat, recunoaște posibilitatea de a gândi pozitiv despre viitor.

3 – sever: persistent și supărător sentiment de lipsă de speranță.

3. Lipsa de valoare: Care este opinia dumneavoastră despre propria persoană, în comparație cu alți oameni? Vă considerați mai bun sau nu la fel de bun ca majoritatea? Vă simțiți inferior sau chiar lipsit de valoare?

0 – absent

1 – ușor: ceva sentimente de inferioritate, dar fără să fie vorba despre lipsa de valoare.

2 – moderat: se simte fără valoare, dar mai puțin de jumătate din perioada chestionată.

3 – sever: subiectul se simte fără valoare și inferior în majoritatea timpului.

Poate fi provocat să recunoască altceva.

4. Idei de vinovăție: Aveți sentimente că sunteți acuzat de ceva sau chiar acuzat pe nedrept? Pentru ce anume? (Nu includeți acuzații justificabile; excludeți delirul de vinovăție.)

0 – absent

1 – ușor: subiectul se simte blamat, dar nu acuzat, în mai puțin de jumătate din timp.

2 – moderat: persistent sentiment de a fi blamat și/sau acuzat ocazional.

3 – sever: persistent sentiment de a fi acuzat. Când este provocat, recunoaște că aceasta nu este chiar așa.

5. Vinovăție patologică: Aveți tendința să vă criticați chiar pentru lucruri mici, pe care le-ați făcut în trecut? Credeți că meritați aceste critici?

0 – absent

1 – ușor: uneori subiectul se simte vinovat pentru lucruri mici, dar mai puțin de 50% din timp.

2 – moderat: peste 50% din timp, subiectul se simte vinovat de acțiuni trecute, pe care le exagerează ca importanță.

3 – sever: în mod obișnuit, subiectul se blamează pentru orice lucru care merge rău, chiar dacă nu a fost vorba despre greșelile lui.

6. Depresia de dimineață: Când v-ați simțit depresiv, în ultimele două săptămâni, ați constatat că depresia este mai mare într-o anumită perioadă a zilei?

0 – absent

1 – ușor: depresia nu prezintă variații diurne.

2 – moderat: subiectul menționează spontan că depresia este mai rea dimineața.

3 – sever: depresie marcat severă dimineața, cu afectarea funcționării și care se ameliorează semnificativ după-amiază.

7. Trezire de dimineață: Ați constatat că vă treziți foarte devreme? Cât de des se petrece aceasta?

0 – absent

1 – ușor: ocazional se trezește mai devreme cu o oră sau mai mult.

2 – moderat: deseori se trezește mai devreme decât e necesar.

3 – sever: în fiecare zi se trezește mai devreme cu mai mult de o oră.

8. Suicid: Ați constatat că viața nu merită trăită? Vă gândiți că mai bine nu ați trăi? Vă gândiți că mai bine v-ați omori? Ați vrea să încercați?

0 – absent

1 – ușor: frecvente gânduri că mai bine ar fi mort sau ocazional gânduri de suicid.

2 – moderat: ia în considerare suicidul, dar nu a făcut nicio încercare.

3 – sever: are un plan stabilit pentru a se sinucide cu adevărat.

9. Depresie observată: bazată pe observarea din timpul interviului.

0 – absent

1 – ușor: subiectul pare trist și abătut în timpul discutării subiectelor neutre.

2 – moderat: subiectul pare trist și abătut în timpul interviului, cu o voce monotonă și joasă, cu lacrimi în ochi sau chiar plângând.

3 – sever: subiectul devine foarte trist și se blochează în timpul interviului când se discută subiecte ce-l afectează, oftează adânc, plânge persistent, pare realmente dărâmat/distrus.

Anexa 10 - Scala Edinburgh de depresie post-partum

Instrucțiuni:

1. Respondenta este rugată să sublinieze răspunsul care este cel mai aproape de felul în care s-a simțit în ultimele 7 zile.
2. Trebuie să se răspundă la toate cele 10 întrebări.
3. Trebuie să se evite ca respondenta să discute cu alții despre cum să răspundă la întrebări.
4. Respondenta trebuie să răspundă ea însăși la întrebări, chiar dacă are dificultăți în citirea și înțelegerea textului.
5. Scala EPDS poate fi utilizată pentru screeningul femeilor la 6-8 săptămâni după naștere. Vizita la clinica de pediatrie, controlul medical post-naștere ori o vizită la domiciliu a medicului pot constitui ocazii bune pentru completarea acestei scale.

Nume _____

Adresa _____

Vârsta copilului _____

Am vrea să știm cum vă simțiți acum, când tocmai ați născut. Vă rog să subliniați răspunsul cel mai potrivit cu starea dumneavoastră DIN ULTIMELE 7 ZILE, nu numai cum vă simțiți în acest moment.

1. Am fost capabilă să râd și să văd partea amuzantă a lucrurilor.

Tot atât de mult ca altădată

Nu chiar așa de mult

În mod evident mai puțin

Deloc

2. Am căutat să mă bucur de toate.

Tot atât de mult ca altădată

Nu chiar așa de mult

În mod evident mai puțin

Deloc

3. * M-am acuzat pe nedrept atunci când lucrurile mergeau rău.

Da, în majoritatea timpului

Da, destul de mult

Nu foarte des

Niciodată

4. Am fost anxioasă și îngrijorată fără motive temeinice.

Deloc

Foarte rar

Da, uneori

Da, foarte des

5. * Am fost înfricoșată și panicată pentru lucruri mici.
Da, mult
Da, uneori
Nu, rar
Nu, deloc
6. * Lucrurile m-au depășit.
Da, uneori nu m-am descurcat așa de bine ca înainte.
Nu, am fost capabilă să depășesc problemele.
7. * Am fost așa de nefericită, încât am avut probleme să dorm.
Da, în majoritatea timpului
Da, uneori
Nu foarte des
Nu, deloc
8. * M-am simțit tristă, supărată și nefericită.
Da, în majoritatea timpului
Da, uneori
Nu foarte des
Nu, deloc
9. * Am fost atât de nefericită, încât am plâns.
Da, în majoritatea timpului
Da, destul de des
Numai ocazional
Nu, niciodată
10. * Mi s-a întâmplat să mă gândesc să-mi fac ceva rău.
Da, destul de des
Uneori
Foarte rar
Niciodată

Răspunsurile sunt evaluate cu 0, 1, 2 și 3 – în funcție de creșterea severității simptomului. Întrebările marcate cu asterisc sunt cotate în ordine inversă (de exemplu, 3, 2, 1 și 0). Scorul total este calculat prin adunarea scorurilor tuturor întrebărilor.

Anexa 11 - Scala lipsei de speranță Beck

Nr. Item	Item	Adevărat	Fals
1	Aștept viitorul cu speranță și cu entuziasm.		
2	Ar trebuie să renunț, din cauză că lucrurile nu merg cum trebuie.		
3	Când lucrurile nu merg bine, știu că asta nu se va întâmpla mereu.		
4	Nu pot să-mi imaginez viața mea peste 10 ani.		
5	Am timp destul pentru lucrurile pe care le vreau cel mai mult.		
6	Aștept ca în viitor să am succes în ceea ce mă interesează cel mai mult.		
7	Viitorul meu mi se pare sumbru.		
8	Mă aștept să obțin mai mult de la viață decât oamenii obișnuți.		
9	Nu am eșuat și nu sunt motive să cred că voi eșua în viitor.		
10	Experiențele trecute mă vor ajuta în viitor.		
11	Tot ce văd înaintea sunt mai curând lucruri neplăcute decât plăcute.		
12	Nu mă aștept să obțin ceea ce doresc.		
13	Când mă gândesc la viitor, cred că voi fi mai fericit decât în prezent.		
14	Lucrurile nu merg cum aș vrea să meargă.		
15	Am o mare încredere în viitor.		
16	Niciodată n-am avut ce am dorit, așa că este ridicol să doresc ceva.		

17	Este foarte improbabil să obțin vreo bucurie în viitor.		
18	Viitorul mi se pare vag și incert.		
19	Mă aștept la mai multe lucruri rele decât bune.		
20	Nu are sens să încerc ceva, din cauză că probabil nu voi reuși.		

Anexa 12 - Scala Hamilton de evaluare a anxietății

Mai jos este o listă care descrie unele sentimente pe care le pot avea oamenii. Evaluați pacientul prin potrivirea simptomelor lui cu fraza care descrie cel mai bine intensitatea acestor sentimente. Selectați numai unul dintre cele cinci răspunsuri pentru cei 14 itemi:

0 = absent; 1 = ușor; 2 = moderat; 3 = sever; 4 = foarte sever

1. Dispoziție anxioasă 0 1 2 3 4

Grijă, anticiparea a ceea ce e mai rău, anticiparea fricii, iritabilitate

2. Tensiune 0 1 2 3 4

Sentimentul de a fi tensionat, alarmat, obosit, neliniștit, incapabil de a se relaxa, plâns ușor

3. Frică 0 1 2 3 4

Frică de întuneric, de străini, de a rămâne singur, de animale, de trafic sau de aglomerație

4. Insomnie 0 1 2 3 4

Dificultate de a adormi, somn întrerupt, somn neodihnit, oboseală la trezire, coșmaruri

5. Tulburări intelectuale 0 1 2 3 4

Dificultăți de concentrare, tulburări de memorie

6. Dispoziție depresivă 0 1 2 3 4

Pierderea interesului, pierderea plăcerii din activitățile altădată plăcute, tristețe, trezire devreme, schimbări diurne ale dispoziției

7. Tulburări musculare 0 1 2 3 4

Dureri, contracții musculare, spasme, încheștarea dinților, schimbarea tonului vocii, hipertonie musculară

8. Tulburări senzoriale 0 1 2 3 4

Țuitori în urechi, vedere încețoșată, valuri de căldură sau de frig, slăbiciune, înțepături

9. Simptome cardiovasculare 0 1 2 3 4

Tahicardie, palpitații, dureri în piept, puls erectil, senzație de leșin, extrasistole

10. Simptome respiratorii 0 1 2 3 4

Senzație de presiune și constricție în piept, lipsă de aer, dispnee, oftat

11. Simptome gastrointestinale 0 1 2 3 4

Dificultăți la înghițit, dureri abdominale, senzații de arsură, de balonare, greață, vomă, garguimente, diaree sau constipație, pierdere în greutate

12. Simptome genitourinare 0 1 2 3 4

Urinări frecvente, senzație imperioasă de urinare, amenoree, menoragie, frigiditate, ejaculare precoce, pierderea libidoului, impotență

13. Simptome vegetative 0 1 2 3 4

Senzație de gură uscată, valuri de căldură și roșeață, paloare, tendință de transpirație, presiune cefalică, piloerecție, vertij

14. Comportamentul în timpul interviului 0 1 2 3 4

Nervozitate, neliniște, tremorul mâinilor, încruntarea feței, aspect tensionat, respirație rapidă și zgomotoasă, paloare, înghițituri frecvente etc.

INTERVIUL STRUCTURAT AL SCALEI HAMILTON DE EVALUARE A ANXIETĂȚII

1. Care a fost dispoziția ta în ultima săptămână?

Ai fost anxios, nervos?

Ai fost îngrijorat?

Ai avut sentimentul că s-ar putea întâmpla ceva rău?

Te-ai simțit iritat?

0 – Fără dispoziție anxioasă

1 – Anxietate sau grijă ușoară, indicată numai dacă este întrebat; nicio schimbare în funcționare

2 – Preocupare față de evenimente minore, anxietate doar în unele zile

3 – Anxietate/îngrijorare aproape zilnică, cu afectarea activității zilnice; zilnic

preocupat de aceste simptome

4 – Anxietate aproape constantă; perturbarea funcționării de rol

2. Te-ai simțit tensionat?

Te sperii/tresari repede?

Plângi ușor?

Obosești repede?

Ai fost neliniștit sau agitat ori tensionat/incapabil să te relaxezi?

0 – Nicio tensiune

1 – Ușoară tensiune ocazional sau în unele zile (1-2 zile), momente de teamă exagerată sau dispoziție labilă

2 – Tensiune sau oboseală musculară 50% din timp sau repetate (mai mult de două) episoade de neliniște și teamă

3 – Aproape zilnic tensiune musculară, oboseală și/sau neliniște (mai mult de 75% din timp sau persistent), simptomele interferează cu funcționarea

4 – Tensiune, neliniște și agitație constantă, inabilitate de a se relaxa în timpul
Interviului

3. Te-ai simțit înfricoșat de situații sau de evenimente?

Ți-a fost frică de întuneric?

De străini?

Să fii singur?

De animale?

Să fii prins în trafic?

De aglomerație?

Alte frici?

0 – Nicio frică

1 – Frică ușoară, dar necauzând deranj sau probleme

2 – Frica duce la evitarea situațiilor sau cauzează probleme într-una sau mai multe ocazii.

3 – Frica este un lucru care necăjește subiectul aproape în fiecare zi (75%); subiectul ar putea avea nevoie să fie cu cineva în situațiile de frică.

4 – Frică și evitare care perturbă puternic funcționarea. Subiectul poate evita multiple situații, chiar dacă este însoțit; agorafobie marcată.

4. Cum ai dormit în ultima săptămână?

Ai vreo dificultate în a adormi?

Te trezești noaptea?

Te trezești devreme și nu mai poți adormi?

Te simți neliniștit dimineața?

0 – Nicio problemă cu somnul

1 – Probleme ușoare cu somnul (de exemplu, 1-2 nopți cu dificultăți de adormire sau coșmaruri)

2 – Mai multe nopți cu probleme de somn, dar nu persistente (de exemplu, mai mult de ½ oră până adoarme, coșmaruri sau oboseală excesivă la trezire)

3 – Probleme persistente cu somnul (mai multe zile), caracterizate de dificultăți de adormire (mai mult de o oră până adoarme) sau stă treaz, neliniștit, frecvente coșmaruri, somn nesatisfăcător, oboseală.

4 – Dificultăți în fiecare noapte cu adormirea sau menținerea somnului ori oboseală severă la trezire

5. Ai avut probleme de concentrare sau de rememorare?

0 – Nicio dificultate

1 – Rare episoade de uitare sau de lipsă de concentrare, care nu perturbă persoana.

2 – Episoade recurente de uitare sau dificultăți de concentrare care îi cauzează persoanei destule probleme.

3 – Persistente probleme de memorie și concentrare, care interferează cu sarcinile zilnice.

4 – Probleme serioase din cauza tulburărilor de concentrare

6. Te-ai simțit depresiv?

Ai pierdut interesul/motivația față de diferite lucruri?

Ți-ai pierdut plăcerea de a te întâlni cu prietenii sau pentru hobby-urile tale?

0 – Nicio depresie

1 – Ocazional sau ușoară tristețe, ori raportează scăderea plăcerii în viață.

2 – Trist sau dezinteresat 50% din timp, dar nu influențează funcționarea.

3 – Persistentă tristețe sau pierdere a plăcerii, influențează în mod semnificativ viața persoanei și este evidentă pentru alții.

4 – Depresie severă zilnică, o semnificativă perturbare a funcționării.

7. Ai simțit dureri sau tensiuni musculare?

Ai simțit spasme sau contracții musculare?

Ai avut încheștări ale maxilarelor (scrâșnit din dinți)?

Ți-ai pierdut vocea?

0 – Niciun simptom muscular

1 – Prezență sporadică a 1-2 simptome, dar fără ca subiectul să fie deranjat.

2 – Mai multe simptome ușoare sau unul care deranjează persoana.

3 – Simptome manifestate în mai multe zile, care necăjesc persoana și care o determină să-și limiteze activitatea sau să ia medicamente.

4 – Zilnic sau aproape zilnic simptome care deranjează tare persoana și care o fac să-și restrângă activitatea sau să caute ajutor medical.

8. Ai avut țiuitori în urechi, vedere încetoșată, valuri de căldură sau de frig, senzații de înțepături sau arsuri, oboseală? (nu în timpul unui atac de panică)

0 – Niciun simptom

1 – Rar, prezența a 1-2 simptome, dar fără să necăjească persoana.

2 – Probleme ușoare cu câteva simptome sau un simptom îl necăjește mai tare.

3 – Simptomele apar în mai multe zile și necăjesc persoana mai tare și/sau persoana încearcă să controleze simptomele prin limitarea activității sau luarea de medicamente.

4 – Zilnic sau aproape zilnic, simptome care perturbă semnificativ persoana și o fac să reducă activitatea sau să se ducă la medic.

9. Ai avut perioade când inima a bătut repede sau neregulat? (nu în timpul unui atac de panică)

Ai avut dureri în piept sau senzații de slăbiciune de la inimă?

0 – Niciun simptom

1 – Rar, prezența a 1-2 simptome, dar fără să necăjească subiectul.

2 – Probleme ușoare cu câteva simptome sau un simptom îl necăjește mai tare.

3 – Simptomele apar în mai multe zile și necăjesc persoana mai tare și/sau persoana încearcă să controleze simptomele prin limitarea activității sau luarea de medicamente.

4 – Zilnic sau aproape zilnic, simptome care perturbă semnificativ persoana și o fac să reducă activitatea sau să se ducă la medic.

10. Ai avut probleme cu respirația? De exemplu, senzație de presiune sau constricție în piept, de greutate în respirație sau lipsă de aer? (nu în timpul unui atac de panică)

0 – Niciun simptom

1 – Rar, prezența a 1-2 simptome, dar fără să necăjească persoana.

2 – Probleme ușoare cu câteva simptome, sau un simptom îl necăjește mai tare.

3 – Simptomele apar în mai multe zile și necăjesc persoana mai tare și/sau persoana încearcă să controleze simptomele prin limitarea activității sau prin luarea de medicamente.

4 – Zilnic sau aproape zilnic simptome care perturbă semnificativ persoana și o fac să reducă activitatea sau să se ducă la medic.

11. Ai avut probleme sau dureri de burtă? (nu în timpul unui atac de panică)

Greață sau vomă?

Arsuri sau crampe la stomac?

Arsuri pe esofag/pirozis?

Diaree sau constipație?

Balonări?

0 – Niciun simptom

1 – Rar, prezența a 1-2 simptome, dar fără să necăjească subiectul.

2 – Probleme ușoare cu câteva simptome sau un simptom o necăjește mai tare.

3 – Simptomele apar în mai multe zile și necăjesc persoana mai tare și/sau

persoana încearcă să controleze simptomele prin limitarea activității sau prin luarea de medicamente.

4 – Zilnic sau aproape zilnic simptome care perturbă semnificativ persoana și o fac să reducă activitatea sau să se ducă la medic.

12. Ai avut probleme cu urinatul? De exemplu, ai urinat mai frecvent decât de obicei?

Simți nevoia să urinezi urgent? Nu poți să te ții?

Ți-a scăzut interesul pentru sex?

Pentru femei: Ți vine menstruația la timp?

Ai probleme în obținerea orgasmului?

Pentru bărbați: Ai probleme în menținerea erecției?

Ejaculezi prea repede?

0 – Niciun simptom

1 – Rare sau minore simptome urinare sau sexuale

2 – Simptome urinare mai multe zile pe săptămână, ocazional probleme sexuale

3 – Simptome sexuale și urinare în majoritatea zilelor, amenoree

4 – Zilnic, simptome urinare și sexuale care necăjesc subiectul și-l fac să caute tratament medical.

13. Ai simțit că îți arde fața sau ai fost palid sau zăpăcit? (nu în timpul unui atac de panică)

Ai avut senzația de durere și presiune în cap/migrenă?

Te-ai înfiorat și ți s-a ridicat părul pe mâini sau pe spate când ți-a fost frică?

0 – Niciun simptom

1 – Simptome ușoare și rare

2 – Simptomele apar de mai multe ori pe săptămână și sunt supărătoare.

3 – Simptome supărătoare și jenante aproape zilnic

4 – Simptomele sunt zilnice, supărătoare și produc probleme de funcționare (de exemplu, migrenele zilnice sau senzația de zăpăceală/obtuție conduc la limitarea activității).

14. Evaluați comportamentul din timpul interviului:

Neliniște, nu poate sta liniștit, tremor al mâinilor, încruntarea frunții, paloarea feței sau pete pe față, respirație rapidă, frecvente înghițituri.

0 – Niciun simptom vizibil

1 – Prezența a 1-2 simptome de mică intensitate

2 – Prezența mai multor simptome de mică intensitate sau unul de mai mare intensitate

3 – Persistența simptomelor în timpul interviului

4 – Agitație, hiperventilație, dificultăți în terminarea interviului

Anexa 13 - Inventarul anxietății Beck (BAI)

Despre: Această scală constituie o măsurare a anxietății prin auto-raportare.

Itemi: 21

Fiabilitate:

Consistența internă pentru BAI = (Coeficientul alfa (Cronbach) = 0.92) Fiabilitatea test-retest (1 săptămână) pentru BAI = 0.75 (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).

Validitate:

BAI a fost moderat corelat cu Scala Hamilton revizuită de Evaluare a Anxietății (.51) și ușor corelat cu Scala Hamilton de Evaluare a Depresiei (.25) (Beck et al., 1988)

Calcularea scorului:

	Deloc	Ușor, dar nu m-a deranjat mult	Moderat - nu prea era plăcut uneori	Sever – m-a deranjat mult
Toate întrebările	0	1	2	3

Scorul total se calculează prin aflarea sumei celor 21 itemi. Scor între 0 – 21 = anxietate joasă

Scor între 22 – 35 = anxietate moderată

Scor de 36 și mai mult = nivele de anxietate potențial îngrijorător

Inventarul Anxietății Beck (BAI)

Mai jos este o listă a celor mai frecvente simptome ale anxietății. Citiți, vă rog, cu atenție fiecare item din listă. Indicați cât de mult ați fost deranjat de simptomul respectiv în ultima lună, inclusiv astăzi, notând numărul în spațiul din coloana corespunzătoare fiecărui simptom.

	Deloc	Ușor, dar aceasta nu m-a deranjat mult	Moderat – nu prea era plăcut uneori	Sever – m-a deranjat mult
Amorțeli sau furnicături	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fierbințeală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slăbiciune în picioare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacitate de relaxare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frică că s-ar putea întâmpla ce e mai rău	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amețeală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitații ale inimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clătinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Înspăimântat sau speriat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senzație de sufocare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremuratul mâinilor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremurare/clătinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamă de a pierde controlul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultăți de respirație	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frică de moarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speriat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indigestie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leșin/amețeală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Față înroșită	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transpirații calde/reci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexa 14 - Inventarul de Anxietate Stare – STAI Spielberger (The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger- STAI)

CHESTIONAR DE AUTOEVALUARE: S.T.A.I. – forma X1

Instrucțiuni: Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercuiți acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu modul în care vă simțiți acum în acest moment. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să înfățișeze cel mai bine felul cum vă simțiți în prezent.

	Deloc	Puțin	Destul	Foarte	
mult					
1. Mă simt calm(ă).	1	2	3	4	
2. Mă simt liniștit(ă)		1	2	3	4
3. Sunt încordat(ă).	1	2	3	4	
4. Îmi pare rău de ceva.	1	2	3	4	
5. Mă simt în apele mele.	1	2	3	4	
6. Sunt trist.	1	2	3	4	
7. Mă îngrijorează niște neplăceri posibile.	1	2	3	4	
8. Mă simt odihnit(ă).	1	2	3	4	
9. Mă simt neliniștit(ă).	1	2	3	4	
10. Mă simt bine.	1	2	3	4	
11. Am încredere în puterile mele.	1	2	3	4	
12. Mă simt nervos(nervoasă).	1	2	3	4	
13. Sunt speriat(ă).	1	2	3	4	
14. Mă simt iritat(ă).	1	2	3	4	
15. Mă simt relaxat(ă).	1	2	3	4	
16. Mă simt mulțumit(ă).	1	2	3	4	
17. Sunt îngrijorat(ă).	1	2	3	4	
18. Mă simt agitat și „scos din fire”.	1	2	3	4	
19. Mă simt vesel(ă).	1	2	3	4	
20. Mă simt bine dispus(ă).	1	2	3	4	

CHESTIONAR DE AUTOEVALUARE S.T.A.I – forma X2

Instrucțiuni:

Mai jos sunt date mai multe descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercuiți acea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul în care vă simțiți în general. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo deosebire și dați acel răspuns care pare să descrie felul în care vă simțiți în general.

21. Sunt bine dispus(ă).
22. Obosesc repede.
23. Îmi vine să plâng.
24. Aș dori să fiu fericit(ă) cum par alții să fie.
25. De multe ori îmi scapă unele lucruri pentru că nu mă pot decide destul de repede.
26. Mă simt odihnit(ă).
27. Sunt calm(ă), „cu sânge rece” și concentrat(ă).
28. Simt că mi se adună greutățile și nu le mai pot face față.
29. Mă frământă prea mult anumite lucruri care în realitate nu au importanță.
30. Sunt fericit(ă).
31. Sunt înclinat(ă) să iau lucrurile prea în serios.
32. Îmi lipsește încrederea în puterile mele.
33. Mă simt în siguranță.
34. Încerc să evit un moment critic sau o dificultate.
35. Mă simt abătut(ă).
36. Mă simt mulțumit(ă).
37. Îmi trece prin minte câte un gând lipsit de importanță și mă sâcâie.
38. Așa de mult pun dezamăgirile la suflet încât nu mai pot scăpa de ele.
39. Sunt un om echilibrat.
40. Când mă gândesc la necazurile mele prezente devin nervos(nervoasă) și prost dispus(ă).

Este un chestionar de autoevaluare, fiind desemnat pentru autoadministrare. Atenția examinatorului trebuie îndreptată asupra faptului că instrucțiunile sunt diferite pentru cele două părți ale inventarului. Anxietatea stare este conceptualizată ca o stare emoțională tranzitorie sau o condiție a organismului uman care este caracterizată prin trăiri conștient percepute, subiective ale tensiunii precum și o activitate crescută a sistemului nervos autonom. Aceste stări pot varia în intensitate și fluctua în timp. Anxietatea trăsătură se referă la diferențe relativ stabile în tendința de a răspunde la situații percepute ca amenințătoare cu creșteri ale anxietății stare.

COTARE:

Se cotează invers itemii 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 ai subscale A-stare și itemii: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19 ai subscalei A-trăsătură.

Talon orientativ pentru

STAI trăsătură	Femei	Bărbați
Media:	42,11	40,16
Abaterea		
Standard:	7,04	8,33
STAI stare		
Media	41,39	40,38
Abaterea		
Standard:	8,30	7,21

Anexa 15 - Scala de autoevaluare a maniei a lui Altman (ASRMS)

Instrucțiuni:

1. Acest chestionar cuprinde 5 grupe de propoziții; citiți cu atenție fiecare propoziție.
2. Alegeți o singură propoziție din fiecare grupă, propoziția care descrie cel mai bine sentimentele pe care le-ați avut în ultima săptămână.
3. Încercuiți numărul corespunzător propoziției alese.
4. Luați în considerare că „ocazional” înseamnă o frecvență de 1-2 ori pe săptămână, „adesea” înseamnă o frecvență de 3-4 ori pe săptămână și „frecvent” înseamnă de 5-6 ori pe săptămână.

-
- 1) 0 Nu mă simt mai bucuros sau mai fericit decât de obicei.
 - 1 Ocazional, mă simt mai bucuros sau mai fericit decât de obicei.
 - 2 Adesea mă simt mai bucuros sau mai fericit decât de obicei.
 - 3 Frecvent mă simt mai bucuros sau mai fericit decât de obicei.
 - 4 Tot timpul mă simt mai bucuros sau mai fericit decât de obicei.

-
- 2) 0 Nu mă simt mai încrezător decât de obicei.
 - 1 Ocazional mă simt mai încrezător decât de obicei.
 - 2 Adesea mă simt mai încrezător decât de obicei.
 - 3 Frecvent mă simt mai încrezător decât de obicei.

4 În majoritatea timpului mă simt extrem de încrezător.

3) 0 Eu dorm ca de obicei.

1 Ocazional, am nevoie de somn mai puțin decât de obicei.

2 Adesea am nevoie de somn mai puțin decât de obicei.

3 Frecvent am nevoie de somn mai puțin decât de obicei.

4 Nu dorm ziua și noaptea și nu sunt obosit.

4) 0 Nu vorbesc mai mult decât de obicei.

1 Ocazional, vorbesc mai mult decât de obicei.

2 Adesea vorbesc mai mult decât de obicei.

3 În mod frecvent vorbesc mai mult decât de obicei.

4 Vorbesc mult și nu pot fi întrerupt.

5) 0 Nu sunt mai activ (la lucru, acasă, sexual sau la distracție) decât de obicei.

1 Ocazional, sunt mai activ decât de obicei.

2 Adesea sunt mai activ decât de obicei.

3 Frecvent sunt mai activ decât de obicei.

4 Sunt constant activ tot timpul.

Anexa 16 - Scala Young de evaluare a maniei

Ghid pentru evaluarea itemilor:

Scopul central al fiecărui item este de a evalua nivelul de severitate al simptomelor prezente la pacient. Pentru fiecare item, sunt prezentate mai multe opțiuni de grad de severitate, iar alegerea unui anumit grad este esențială pentru evaluarea corectă a itemului respectiv. În consecință, selectați un grad de severitate care reflectă cât mai fidel starea pacientului conform percepției dvs. Pentru fiecare grad de severitate, există un scor asociat; în cazul anumitor itemi, puteți, de asemenea, să alegeți un scor intermediar între gradele de severitate prezentate.

1. Dispoziție crescută

0 Absent

1 Posibilă sau ușoară creștere a dispoziției când este întrebat

2 Creștere subiectivă bine definită: optimist, încrezător, bucuros, conform

cu contextul

3 Crescută; veselie; neconform cu contextul

4 Euforic; râs nepotrivit; cântă.

2. Creșterea energiei – activități motorii

0 Absent

1 Creștere afirmată

2 Animat, gesticulație

3 Energie excesivă; perioade de hiperactivitate; se mișcă încontinuu (poate fi calmat).

4 Excitație motorie; hiperactivitate continuă (nu poate fi calmat).

3. Interesul sexual

0 Normal; nu este crescut deloc.

1 Posibil sau ușor crescut

2 Afirmativ crescut

3 Conținut sexual spontan; discută subiecte sexuale; raportează hipersexualism.

4 Acțiuni sexuale deschise (față de personal, alți pacienți etc.)

4. Somn

0 Nu raportează descreșterea nevoii de somn.

1 Doarme mai puțin decât normal, până la o oră.

2 Doarme mai puțin decât normal (mai mult decât o oră).

3 Raportează descreșterea nevoii de somn.

4 Neagă nevoia de somn.

5. Iritabilitate

0 Absent

2 Afirmativ crescut

4 Iritabil în timpul interviului; recente episoade de mânie sau ceartă în spital

6 Frecvent iritabil în timpul interviului; comportament necivilizat, vulgar

8 Ostil, necooperant; interviul este imposibil.

6. Vorbire (frecvență și cantitate)

0 Necrescută

2 Crede că este vorbăreț.

4 Perioade de creștere a frecvenței și a cantității; vorbăreț în timpul interviului

6 Creștere evidentă a frecvenței și a cantității vorbirii, nu poate fi oprit.

8 Nu poate fi întrerupt, vorbește încontinuu.

7. Tulburarea gândirii – limbajul

- 0 Absent
- 1 Circumstanțial, ușoară distractibilitate, gândire rapidă
- 2 Ușor de distras, pierde firul gândirii, schimbă subiectul des, gândurile zboară.
- 3 Fugă de idei, tangențialitate, dificil de urmărit, ecolalie
- 4 Incoerent, comunicare imposibilă

8. Conținut

- 0 Normal
- 2 Planuri vagi, noi interese
- 4 Proiecte speciale; hiper-religios
- 6 Grandios sau paranoid; idei de referință
- 8 Delirant; halucinații

9. Comportament destructurat – agresiv

- 0 Absent; cooperant
- 2 Sarcastic, circumspect
- 4 Solicitant, amenințător
- 6 Amenință interviewerul, îmbrânțește, interviu dificil
- 8 Agresiv, distructiv, interviu imposibil

10. Înfățișare

- 0 Îmbrăcăminte și înfățișare corespunzătoare
- 1 Ușoară dezordine în îmbrăcăminte și înfățișare
- 2 Moderată dezordine, murdărie, îmbrăcăminte neadecvată
- 3 Dezmățat; parțial îmbrăcat; împopoțonat, machiat nepotrivit
- 4 Complet murdar și dezmățat, îmbrăcat bizar, machiat strident; poartă decorații și insigne.

11. Insight (conștiința bolii)

- 0 Prezent; admite existența bolii; de acord cu tratamentul.
- 1 Admite boala ca fiind posibilă.
- 2 Admite modificările comportamentale, dar neagă existența bolii.
- 3 Admite unele modificări comportamentale, dar neagă existența bolii.
- 4 Neagă orice schimbare comportamentală.

Anexa 17 - Scala de evaluare a maniei administrată de clinician

1. Dispoziție euforică (Optimism exagerat despre prezent sau viitor, care durează cel puțin câteva ore și care este neadecvat față de circumstanțele exterioare)

0 Absentă

1 Schițat; de exemplu: este bine dispus, mai vesel decât alții, dar semnificația clinică este sub semnul întrebării.

2 Ușor; dispoziția expansivă este bine definită, optimism evident și oarecum neadecvat circumstanțelor.

3 Moderat; dispoziția și scopurile subiectului sunt clar neadecvate și nerealiste.

4 Sever; dispoziția euforică este foarte pregnantă.

5 Extrem; sentimente extreme de bunăstare afirmate deschis; râs și cântat nepotrivite.

Întrebări:

Au existat momente în ultima săptămână/lună în care te-ai simțit neobișnuit de bine, vesel sau fericit?

Te simți ca și cum toate sunt așa cum ai vrut?

Este o diferență față de dispoziția ta normală? De cât timp durează?

2. Iritabilitate/Agresivitate (Evidențiată recent, demonstrată în afara sau în timpul interviului, exprimă deschis mânia, iritabilitatea sau supărarea. Să nu se includă expresia subiectivă a mâniei/supărării dacă nu există și expresia exterioară.)

0 Absentă

1 Foarte puțin; ocazională supărare, dar semnificația clinică este sub semnul întrebării.

2 Ușoară; certăreț, opoziționist, repede exprimă supărare față de alții, uneori iritabil în timpul interviului.

3 Moderată; adesea înjură, își pierde cumpătul, amenință, iritare excesivă față de unele subiecte, frecvent iritabil în timpul interviului, uneori este necesară plasarea pacientului într-o secție închisă.

4 Severă; uneori agresiv, aruncă cu obiecte, distruge, excesivă iritare, folosirea forței pentru a-l liniști este uneori necesară, interviul a fost oprit din cauza iritabilității excesive.

5 Extremă; episoade de violență împotriva persoanelor și a obiectelor, folosirea forței este necesară (legarea, cămașa de forță etc.)

Întrebări:

Cum te înțelegi cu alți oameni, în general?

Te-ai simțit iritabil și mânios? Cât de mult timp?

Ai fost implicat în certuri sau în confruntări fizice cu alții? Cât de des?

3. Hiperactivitate motorie (Demonstrată recent, în afara și în timpul interviului, hiperactivitate motorie manifestată vizibil și generalizată. A nu se include neliniștea trăită subiectiv sau legată de tratamentul urmat.)

0 Absentă

1 Foarte ușor crescută și cu o semnificație clinică îndoielnică

2 Ușoară; uneori umblă mai mult, incapabil să stea liniștit pe scaun.

3 Moderată; umblă frecvent prin secție, incapabil să stea pe scaun.

4 Marcată: aproape constant se mișcă și umblă de colo-colo.

5 Extremă; semne continue de hiperactivitate motorie și pacientul trebuie liniștit cu forța, pentru a evita extenuarea fizică.

Întrebări:

Au existat perioade când ai fost incapabil să stai liniștit sau când a trebuit să umbli și să te miști încolo și înapoi?

4. Presiunea vorbirii (vorbire accelerată, presiune de a vorbi sau creșterea cantității și a vitezei vorbirii, în afara sau în timpul interviului)

0 Absentă

1 Foarte ușor crescută sau cu o semnificație clinică îndoielnică

2 Ușoară; mai vorbăreț decât de obicei, dar conversația nu este afectată.

3 Moderată; așa de vorbăreț încât conversația este influențată; unele dificultăți de a întrerupe discursul pacientului.

4 Marcată; vorbirea pacientului este așa de rapidă, încât este dificilă menținerea conversației și este foarte dificil să întrerupeți pacientul.

5 Extremă; vorbirea este așa de rapidă și de continuă, încât pacientul nu poate fi întrerupt.

5. Fuga de idei (Vorbire accelerată cu schimbarea abruptă a subiectului, în mod obișnuit bazată pe asocierea de idei, stimuli care îl distrag sau jocuri de cuvinte. Când e severă, asocierile pot fi dificil de înțeles și devine evidentă o relaxare a asocierilor de idei sau incoerența ideilor; fuga de idei se referă și la experiența subiectivă a pacientului de a avea gânduri care-i zboară sau îi gonesc prin minte)

0 Absentă

1 Foarte ușoară; momente ocazionale, fără semnificație clinică

2 Ușoară; ocazional, prezintă momente de schimbare bruscă a subiectului, cu o ușoară afectare a înțelegerii a ceea ce vorbește pacientul sau pacientul raportează ocazional fuga ideilor.

3 Moderată; momente frecvente în care vorbirea pacientului este mai greu de înțeles sau pacientul raportează fuga ideilor, care devine supărătoare pentru el.

4 Severă; foarte frecventă fugă de idei cu afectare clară a înțelegerii spuselor pacientului.

5 Extremă; vorbirea constă în schimbări rapide ale subiectului, este dificil de urmărit.

Întrebări:

Ai fost deranjat de faptul că ai prea multe idei în același timp?

Se întâmplă să ai gânduri care-ți zboară prin minte? Cât de des? Te afectează?

6 Ușurința cu care este distras (Atenția îi este ușor de distras de lucruri irelevante sau neimportante; de exemplu, un zgomot în camera alăturată, cărțile de pe un raft, îmbrăcămintea intervievatorului etc. A se exclude distragerea ușoară din cauza halucinațiilor vizuale și/sau auditive sau a delirurilor; evaluați numai pe baza observației.)

0 Absentă

1 Foarte ușoară sau semnificație clinică îndoielnică

2 Ușoară; prezentă, dar nu interferează cu conversația sau cu sarcina de executat.

3 Moderată; ceva interferență cu conversația și cu sarcina

4 Severă; frecventă interferență cu conversația și cu sarcina de executat

5 Extremă; pacientul este incapabil să-și mențină atenția asupra conversației sau a sarcinii lui.

7. Grandomania (Creșterea stimei de sine și aprecierea nerealistă sau nepotrivită a valorii, bogăției, puterii, cunoașterii sau a abilităților proprii.)

0 Absentă

1 Stimă de sine și încredere în sine foarte ușor crescute, dar cu semnificație clinică îndoielnică.

2 Ușoară; stimă de sine crescută sau exagerarea abilităților, oarecum disproporționată față de circumstanțe

3 Moderată; stimă de sine crescută, clar disproporționată față de circumstanțe, intensitate la marginea delirului

4 Severă; clar delir de grandoare

5 Extremă; preocupări și/sau gesturi pe baza delirului de grandoare

Întrebări:

Te-ai simțit mai încrezător în tine decât de obicei?

Ai simțit că ești o persoană importantă sau că ai o putere, cunoștințe sau abilități care nu sunt întâlnite la alții așa de des?

Ai o misiune sau un scop special în viață?

Ai o relație specială cu Dumnezeu?

8. Descreșterea nevoii de somn (Nevoie mai mică de somn pentru a fi odihnit; a nu se confunda cu insomnia de adormire sau cu trezirea devreme.)

0 Absent

1 Până la o oră mai puțin somn decât în mod obișnuit

2 Până la 2 ore mai puțin somn decât în mod obișnuit

3 Până la 3 ore mai puțin somn decât în mod obișnuit

4 Până la 4 ore mai puțin somn decât în mod obișnuit

5 Mai mult de 4 ore

Întrebări:

De cât de mult somn ai nevoie în mod obișnuit?

Ti-a scăzut nevoia de somn, față de trecut?

Cât de puțin dormi sau ai nevoie să dormi?

9. Energie excesivă (Neobișnuit de energic și mult mai activ decât de obicei, fără să fie obosit, situație ce durează de mai multe zile.)

0 Absent

1 Puțin mai multă energie, dar cu o semnificație clinică îndoielnică

2 Creștere certă a nivelului de energie și mai puțină oboseală decât de obicei, dar nu afectează funcționarea.

3 Clar mai activ decât în mod uzual, puțină oboseală sau deloc, ocazional interferează cu funcționarea.

4 Mult mai activ decât în mod obișnuit, puțină oboseală și clară interferență cu funcționarea.

5 Extremă; activ toată ziua, puțină oboseală sau deloc, fără nevoie de somn.

Întrebări:

Ai mai multă energie decât de obicei?

Ești mai activ decât de obicei sau simți că poți face orice fără să obosești?

10. Probleme de judecată (Implicare excesivă în activități fără să recunoască riscurile și consecințele; perturbator, atrage atenția celorlalți.)

0 Absent

1 Foarte ușor, dar cu semnificație clinică îndoielnică (de exemplu, creșterea numărului de convorbiri telefonice, deranjant)

2 Ușoare, dar clare probleme de judecată (de exemplu, perturbator, provocator sexual, cântă nepotrivit).

3 Moderat; își asumă sarcini sau responsabilități fără să aibă abilitățile necesare, ia decizii financiare imprudente, face cumpărături peste limită, frecventă perturbare a altora.

4 Sever; promiscuitate sexuală, hipersexualitate, comportament extrem de deranjant, își provoacă dificultăți economice.

5 Extrem; comportament perturbator continuu, nerespectând limitele și regulile stabilite, telefonează la toate orele, comportament antisocial, implicare excesivă în situații de risc fără să ia în calcul consecințele.

Întrebări:

Când te simți vesel sau iritabil, faci lucruri care să vă creeze probleme ție sau familiei tale?

Faci cheltuieli nesăbuite?

Îți asumi responsabilități pentru care nu ești pregătit/calificat?

11. Tulburări de gândire (Afectarea înțelegerii gândirii pacientului, manifestată prin tulburările de vorbire. Aceasta se poate traduce prin diferite combinații între incoerență, relaxarea asocierilor de idei, neologisme, gândire illogică. Nu se evaluează aici simpla fugă a ideilor, dacă nu este severă.)

0 Absent

1 Ocazional asemenea momente, dar cu semnificație clinică îndoielnică

2 Puține, dar bine definite astfel de situații, însă care împiedică foarte puțin sau deloc înțelegerea gândirii subiectului.

3 Frecvente situații de acest gen, cu ceva afectare a înțelegerii vorbirii pacientului.

4 Sever; frecvente situații în care înțelegerea vorbirii pacientului este marcată.

5 Extremă; foarte accentuată sau completă dezorganizare a vorbirii, făcând imposibilă înțelegerea a ceea ce spune pacientul.

12. Deliruri (false și stabile credințe, mergând de la idei delirante la deliruri bine conturate – inclusiv delirul de grandoare)

Specificați tipul: _____

Determinați dacă el este congruent cu dispoziția _____

sau incongruent cu dispoziția _____

0 Absent

1 Suspect sau probabil

2 Prezente; subiectul nu este convins cu totul; include idei de referință sau de persecuție, fără a antrena convingerea totală a subiectului.

3 Prezente și convingătoare, dar influențează puțin comportamentul subiectului.

4 Delirurile interferează semnificativ cu gândurile, sentimentele sau comportamentul subiectului (de exemplu, este preocupat de credința că alții îi vor răul).

5 Acțiuni bazate pe tema delirului cu impact major asupra subiectului sau a altora (de exemplu, nu mai mănâncă pentru că este convins că e otrăvit, îi lovește pe alții din credința că vor să-i facă rău).

Întrebări:

Ai avut sentimentul că cineva încearcă să-ți facă rău fără să aibă vreun motiv? Poți să-mi dai un exemplu?

Ai simțit ceva ca și cum ai fi controlat de forțe sau puteri exterioare? (Exemple?)

Ai simțit că la radio sau la TV se vorbește despre tine sau se comunică cu tine într-un mod special?

Ai idei sau credințe neobișnuite pentru alții?

Aceste idei interferează în vreun fel cu viața și cu munca ta?

13. Halucinații (O percepție senzorială fără stimularea exterioară a organului

senzorial)

Specificați tipul: _____

Determinați dacă este congruent cu dispoziția _____

sau incongruent cu dispoziția _____

0 Absent

1 Suspect sau probabil

2 Prezente, dar subiectul este în general conștient că ar fi vorba despre imaginația sa și poate să le ignore.

3 Prezente în mod bine definit și antrenează convingerea subiectului, există doar o mică interferență cu viața subiectului.

4 Halucinațiile au un impact puternic asupra gândurilor, a sentimentelor sau a comportamentului subiectului (de exemplu, înclucie ușa de frica urmărilor săi).

5 Acțiuni bazate pe halucinații cu impact major asupra pacientului sau a altora (de exemplu, pacientul conversează cu vocile pe care le aude, astfel încât aceasta influențează activitatea lui).

Întrebări:

Auzi voci sau sunete fără ca nimeni să fie în jur?

Ai avut ceva viziuni sau ai simțit unele mirosuri pe care alții nu le-au văzut sau simțit?

Ai avut alte percepții ciudate? (De exemplu?)

Aceste experiențe te-au influențat în vreun fel?

14. Orientarea (afectarea memoriei de scurtă sau de lungă durată ori dezorientarea față de persoană, loc și timp)

0 Absent

1 Foarte ușoară afectare, dar de semnificație clinică îndoielnică (de exemplu, nu știe data).

2 Ușoară, dar bine definită (de exemplu, nesigur față de loc și timp, ceva afectare în unele aspecte ale memoriei de scurtă și lungă durată).

3 Moderată (de exemplu, confuzie asupra locului sau nu-și poate aminti unele evenimente importante din viața sa).

4 Severă (dezorientare sau afectare marcată a memoriei).

5 Extremă (de exemplu, evidentă dezorientare în timp, spațiu și la persoane, probleme numeroase de memorie)

Întrebări:

Ai avut recent probleme să-ti amintești cine ești, data sau evenimentele curente?

Știi în ce zi a săptămânii suntem, luna, anul sau numele locului unde ești acum?

15. Insight (conștiința bolii) (Cât de mult demonstrează pacientul că își dă seama sau că înțelege problemele lui emoționale și comportamentale și/sau nevoia de tratament).

0 Prezent (de exemplu, pacientul recunoaște existența bolii, a modificărilor comportamentale și a nevoii de tratament).

1 Insight parțial prezent (de exemplu, pacientul acceptă posibilitatea de a fi bolnav și a avea nevoie de tratament, dar este nesigur).

2 Pacientul admite modificările comportamentale, boala sau nevoia de tratament și le atribuie factorilor externi plauzibili (de exemplu, conflicte familiale, dificultăți la serviciu, stres etc.).

3 Pacientul admite tulburările comportamentale, boala și nevoia de tratament, dar le dă atribuții nerealiste, delirante (de exemplu, este controlat de forțe externe etc.).

4 Lipsă totală de insight, pacientul neagă existența oricărei tulburări comportamentale, boli sau nevoi de tratament.

Întrebări:

Crezi că ai o problemă emoțională sau psihologică de vreun fel?

Cum îți explici comportamentul și simptomele tale?

Crezi că actualmente ai nevoie de un tratament psihiatric?

Anexa 18 - Scala de obsesii și compulsii Yale-Brown

Instrucțiuni: Înainte de a utiliza acest instrument, este necesar să-i explicați subiectului semnificația termenilor „obsesii” și „compulsii”:

OBSESIILE reprezintă idei, gânduri, imagini sau impulsuri repetitive și enervante care apar involuntar în mintea persoanei. Ele pot apărea împotriva dorinței sale și pot fi neplăcute, dezgustătoare sau lipsite de sens, fiind adesea în contradicție cu personalitatea sa.

COMPULSIILE sunt comportamente sau acțiuni pe care persoana simte că trebuie să le efectueze, chiar dacă recunoaște că ele nu au sens și sunt împotriva dorinței sale. Indiferent de efortul de a rezista acestor impulsuri, persoana nu poate învinge această tendință. Aceste acțiuni aduc cu sine anxietate și neliniște, care se diminuează doar atunci când persoana le pune în practică.

După ce termenii sunt clarificați, intervievatorul trebuie să ofere exemple concrete de obsesii și compulsii pentru a asigura că persoana a înțeles conceptele. De exemplu, o obsesie ar putea fi gândul repetitiv că ai putea să rănești propriul copil, chiar dacă nu îți dorești asta. Un exemplu de compulsiune ar putea fi nevoia de a verifica în mod repetat dacă robinetele sunt bine închise, dacă ai închis ușa de la intrare, aragazul sau sursa de curent electric. Întrebați persoana dacă a înțeles și dacă are întrebări. După aceasta, puteți continua cu aplicarea efectivă a scalei.

1. TIMPUL OCUPAT CU GÂNDURI OBSESIVE

Întrebare: Cât de mult timp ești ocupat cu gândurile obsesive? (Când obsesiile sunt scurte, intermitente, poate fi dificil de estimat timpul ocupat de obsesii. În astfel de cazuri, estimează timpul prin determinarea frecvenței acestor obsesii scurte. Ia în considerare atât frecvența, cât și câte ore din zi sunt afectate de obsesii.) Întrebare: Cât de frecvent apar obsesiile? (Asigurați-vă că sunt excluse ruminările și preocupările care sunt egosintone și raționale, fără a fi exagerate).

0 = Deloc

1 = Ușor, mai puțin de 1 oră/zi sau ocazional

2 = Moderat, 1-3 ori/zi sau frecvent

3 = Sever, între 3 și 8 ore/zi sau foarte frecvente obsesii

4 = Extrem, mai mult de 8 ore/zi sau aproape constant obsesii

1b. INTERVALUL DE TIMP FĂRĂ OBSESIILE (nu se includ în scorul total)

Întrebare: În medie, cât de multe ore la rând nu ai obsesii într-o zi? (Dacă este necesar, întrebați:) Cât de mare este cea mai lungă perioadă în care nu ai obsesii?

0 = Niciun simptom

1 = Perioadă lungă, mai mult de 8 ore la rând fără obsesii

2 = Moderat, între 3 și 8 ore la rând fără obsesii într-o zi

3 = Perioadă scurtă, între 1 și 3 ore fără obsesii într-o zi

4 = Extrem de scurt, mai puțin de o oră pe zi fără obsesii.

2. INTERFERENȚA OBSESIILOR CU ACTIVITATEA ZILNICĂ

Întrebare: Cât de mult interferează gândurile tale obsesive cu viața socială sau cu munca ta? Există ceva ce nu poți face din cauza obsesiilor? (Dacă nu lucrează, determinați cât de afectată ar fi activitatea lui dacă pacientul ar lucra).

0 = Deloc

1 = Ușor, ușoară interferență cu activitatea socială și ocupațională, dar performanța generală nu este afectată.

2 = Moderat, evidentă interferență cu performanța socială și ocupațională, dar controlabilă încă.

3 = Severă, cauzează o interferență importantă a performanței sociale și ocupaționale.

4 = Extremă, ducând la incapacitate; dizabilitantă.

3. NECAZUL CAUZAT DE GÂNDURILE OBSESIVE

Întrebare: Cât de mult te necăjesc obsesiile? (În cele mai multe cazuri, suferința este dată de anxietate, cu toate acestea, pacienții pot raporta că obsesiile lor sunt „perturbatoare/deranjante”, dar neagă anxietatea. Cotați numai anxietatea care este dată de obsesii și nu anxietatea generală sau anxietatea asociată cu alte condiții).

0 = Deloc

1 = Ușor, dar fără a fi perturbatoare

2 = Moderat, perturbatoare/deranjante, dar controlabile încă

3 = Sever, foarte perturbatoare/deranjante

4 = Extrem, deranjante tot timpul și dizabilitante

4. REZISTENȚA FAȚĂ DE OBSESII

Întrebare: Cât de mare este efortul pe care-l faci ca să rezizi la obsesiile tale? Cât de des încerci să nu fii atent sau să le ignori? (Evaluezi numai efortul de a rezista, nu succesul sau eșecul de a controla obsesiile. Țineți cont că acest item nu măsoară direct severitatea gândurilor intruzive, ci mai curând măsoară sănătatea individului, de exemplu. Efortul pe care-l depune pacientul pentru a contracara obsesiile prin alte mijloace decât prin evitare sau prin compulsii. Astfel, cu cât pacientul încearcă să reziste, cu atât mai puțin este afectată funcționarea lui. Există forme „active” și „pasive” de rezistență. În terapia comportamentală, persoana poate fi încurajată să nu se lupte cu simptomele obsesive, de exemplu. „Lasă-ți gândurile să vină”; opoziție pasivă sau prin concentrarea pe gândurile perturbatoare. Dacă obsesiile sunt minore, pacientul nu va simți nevoia să le reziste, atunci cotați cu 0.)

0 = Face eforturi vizibile de a rezista sau simptomele sunt minime și nu are nevoie să le reziste activ.

1 = Încearcă să le reziste în majoritatea timpului.

2 = Face unele eforturi pentru a rezista.

3 = Permite toate obsesiile fără încercarea de a le controla, dar face asta cu o oarecare opoziție/capitulează parțial.

4 = Permite complet și conștient toate obsesiile pe care le are/capitulează total.

5. GRADUL DE CONTROL AL GÂNDURILOR OBSESIVE

Întrebare: Cât de mult control ai asupra gândurilor obsesive? Cât de mult succes ai să le oprești sau să te gândești la altceva? Poți să le neutralizezi? (În contrast cu itemul precedent despre rezistență, abilitatea pacientului de a controla obsesiile lui este aici mai strâns legată de severitatea gândurilor intruzive.)

0 = Control complet

1 = Control mult, în mod obișnuit capabil să le oprească sau să le schimbe cu ceva efort și concentrare.

2 = Control moderat, uneori capabil să le oprească sau să le schimbe.

3 = Puțin control, rar succes în oprirea sau schimbarea obsesiilor, poate să schimbe gândurile doar cu dificultate.

4 = Niciun control, le trăiește ca total independente de voința lui, rar capabil să le schimbe pentru puțină vreme.

6. TIMPUL CONSUMAT CU COMPORTAMENTE COMPULSIVE

Întrebare: Cât timp îți ocupă compulsiiile? (Când ritualurile implică activități zilnice, întrebați): Cât timp petreci efectuând activitățile casnice, comparativ cu oamenii obișnuiți, din cauza compulsiiilor tale? (În cazul în care compulsiiile sunt scurte și intermitente, determinarea timpului dedicat poate fi dificilă. Luați în considerare atât frecvența cu care sunt realizate, cât și durata fiecărei acțiuni. Luați în calcul doar numărul de ori când este efectuată compulsia, nu și numărul de repetiții. De exemplu, dacă un subiect se duce la baie de 20 de ori pentru a-și spăla mâinile și își freacă mâinile de cinci ori de fiecare dată, luați în considerare doar frecvența de 20 și nu și cele cinci frecări) Întrebă: Cât de des efectuezi astfel de compulsii? (În majoritatea cazurilor, compulsiiile sunt comportamente vizibile, precum spălarea mâinilor, dar în unele cazuri pot fi ascunse, ca de exemplu, verificarea pe furiș)

0 = Deloc

1 = Ușor (pierde mai puțin de 1 oră/zi efectuând compulsii sau le face doar ocazional)

2 = Moderat (consumă 1 - 3 ore/zi cu compulsiiile) sau le face frecvent.

3 = Sever (pierde între 3 și 8 ore/zi cu compulsiiile) sau le face foarte frecvent.

4 = Extrem (consumă mai mult de 8 ore/zi cu compulsiiile) sau le face aproape constant (prea numeroase pentru a fi numărate).

6b. INTERVALUL DE TIMP FĂRĂ COMPULSII

Întrebare: În medie, câte ore la rând într-o zi se întâmplă să nu ai compulsii? (Dacă este necesar, întrebați:) Care este cea mai lungă perioadă de timp când nu ai compulsii?

0 = Fără compulsii

1 = Perioadă lungă fără compulsii, mai mult de 8 ore/zi

2 = Perioadă moderat de lungă fără compulsii, între 3 și 8 ore/zi

3 = Perioadă scurtă, de la 1 la 3 ore/zi fără compulsii

4 = Extrem de scurt interval fără compulsii, mai puțin de o oră pe zi

7. INTERFERENȚA COMPULSIILOR CU ACTIVITATEA ZILNICĂ

Întrebare: Cât de mult interferează compulsiile tale cu viața socială sau cu munca ta? Există ceva ce nu poți face din cauza compulsiilor? (Dacă nu lucrează, determinați cât de mult ar fi afectată activitatea lui dacă pacientul ar lucra)

0 = Deloc

1 = Ușor, ușoară interferență cu activitatea socială și ocupațională, dar performanța generală nu este afectată.

2 = Moderat, evidentă interferență cu performanța socială și ocupațională, dar controlabilă încă.

3 = Severă, cauzează o interferență importantă a performanței sociale și ocupaționale.

4 = Extremă, ducând la incapacitate; dizabilitantă.

8. NECAZUL PROVOCAT DE COMPULSII

Întrebare: Cum ai reacționa dacă ceva te-ar împiedica să efectuezi aceste compulsiile? Cât de mare ar fi nivelul tău de anxietate? (Evaluează cât de neplăcut se simte pacientul dacă este brusc oprit din a realiza compulsiile. De obicei, dar nu întotdeauna, realizarea compulsiilor reduce anxietatea. Dacă intervievatorul consideră că anxietatea scade când compulsiile sunt în desfășurare, atunci întrebați): Cât de anxios te simți în timp ce efectuezi compulsiile, până când le termini?)

0 = Deloc

1 = Foarte ușoară anxietate dacă este oprită compulsia sau ușoară anxietate în timpul efectuării compulsiei.

2 = Moderat, raportează că anxietatea ar crește, dar este încă stăpânită dacă este oprită compulsia sau că anxietatea crește, dar rămâne controlabilă în timpul executării compulsiei.

3 = Sever, anxietate marcată și perturbatoare dacă este oprită compulsia sau în timpul efectuării compulsiei.

4 = Extrem, anxietate dizabilitantă de frica oricărei intervenții care ar modifica îndeplinirea compulsiei sau anxietate dizabilitantă care se dezvoltă în timpul efectuării compulsiei.

9. REZISTENȚA FAȚĂ DE COMPULSII

Întrebare: Cât de tare trebuie să te ții ca să rezisti în fața compulsiilor tale?

(Cotați numai efortul depus pentru a rezista, nu succesul sau eșecul în controlarea compulsiilor.

Cât de mult rezistă pacientul la compulsiile poate varia în funcție de abilitatea lui de a controla aceste

compulsii. Notați că acest item nu măsoară direct severitatea compulsiilor, mai curând măsoară sănătatea lui, de exemplu efortul pe care-l face pentru a contracara compulsiile. Astfel, cu cât pacientul încearcă să reziste, cu atât va fi afectată mai puțin funcționarea lui. Dacă aceste compulsiile sunt minime, pacientul poate să nu simtă necesitatea de a rezista la ele. În acest caz, cotați cu „0”.)

0 = Face întotdeauna eforturi de a rezista sau compulsiile sunt așa de slabe că nu necesită să reziste activ.

1 = Încearcă să reziste mai tot timpul.

2 = Face ceva eforturi să reziste.

3 = Acceptă aproape toate compulsiile fără să încerce să le controleze, dar o face cu ceva rezistență.

4 = Permite complet și voluntar toate compulsiile.

10. GRADUL DE CONTROL ASUPRA COMPULSIILOR

Întrebare: Cât de tare este impulsul pentru compulsiile? Cât de mult control ai față de compulsiile tale? (Spre deosebire de itemul anterior despre rezistență, abilitatea pacientului de a controla compulsiile este bazată mai mult pe severitatea compulsiilor.)

0 = Control complet

1 = Control mult, simte presiunea de a face compulsiile, dar este capabil să exercite un control voluntar asupra lor.

2 = Control moderat, presiune puternică de a face compulsiile, controlul este făcut cu dificultate.

3 = Control puțin, puternic impuls de a face compulsiile, poate doar să le amâne cu dificultate.

4 = Niciun control, impulsul pentru compulsiile este dincolo de puterea subiectului de a le controla și compulsiile devin complet involuntare.

11. CONȘTIENȚIZAREA OBSESIILOR ȘI COMPULSIILOR

Întrebare: Crezi că îngrijorările și comportamentele tale compulsive sunt normale? Ce crezi că se va întâmpla dacă nu vei face compulsiile? Ești convins că, într-adevăr, se va întâmpla ceva? (Evaluati în ce măsură conștientizează pacientul că obsesiile și compulsiile sunt fără sens sau excesive, bazându-vă pe credințele pe care le-a afirmat pacientul în timpul interviului.)

0 = Excelent insight, cu totul rațional

1 = Insight bun, recunoaște ușor absurditatea sau amploarea gândurilor și a comportamentelor, dar nu pare pe de-a-ntregul convins că îngrijorările și anxietatea sunt lipsite de justificare (de exemplu, dubiile).

2 = Insight puțin, admite ezitant că gândurile și comportamentele par excesive și absurde, dar această interpretare fluctuează. Poate avea unele temeri nerealiste, dar nu prezintă convingeri fixate.

3 = Insight defectuos, admite că gândurile și comportamentele sunt absurde și excesive, dar este convins și de contrariu (de exemplu, supraevaluează ideile pe care le are).

4 = Lipsă insight, delirant. Convingere fermă că ideile și comportamentele lui sunt justificate, raționale, nu este permeabil la raționamente contrarii.

12. EVITAREA

Întrebare: Se întâmplă să eviți să faci ceva sau să mergi undeva sau să fii cu cineva, din cauza gândurilor obsesive sau pentru că asta te-ar împiedica să faci compulsiile? (Dacă da, întrebați): Cât de mult eviți? (Cotați gradul cu care pacientul încearcă să evite în mod intenționat. Uneori compulsiile împing persoana să evite contactul cu ceva care îi provoacă teamă. De exemplu, pacientul are ritualul de a spăla hainele, aceasta este o compulsie și nu o evitare. Dacă pacientul oprește spălătul hainelor, aceasta constituie o evitare)

0 = Nicio evitare în mod deliberat

1 = Ușor, evitări minime

2 = Moderat, ceva evitare, evitarea este clar prezentă.

3 = Sever, multă evitare, evitarea este foarte evidentă.

4 = Extrem, evitare extinsă la multe lucruri și situații, pacientul evită aproape orice, cu scopul de a eluda apariția simptomelor.

13. GRADUL DE DUBIU

Întrebare: Ai greutăți în luarea deciziilor chiar pentru lucruri mici, pentru care alții nu se gândesc de două ori, de exemplu, ce haine să porți, ce fel de mâncare să mănânci astăzi? (Excludeți dificultățile în luarea deciziei care reflectă prezența gândurilor ruminative; la fel, excludeți ambivalența legată de dificultățile de a alege ceva în mod rațional)

0 = Niciunul

- 1 = Ușor, ceva probleme în luarea deciziilor pentru lucruri mici
- 2 = Moderat, raportarea spontană de probleme semnificative în luarea deciziilor
- 3 = Sever, continuă evaluare a criteriilor pro și contra despre lucruri neesențiale
- 4 = Extrem, incapabil de a lua decizii, problema este dizabilitantă.

14. SUPRAEVALUAREA RESPONSABILITĂȚII PROPRII

Întrebare: Te simți responsabil pentru consecințele acțiunilor tale? Te învinovățești pentru rezultatele evenimentelor pe care nu le ai sub control? (Distingeți între sentimentele normale de responsabilitate și cele de lipsă de valoare sau de vinovăție. O persoană dominată de vinovăție va crede că ea însăși sau acțiunile sale sunt rele sau lipsite de morală)

0 = Niciuna

1 = Ușor, menționată numai dacă este chestionat, ușoară creștere a responsabilității.

2 = Moderat, spontan afirmate, clare idei prezente de hiperresponsabilitate în legătură cu evenimente în afara controlului său.

3 = Sever, idei proeminente și generalizate, îngrijorare că este responsabil pentru evenimente care nu sunt sub controlul său, învinovățire și autoblamare, adesea irațională.

4 = Extremă, idei de responsabilitate cu caracter delirant (de exemplu, se simte responsabil pentru un cutremur la 3.000 de kilometri distanță, pentru că nu a făcut compulsiile care puteau să-l înlăture).

15. INERȚIE/LENTOARE GENERALĂ

Întrebare: Ai dificultăți să pornești sau să sfârșești un lucru? Ți ia mai mult decât în mod normal să faci treburile zilnice? (Deosebiți de încetinirea psihomotorie din depresie. Evaluați creșterea timpului necesar pentru activitățile zilnice, chiar și atunci când nu pot fi identificate obsesii specifice)

0 = Deloc

1 = Ușor, rareori întârziere în începerea sau ducerea la bun sfârșit a activității

2 = Moderat, frecvente întârzieri, dar sarcinile uzuale sunt duse la bun sfârșit.

3 = Sever, dificultăți marcate și generalizate în inițierea și îndeplinirea sarcinilor zilnice

4 = Extrem, incapabil să înceapă sau să realizeze sarcinile zilnice fără a fi ajutat.

16. DUBITAȚIE PATOLOGICĂ

Întrebare: După ce faci ceva, te îndoiești că ai făcut corect acel lucru? Te îndoiești că l-ai făcut complet? Când faci activitățile zilnice se întâmplă să te îndoiești de simțurile tale (de exemplu, de ce vezi, auzi sau atingi)?

0 = Deloc

1 = Ușor, menționat numai dacă este întrebat, foarte ușor dubiu patologic, exemplele pot fi considerate în spectrul normalului.

2 = Moderat, dubiu afirmat spontan, clar prezent: pacientul este deranjat de dubiul patologic. Există ceva interferență cu performanța pacientului.

3 = Sever, incert asupra percepțiilor sau memoriei; dubiul patologic afectează frecvent performanța.

4 = Extrem, incertitudinea asupra percepțiilor este evidentă și constantă; dubiul patologic interferează semnificativ cu aproape toate activitățile, intensitatea lui este dizabilitantă (de exemplu, pacientul spune: „Mintea mea nu crede ce văd ochii mei”).

17. SEVERITATE GLOBALĂ

Evaluarea globală a severității, făcută de evaluator. Evaluați de la 0 (nicio boală) la 6 (boala cea mai severă). Luați în considerare și gradul de suferință, simptomele observate și interferența cu funcționarea. În judecata clinică trebuie să intre și confidența și acuratețea datelor obținute. Această judecată se bazează pe datele obținute în cursul interviului.

0 = Nicio boală

1 = Boală ușoară, cu semnul întrebării, tranzitorie, fără afectare funcțională

2 = Simptome ușoare, puțină afectare funcțională

3 = Simptome moderate, funcționare cu efort

4 = Simptome moderat-severe, funcționare limitată

5 = Simptome severe, funcționare cu oarecare ajutor

6 = Simptome extrem de severe, funcționare imposibilă fără ajutor

18. AMELIORARE GLOBALĂ

Evaluați ameliorarea globală prezentă DE LA PRIMA EVALUARE, dacă este sau nu este datorată tratamentului medicamentos.

0 = Foarte rău

- 1 = Rău semnificativ
- 2 = Minim rău
- 3 = Nicio schimbare
- 4 = Minimă îmbunătățire
- 5 = Îmbunătățire semnificativă
- 6 = Foarte mare îmbunătățire/ameliorare

19. CONFIDENȚA

Evaluează nivelul general de încredere în privința scorurilor obținute. Printre aspectele care influențează încrederea se numără colaborarea pacientului și abilitățile sale naturale de comunicare. Tipul și severitatea simptomelor obsesiv-compulsive pot influența capacitatea pacientului de a se concentra, de a menține atenția sau de a comunica spontan (de exemplu, conținutul unor obsesii pot face ca pacientul să-și aleagă greu cuvintele).

- 0 = Excelent
- 1 = Bine, prezența unor factori care pot afecta confidența
- 2 = Puțin, prezența unor factori care afectează mult confidența
- 3 = Proastă, confidență foarte scăzută

Anexa 19 - Listă de control pentru Sindromul Deficitului De Atenție și Hiperactivitate la adult (adaptată după D.G. Amen)

Citiți această listă de comportamente și notați fiecare din comportamentele enumerate cu una dintre următoarele variante:

- 0 = niciodată
- 1 = rareori
- 2 = ocazional
- 3 = des
- 4 = foarte des

***Acesta nu este un instrument de autoevaluare. Scopul său este acela de a vă ajuta să determinați dacă ADHD poate constitui un factor determinant al comportamentului persoanei. Un diagnostic real trebuie efectuat doar de către un specialist.

ANAMNEZA

Istoria simptomelor ADHD în copilărie, cum ar fi distractibilitatea, dificultăți de concentrare, impulsivitate sau neliniște. ADHD nu debutează la vârsta de 30 ani.

Istoria evenimentelor care nu au fost realizate în concordanță cu potențialul persoanei.

Istoria comportamentelor problematice în școală (mai ales în cazul băieților).

Enurezis după vârsta de 5 ani.

Antecedente ale ADHD în familie, probleme de învățare, tulburări atitudinale, abuz de substanțe.

DISTRACTIBILITATEA

Concentrare deficitară a atenției, cu excepția situațiilor când îl interesează subiectul.

Ușor distras, tendința de „a visa” la altceva (deși în momentul respectiv poate fi foarte concentrat).

Lipsa atenției la detalii, datorită distragerii atenției.

Dificultăți în a asculta indicațiile/instrucțiunile.

Frecvența împrăștiere a lucrurilor.

Sare peste cuvinte în timp ce citește.

Dificultăți în a învăța noi jocuri din cauza dificultății de concentrare pe instrucțiuni.

Ușor distras în timpul actului sexual, întreruperi sau opriri frecvente.

Abilități slabe de ascultare.

Tendința de a se plictisi rapid.

NELINIȘTE/AGITAȚIE

Agitație, mișcare permanentă, mișcarea picioarelor.

Trebuie să se miște pentru a gândi.

Dificultatea de a sta așezat pentru mai mult timp, de ex., la un birou sau la un film.

Un sentiment profund de neliniște sau nervozitate.

IMPULSIVITATE

Impulsiv în cuvinte sau acțiuni.

Spune ceea ce-i vine în minte, fără a lua în considerare impactul vorbelor sale.

Dificultăți de urmărire a ideilor, procedurilor.

Nerăbdător, toleranță scăzută la frustrare.

„Prizonier” al momentului.

Violare frecventă a regulilor de circulație.

Schimbări impulsive ale locului de muncă.

Tendința de a-i face pe ceilalți să se simtă jenați.

Minte sau fură sub impulsul de moment.

SLABĂ ORGANIZARE

Slabă capacitate de organizare și planificare, dificultăți de menținere a unei activități organizate.

Este întârziat sau foarte grăbit.

Deseori are o grămadă de lucruri de rezolvat.

Este ușor copleșit de sarcinile cotidiene.

Management financiar defectuos (întârzierea plății facturilor).

DIFICULTĂȚI DE ÎNCEPERE ȘI URMARE A SARCINILOR

Tergiversări cronice privind debutul activităților.

Începe proiectele, dar nu le finalizează.

La început este entuziasmat, dar la sfârșit își pierde interesul.

Pierde mult timp la locul de muncă din cauza ineficienței.

Performanțe profesionale inconsistente.

SENTIMENTE NEGATIVE

Are senzația că ar trebui să fie mult mai avansat decât este.

Probleme cronice legate de stima de sine.

Senzație iminentă de pierdere.

Modificări ale dispoziției.

Negativism.

Frecvent sentiment de demoralizare, senzația că lucrurile nu merg cum ar trebui.

DIFICULTĂȚI RELAȚIONALE

Dificultăți de păstrare a prietenilor, relațiilor intime, promiscuitate.

Probleme cu intimitatea.

Tendința de a se manifesta imatur.

Centrare pe propria persoană, interese imature.

Eșec în a percepe ca importante nevoile altora.

Lipsa implicării într-o conversație.

Abuz verbal.

Predispus la izbucniri isterice.

Evită activitățile de grup.

Probleme cu autoritatea.

Reacții rapide la lucruri neînsemnate.

Izbucniri nervoase.

CĂUTAREA FRECVENTĂ A STIMULĂRII

Căutarea frecventă a stimulărilor (bungee jumping, jocuri de noroc, curse, locuri de muncă stresante, efectuarea mai multor activități în același timp, etc.)

Tendința de a căuta conflicte sau de a se angaja în polemici de dragul distracției.

BLOCAJE (ÎN GÂNDURI SAU COMPORTAMENTE)

Tendința de a se îngrijora.

Tendința spre comportamente specifice ADHD.

SCHIMBAREA ORDINII OBIECTELOR

Împrăștie numerele, literele sau cuvintele.

Răstălmăcește cuvintele.

SCRIEREA/DIFICULTĂȚI DE COORDONARE MOTRICĂ FINĂ

Slabe abilități de scriere.

Scris de mână inestetic.

Dificultăți de coordonare.

„CU CÂT MĂ STRĂDUIESC MAI MULT, CU ATÂT IESE MAI RĂU”

Performanțele devin tot mai slabe sub presiune.

Devine anxios pe parcursul testării.

Cu cât te chinui mai mult, cu atât iese mai rău.

Performanțele la teme devin tot mai slabe când se află sub presiune.

Tendința de a se împotmoli sau bloca când i se pun întrebări în situații sociale.

Obosește sau ațipește pe parcursul unei lecturi.

DIFICULTĂȚI LEGATE DE ADORMIRE/TREZIRE

Dificultăți de adormire, probabil din cauza prea multor gânduri.

Dificultăți de trezire (are nevoie de cafea sau alte stimulente înainte de începerea activității pentru a se simți pe deplin treaz).

ENERGIE SCĂZUTĂ

Perioade în care se simte fără vlagă, în special dimineața devreme și după-masa.

Frecvent se simte obosit.

SENSIBILITATE LA ZGOMOTE SAU ATINGERI

Se sperie ușor.

Sensibil la atingere, haine, zgomot și lumină.

După verificarea fiecărei afirmații, calculați scorul total

Numărul total de itemi cu scorul de 3 sau mai mult

Scorul itemului 1

Scorul itemului 6.â

Scorul itemului 7

Dr. Amen sugerează: „Mai mult de 20 itemi cu scorul de 3 sau mai mult indică o puternică tendință spre ADHD”.

Anexa 20 - Adult ADHD self-report scale (ASRS – v1.1). Symptom checklist

Descriere: Lista de control a simptomelor este un instrument bazat pe criteriile DSM-IV-TR.

Șase din cele 18 întrebări sunt cele mai predictive cu privire la simptomele ADHD.

Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos, evaluându-vă pentru fiecare criteriu cu una dintre variantele prezentate (Niciodată, Rar, Câteodată, Deseori, Foarte des). Puneți câte un X în căsuța corespunzătoare, luând în considerare modul în care v-ați simțit în ultimele 6 luni.

Nume.....

Data.....

1. Cât de des aveți dificultăți în a realiza finalul unui proiect, odată ce părțile au fost deja realizate?
2. Cât de des aveți dificultăți pentru a pune lucrurile în ordine atunci când trebuie să îndepliniți o sarcină care implică organizare?
3. Cât de des aveți dificultăți de reamintire a programărilor sau obligațiilor?
4. Când aveți o sarcină care necesită concentrare îndelungată, de câte ori evitați începerea ei?

5. Cât de des vă mișcați mâinile sau picioarele atunci când trebuie să stați așezat pentru o perioadă mai lungă de timp?
6. De câte ori vă simțiți hiperactiv, ca și când ați fi condus de un motor?
7. De câte ori faceți greșeli atunci când trebuie să lucrați la un proiect plictisitor sau dificil?
8. Cât de des aveți dificultăți de concentrare când aveți de executat activități plictisitoare sau repetitive?
9. Cât de des aveți dificultăți de concentrare atunci când oamenii vă vorbesc?
10. Cât de des aveți dificultăți în a găsi obiecte acasă sau la serviciu?
11. De câte ori sunteți distras de alte activități sau zgomote?
12. De câte ori vă ridicăți de pe scaun în situații în care ar trebui să stați așezat?
13. Cât de des vă simțiți neliniștit?
14. Cât de des aveți dificultăți în a vă relaxa atunci când timpul vă permite?
15. Cât de des constatați că vorbiți prea mult când sunteți în situații sociale?
16. Atunci când conversați cu cineva, cât de des terminați dvs propoziția, în locul interlocutorului?
17. Cât de des aveți dificultăți în a vă aștepta rândul?
18. De câte ori îi întrerupeți pe alții atunci când sunt ocupați?

Anexa 21 - Test pentru evaluarea deficitului de atenție și hiperactivitate la adult

Larry Jasper & Ivan Goldberg

Instrucțiune: Cele 24 de afirmații de mai jos se referă la modul în care simțiți și vă comportați ca adult. Alegeți pentru fiecare afirmație măsura în care una dintre variante vi se potrivește.

Acasă, la serviciu sau la școală devin neatent în sarcinile care sunt neinteresante sau dificile.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Îmi este dificil să citesc materiale scrise, cu excepția celor foarte interesante sau foarte ușoare.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

În grupuri, îmi este greu să mă concentrez pe ceea ce spun ceilalți în cadrul unei conversații.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Am o fire „iute”, mă enervez rapid.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Sunt irascibil, mă supăr pentru lucruri minore.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Spun lucruri fără să gândesc, apoi regret că le-am spus.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Iau decizii rapide fără să mă gândesc suficient la posibilele rezultate negative.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Relațiile mele cu oamenii sunt dificile din cauza tendinței mele de a vorbi înainte de a gândi.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Stările mele de dispoziție sunt la extreme.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult
foarte mult

Am dificultăți de planificare a ordinii sarcinilor și activităților.

deloc
puțin
într-o oarecare măsură
moderat
destul de mult
foarte mult

Mă supăr ușor.

deloc
puțin
într-o oarecare măsură
moderat
destul de mult
foarte mult

Sunt foarte sensibil și multe lucruri mă supără.

deloc
puțin
într-o oarecare măsură
moderat
destul de mult
foarte mult

Sunt aproape tot timpul în mers.

deloc
puțin
într-o oarecare măsură

moderat
destul de mult
foarte mult

Mă simt mai confortabil când sunt în mișcare decât așezat.

deloc
puțin
într-o oarecare măsură
moderat
destul de mult
foarte mult

Într-o conversație, răspund la întrebări înainte ca acestea să fie complet formulate.

deloc
puțin
într-o oarecare măsură
moderat
destul de mult
foarte mult

De obicei lucrez la mai multe proiecte deodată, iar pe multe dintre ele nu reușesc să le termin.

deloc
puțin
într-o oarecare măsură
moderat
destul de mult
foarte mult

Sunt multe „pălăvrăgeli” în capul meu.

deloc
puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Chiar și când stau așezat, îmi mișc mâinile sau picioarele.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

În activitățile de grup îmi este dificil să-mi aștept rândul.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Mintea mea este atât de dezorganizată, încât este greu să funcționeze.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Gândurile mele „zboară” permanent.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Îmi simt mintea ca și cum ar fi un televizor setat cu toate canalele funcționând în același timp.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Sunt incapabil să mă opresc din a visa cu ochii deschiși.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Mă simt în dificultate din cauza modului dezorganizat în care funcționează mintea mea.

deloc

puțin

într-o oarecare măsură

moderat

destul de mult

foarte mult

Anexa 22 - Chestionarul evenimentelor de viață stresante

Iată o listă de evenimente care ar putea avea loc în viața cuiva în orice etapă a vieții, inclusiv în copilărie. Dacă un eveniment sau o situație s-au repetat de mai multe ori, te rugăm să furnizezi informații despre acestea pe ultima pagină a acestui chestionar.

1. Ai avut vreodată o boală gravă?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____

Durata bolii (în luni) _____

Describe boala. _____

2. Ai avut vreodată un accident grav, în care puteai să mori?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____

Describe accidentul. _____

A murit cineva în accident? _____ Cine? (relația cu tine) _____

Ce răni sau probleme ai suferit? _____

Ai fost în spital pentru acestea? Nu _____ Da _____

3. S-a întâmplat să fie folosită forța fizică sau o armă ca să fii jefuit?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____

Câți oameni au fost? _____

Describe ce ți s-a întâmplat (de exemplu, să fii legat, bătut) sau ce armă s-a folosit împotriva ta.

A murit cineva? _____ Cine? _____

Ce răni/probleme ai suferit? _____

Ți-a fost viața în pericol? _____

4. S-a întâmplat ca un membru apropiat al familiei, partener de viață sau un prieten să moară ca rezultat al unui accident, crimă sau suicid?

Nu _____ Da _____ Dacă da, câți ani aveai când s-a întâmplat? _____

Cum a murit acea persoană? _____

Relația cu persoana care a murit _____

Cu un an înainte de accident, cât de apropiat ai fost de persoana care a murit?

5. Când ai fost copil sau mai recent, s-a întâmplat să ai contact sexual cu cineva care te-a forțat fizic să faci acest lucru, împotriva voinței tale, fiind fără apărare?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____
Dacă da, de câte ori? 1 ____ 2-4 ____ 5-10 ____ sau mai mult de 10 ori _____
Dacă s-a repetat, cât timp s-a petrecut lucrul acesta? 6 luni sau mai puțin _____
7 luni-2 ani ____ 2-5 ani ____ Peste 5 ani _____
Cine ți-a făcut asta? (Menționează: străin, membru al familiei etc.) _____

Ți s-a întâmplat asta și cu altcineva? Nu _____ Da _____

6. În afara experienței descrise la punctul 5, ți s-a întâmplat ca cineva să folosească forța pentru a te amenința (tentativă) să faci sex împotriva voinței tale sau ai fost fără apărare?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____
Dacă da, de câte ori? 1 ____ 2-4 ____ 5-10 ____ sau mai mult de 10 ori _____
Dacă s-a repetat, cât timp s-a petrecut lucrul acesta? 6 luni sau mai puțin _____
7 luni-2 ani ____ 2-5 ani ____ Peste 5 ani _____
Cine ți-a făcut asta? (Menționează: străin, membru al familiei etc.) _____

Ți s-a întâmplat asta și cu altcineva? Nu _____ Da _____

7. În afară de experiențele menționate la punctele 5 și 6, s-a întâmplat vreodată ca cineva să te atingă în părțile intime ale corpului împotriva voinței tale, atunci când erai fără apărare?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____
Dacă da, de câte ori? 1 ____ 2-4 ____ 5-10 ____ sau mai mult de 10 ori _____
Dacă s-a repetat, cât timp s-a petrecut lucrul acesta? 6 luni sau mai puțin _____
7 luni-2 ani ____ 2-5 ani ____ Peste 5 ani _____
Cine ți-a făcut asta? (Menționează: străin, membru al familiei etc.) _____

Ți s-a întâmplat asta și cu altcineva? Nu _____ Da _____

8. Când ai fost copil, s-a întâmplat ca un părinte sau altă persoană să te palmuiască în mod repetat sau să te bată, ori ai suferit orice alt fel de atac sau traumă?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____
Dacă da, de câte ori? 1 ____ 2-4 ____ 5-10 ____ sau mai mult de 10 ori _____
Dacă s-a repetat, cât timp s-a petrecut lucrul acesta? 6 luni sau mai puțin _____
7 luni-2 ani ____ 2-5 ani ____ Peste 5 ani _____
Cine ți-a făcut asta? (Menționează relația cu tine.) _____

Ți s-a întâmplat asta și cu altcineva? Nu _____ Da _____

9. În afară de experiența descrisă la punctul 8, s-a întâmplat vreodată ca soțul/soția, partenerul, fratele/sora, un membru al familiei sau un străin să te pălmuiască, să te bată sau a existat vreun alt fel de atac fizic?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____

Dacă da, de câte ori? 1 _____ 2-4 _____ 5-10 _____ sau mai mult de 10 ori _____

Dacă s-a repetat, cât timp s-a petrecut lucrul acesta? 6 luni sau mai puțin _____

7 luni-2 ani _____ 2-5 ani _____ Peste 5 ani _____

Cine ți-a făcut asta? (Menționează relația cu tine.) _____

Ți s-a întâmplat asta și cu altcineva? Nu _____ Da _____

10. Ți s-a întâmplat să fii amenințat cu o armă albă (cuțit) sau cu o armă de foc în alte condiții decât cele menționate mai sus?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____

Dacă da, de câte ori? 1 _____ 2-4 _____ 5-10 _____ sau mai mult de 10 ori _____

Dacă s-a repetat, cât timp s-a petrecut lucrul acesta? 6 luni sau mai puțin _____

7 luni-2 ani _____ 2-5 ani _____ Peste 5 ani _____

Cine ți-a făcut asta? (Menționează relația cu tine.) _____

Ți s-a întâmplat asta și cu altcineva? Nu _____ Da _____

11. Ai fost martor când cineva a fost omorât sau grav accidentat ori agresat sexual?

Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____

Describe la ce ai fost martor: _____

A fost și viața ta în pericol? _____

12. Ai fost vreodată în altă situație în care ai fost traumatizat grav sau ți-a fost pusă viața în pericol (de exemplu, implicat într-un conflict militar sau să trăiești într-o zonă de război)? Nu _____

Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____ Te rog să descrii situația.

13. Ai fost vreodată în oricare altă situație extrem de periculoasă sau terifiantă, care nu a fost menționată mai sus? Nu _____ Da _____ Dacă da, la ce vârstă? _____ Te rog să o descrii.

14. Dacă vreunul dintre evenimentele sau situațiile deja descrise ți s-a întâmplat mai mult de o dată (de exemplu, două jafuri, două persoane diferite comițând același act de agresiune), te rog să

folosești spațiul de mai jos ca să descrii fiecare eveniment. Furnizează aceleași informații cerute pentru evenimentul petrecut prima oară și menționat mai sus.

Numărul întrebării _____ Descriere _____

Numărul întrebării _____ Descriere _____

Numărul întrebării _____ Descriere _____

15. Când ai completat acest chestionar, s-a întâmplat să raportezi același eveniment sau aceeași situație de mai multe ori, la diferite întrebări? Nu _____ Da _____ Dacă DA, menționează numerele întrebărilor la care ai raportat același incident/ eveniment: _____

Anexa 23 - Scala pentru tulburarea posttraumatică de stres a clinicianului (Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS) - Foaiă de scor pentru CAPS-1

FOAIA DE SCOR PENTRU CAPS-1

Nume _____ Intervievator _____ Data _____

A. Evenimentul traumatic									
B. Retrairea evenimentului	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
1. Amintiri intrusive, nedorite									
2. Vise terifiante									
3. Actiuni sau sentimente ca si cum evenimentul se petrece din nou									
4. Distress psihologic la expunerea la sugestii care amintesc evenimentul									
5. Reactivitate fiziologica la sugestii care amintesc evenimentul									
B. SUBTOTAL									
Numar de criterii B indeplinite (<i>este nevoie de unul</i>)									
(F = frecventa ; I = intensitate; F+I = severitate)									
C. Detasare si insensibilitate emotionala	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
6. Evitarea gandurilor si sentimentelor									
7. Evitarea activitatilor, locurilor si oamenilor									
8. Inabilitatea de a-si aminti importante aspecte ale evenimentului									
9. Diminuarea interesului pentru activitati									
10. Detasare si instrainare									
11. Afect ingustat									
12. Sentimentul de lipsa de viitor									
C. SUBTOTAL									
Numar de criterii C indeplinite (<i>este nevoie de 3</i>)									
D. Simptome de hipervigilenta si hiperexcitabilitate	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
13. Dificultati de a adormi sau a mentine somnul									
14. Iritabilitate si explozii de manie									
15. Dificultati de concentrare									
16. Hipervigilenta									
17. Reactie exagerata de tresarire									
D. SUBTOTAL									
Numar de criterii D indeplinite (<i>este nevoie de 2</i>)									

Total Frecventa, Intensitate si Severitate	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
Suma subtotalurilor (B + C + D)									

E. Durata tulburarii	Curent		Durata vietii	
19. Durata tulburarii cel putin o luna	NU	DA	NU	DA

F. Distress semnificativ si afectare a functionarii	Ultima saptamana		Ultima luna		Toata viata	
20. Distress subiectiv						
21. Afectarea functionarii sociale						
22. Afectarea functionarii ocupationale						
CEL PUTIN UNA ≥ 2	NU	DA	NU	DA	NU	DA

Diagnosticul TPTS	curent		toata viata	
TPTS prezenta? Toate criteriile A-F indeplinite?	NU	DA	NU	DA
18. cu debut intarziat (\geq de 6 luni intarziere)	NU	DA	NU	DA
19. acut (< 3 luni) sau cronic (\geq 3 luni)	Acut	Cronic	Acut	Cronic

Evaluarea globala	Ultima saptamana		Ultima luna		Toata viata	
23. Validitate globala						
24. Severitate globala						
25. Ameliorare globala						

Trasaturi asociate	Ultima saptamana			Ultima luna			Toata viata		
	F	I	F+I	F	I	F+I	F	I	F+I
26. Vinovatie fata de ce a facut si ce nu a facut									
27. Vinovatia de a supravietui									
28. Derealizare									
30. Depersonalizare									

Anexa 24 - Scala scurtă de evaluare în psihiatrie (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS).

Scala scurta de evaluare in psihiatrie
(*Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS*)

1. PREOCUPARI SOMATICE:	
Interes crescut fata de sanatatea fizica. Evalueaza gradul in care sanatatea fizica este perceputa ca o problema pentru pacient, daca plangerile lui au o baza reala sau nu.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever
2. ANXIETATE:	
Ingrijorare, teama sau interes crescut pentru prezent sau viitor. Evalueaza numai pe baza raportarii verbale a experientei subiective a pacientului. Nu deduce anxietatea din semne fizice sau mecanisme de defensiva nevrotica.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever
3 RETRAGERE AFECTIVA:	
Deficienta in relatie cu interviuatorul si cu contextul interviului. Manifestarile deschise ale acestei deficiente include contactul vizual prost sau absent, incapacitate de a se orienta corporal spre interviuator si o lipsa generala a implicarii sau angajarii in interviu. A se deosebi de APLATIZAREA AFECTIVA in care deficitele din expresia faciala, gesticulatarea corporala si vocea sunt cotate. Evalueaza pe baza observatiei din timpul interviului.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever
4. DEZORGANIZARE CONCEPTUALA:	
Gradul incomprehensivitatii vorbirii. Include orice tip de tulburare formala a gandirii (de ex. pierderea asociatiilor, incoerenta, fuga de idei, neologisme). NU include presiunea sau circumstantialitatea vorbirii, chiar daca este marcata. NU evalua pe baza impresiei subiective a pacientului (de ex. "gandurile mele curg repede, nu pot sa tin un gand", "gandurile mi se	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever

amesteca”). Evalueaza NUMAI pe baza observatiei din timpul interviului.	7 = foarte sever
---	------------------

5. VINOVIATIE:	
Griji sau remuscari pentru comportamentul trecut. Evalueaza pe baza experientelor subiective ale pacientului evidentiate prin spusele lui. Nu deduce vinovatia din depresia, anxietatea sau defensele nevrotice ale subiectului.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

6. TENSIUNE:	
Manifestarile fizice si motorii ale tensiunii, nervozitatii sau activitatii. Coteaza nelinistea motorie (agitatia) observata in timpul interviului. NU evalua pe baza experientei subiective raportate de subiect. Nu ia in consideraie patogeneza suspectata (de ex. diskinezia tardiva).	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

7. MANIERISME SI POSTURI:	
Comportament motor anormal si nenatural. Evalueaza numai anormalitatile micarii. Nu cota simpla cretere a activitatii motorii. Ia in considerare frecventa, durata si gradul bizareriilor. Nu tine seama de patogeneza suspectata.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

8. GRANDIOZITATE:	
Stima de sine crescuta sau valorizare crescuta a propriilor talente, puterii, abiliti si realizari, cunotinte, importanta sau identitate. Coteaza numai pe baza spuselor pacientului despre sine sau despre relatiile cu altii si nu pe baza comportamentului din timpul interviului.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

9. DISPOZITIA DEPRESIVA:	
Descurajare si tristete. Evalueaza numai gradul tristetii si nu lua in considerare lentoarea generala sau plangerile somatice	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever
10. OSTILITATE:	
Animozitate, dispret, agresivitate, desconsiderare a altor oameni din afara situatiei interviului. Evalueaza numai pe baza raportului verbal al sentimentelor si actiunilor pacientului fata de altii. Nu deduce ostilitatea din defensele nevrotice, anxietate sau plangerile somatice.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever
11. SUSPICIOZITATE:	
Credinta deliranta sau de altfel ca altii acum sau in trecut au avut intentii rele sau discriminatorii fata de pacient. Evalueaza pe baza raportarii verbale numai acele suspiciuni care sunt in mod curent active si privesc circumstante trecute sau prezente.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever
12. COMPORTAMENT HALUCINATOR:	
Perceptii in oricare modalitate senzoriala in absenta unui stimul extern identificabil. Evalueaza numai acele experiente care s-au petrecut in timpul ultimei saptamni si care sunt descrise diferit comparativ cu oamenii obisnuiti.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever
13. LENTOARE MOTORIE:	
Reducerea nivelului energiei evidentiata in lentoarea miscarilor. Evalueaza numai pe baza observarii comportamentului pacientului si nu pe baza impresiei subiective a pacientului asupra nivelului energiei lui.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever

	6 = sever 7 = foarte sever
--	-------------------------------

14. NECOOPERARE:	
Evidenta rezistentei, comportamentului neprietenos, a resentimentului si lipsei de cooperare cu intervievatorul. Evalueaza numai pe baza atitudinii pacientului si raspunsurilor la intervievator si a situatiei din timpul interviului. Nu cota pe baza resentimentului raportat sau necooperarii din afara situatiei de interviu.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

15. GANDURI NEOBISNUITE:	
Continut bizar, neobisnuit, straniu, ciudat al gandurilor. Evalueaza pe baza baza gradului de ciudatenie si nu pe baza gradului de dezorganizarea proceselor gandirii	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

16. TOCIRE AFECTIVA:	
Reducerea tonului emotional, aparenta lipsa de implicare si raspuns emotional.	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

17. EXCITATIE:	
Cresterea tonului emotional, agitatie si cresterea reactivitatii	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

18. DEZORIENTARE:	
Confuzie sau incapacitate de raportare la persoana, loc si timp	0 = neevaluat 1 = absent 2 = foarte usor 3 = usor 4 = moderat 5 = moderat sever 6 = sever 7 = foarte sever

Anexa 25 - Scala sindromurilor pozitive și negative – PANSS.

1. Subscala de simptome pozitive (P)

P1. Delir

Credințe nerealiste, aberante și lipsite de fundament. Evaluare bazată pe conținutul gândirii, evidențiată în timpul interviului și prin răsunetul asupra relațiilor sociale și a comportamentului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Prezența a 1-2 idei delirante care sunt vagi, necristalizate și nu antrenează cu totul conștiința subiectului. Delirurile nu interferează cu gândirea, relațiile sociale și comportamentul.
4. Moderat – Prezența fie a multor idei delirante prost conturate, caleidoscopice, instabile, fie a unor idei bine conturate, dar care doar ocazional interferează cu gândirea, cu relațiile sociale sau comportamentul.
5. Moderat-sever – Prezența a numeroase deliruri bine formate, care sunt tenace (rezistă la contraargumente) și ocazional interferează cu gândirea, relațiile sociale și comportamentul.
6. Sever – Prezența unui set stabil de deliruri care sunt cristalizate, posibil sistematizate, și rezistența la contraargumente și care interferează în mod clar cu gândirea, cu relațiile sociale și comportamentul.
7. Extrem – Prezența unui set stabil de deliruri, care fie sunt foarte sistematizate sau foarte numeroase, fie domină domenii importante ale vieții pacientului. Acestea conduc la comportamente inadecvate sau iresponsabile, care pun în pericol siguranța pacientului sau a altora.

P2. Dezorganizare conceptuală

Dezorganizarea procesului gândirii, caracterizată prin perturbarea secvenței gândirii direcționate spre un scop, de exemplu, circumstanțialitatea, tangențialitatea, relaxarea asociațiilor de idei, gândirea illogică sau blocajul gândirii. Evaluarea se bazează pe observarea felului în care subiectul vorbește și gândește în timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.

3. Ușor – Gândirea este circumstanțială, tangențială sau paralogică. Există unele dificultăți în direcționarea gândirii spre un scop sau o oarecare relaxare a asociațiilor de idei când pacientul este supus unei presiuni.
4. Moderat – Pacientul este capabil să țină focusul când comunicarea este scurtă și structurată, dar gândirea lui devine relaxată și irelevantă când comunicarea devine mai complexă sau când este sub presiune.
5. Moderat-sever – Pacientul are dificultăți în organizarea gândurilor, evidențiate prin gândire irelevantă, pierderea legăturii cu subiectul comunicării sau disocierea ideilor chiar când nu este sub presiune.
6. Sever – Gândirea este serios perturbată și inconsistentă, rezultând modificări grosiere ale procesului de gândire care se petrec aproape constant.
7. Extrem – Gândirea este perturbată în așa măsură încât pacientul este incoerent. Asociațiile de idei sunt perturbate puternic, ceea ce duce la o totală incapacitate de comunicare, de exemplu, salata de cuvinte sau mutism.

P3. Comportament halucinator

Comportamentul sau spusele pacientului relevă percepții care nu sunt generate de stimuli externi. Acestea se pot petrece la diferite canale senzoriale. Evaluarea se bazează pe raportările pacientului și pe manifestările lui comportamentale în timpul interviului, ca și pe baza informațiilor de la personalul medical sau de îngrijire ori de la familie.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Una sau două halucinații bine conturate, care apar rar, sau un număr de percepții anormale, dar vagi, care nu conduc la distorsiuni ale gândirii sau ale comportamentului.
4. Moderat – Halucinațiile apar frecvent, dar nu sunt continue, iar gândirea și comportamentul pacientului sunt afectate foarte puțin.
5. Moderat-sever – Halucinațiile sunt frecvente, pot implica mai multe modalități senzoriale și tind să distorsioneze gândirea și comportamentul pacientului. Pacientul poate prezenta un delir de interpretare a acestor halucinații și răspunde la ele emoțional, uneori și verbal.
6. Sever – Halucinațiile sunt aproape continue, cauzând o disrupție a gândirii și a comportamentului pacientului. Pacientul le consideră reale și funcționarea este perturbată de răspunsul emoțional și verbal al pacientului la halucinațiile pe care le are.
7. Extrem – Pacientul este aproape total preocupat de halucinații, care îi domină gândirea și comportamentul. Halucinațiile sunt însoțite de un delir rigid de interpretare și provoacă răspunsuri verbale și comportamentale corespunzătoare, inclusiv răspunsul la halucinațiile care îi comandă diferite gesturi.

P4. Excitație

Hiperactivitate reflectată în accelerarea comportamentului motor, creșterea responsivității la stimuli, hipervigilența și instabilitatea excesivă a dispoziției.

Evaluarea se bazează pe manifestările comportamentale din timpul interviului, precum și pe informațiile de la alt personal medical și de îngrijire ori de la familie.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Tinde să fie ușor agitat, hipervigilent sau hiperimplicat în interviu, dar cu momente de excitabilitate. Vorbirea poate părea ușor sub presiune.
4. Moderat – Agitație și incitație evidente în timpul interviului, afectând vorbirea și mobilitatea generale sau episoade de erupție de hiperexcitabilitate.
5. Moderat-sever – Semnificativă hiperactivitate sau frecvente episoade de explozivitate a activității motorii, afectând capacitatea subiectului de a sta liniștit pentru mai mult de câteva minute.
6. Sever – Marcată excitabilitate, care domină interviul și care afectează funcțiile precum mâncatul sau dormitul.
7. Extrem – Excitabilitate marcată, care interferează în mod serios cu mâncatul sau dormitul și care face imposibilă interacțiunea cu alții. Accelerarea vorbirii și a activității motorii poate duce la incoerență și epuizare.

P5. Grandomanie

Exagerată opinie despre sine și nerealistă convingere asupra superiorității proprii, incluzând idei delirante despre abilități extraordinare, bogăție, cunoștințe, faimă, putere și valoare morală. Evaluarea se bazează pe conținutul gândirii exprimat în timpul interviului și felul cum influențează comportamentul.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Dovezi de o oarecare expansivitate sau mândrie, dar fără idei delirante de grandiozitate.
4. Moderat – Se simte diferit și superior altora; ceva idei delirante vag conturate despre statutul său înalt sau abilitățile speciale, dar nu influențează atitudinea subiectului.
5. Moderat-sever – Idei delirante privind abilitățile, statutul sau puterea proprie sunt clar exprimate și influențează atitudinea subiectului, dar nu și comportamentul.
6. Sever – Idei delirante de superioritate clar conturate, implicând mai mult decât un domeniu (bogăție, cunoaștere, faimă etc.), care influențează în mod notabil interacțiunea și uneori și comportamentul.
7. Extrem – Gândirea, interacțiunile și comportamentul sunt dominate de multiple deliruri despre abilitate, bogăție, cunoștințe, puterea, faima și/sau statura morală, care pot lua un aspect bizar.

P6. Suspiciune/idei de persecuție

Idei nerealiste sau exagerate de persecuție, reflectate prin creșterea atenției față de siguranța individuală, a atitudinii de neîncredere, suspiciune sau idei delirante că alții îi doresc răul.

Evaluarea se bazează pe conținutul gândirii exprimat în timpul interviului și pe influența acestuia asupra comportamentului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Prezența alertei privind propria siguranță sau atitudine de neîncredere, dar gândurile, interacțiunile și comportamentul sunt doar minimal afectate.
4. Moderat – Neîncrederea este clar exprimată și afectează interviul și/sau comportamentul, dar nu există dovezi că ar fi vorba despre delir de persecuție.
Uneori pot exista idei delirante de persecuție, foarte slab formulate, dar acestea nu par să influențeze atitudinea pacientului sau relațiile interpersonale.
5. Moderat-sever – Pacientul prezintă o marcată neîncredere, ducând la disrupția relațiilor interpersonale, sau există idei delirante clare de persecuție, dar care au un impact limitat asupra relațiilor interpersonale și a comportamentului.
6. Sever – Idei delirante de persecuție, care pot fi sistematizate și interferează semnificativ cu relațiile interpersonale.
7. Extrem – O rețea de idei delirante de persecuție sistematizate, care domină gândirea pacientului, relațiile sociale și comportamentul.

P7. Ostilitate

Expresia verbală și nonverbală a mâniei și a resentimentului, inclusiv sarcasmul, comportamentul pasiv-agresiv, abuzul verbal și atacul de violență. Evaluarea se bazează pe comportamentul interpersonal observat în timpul interviului și pe informațiile de la alt personal medical, de îngrijire sau familie.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Frenarea sau comunicare indirectă a sarcasmului, a lipsei de respect, a ostilității și ocazional iritabilitate.
4. Moderat – Prezența unei atitudini ostile evidente, frecventă iritabilitate și expresie directă a mâniei sau a resentimentului.
5. Moderat-sever – Pacientul este foarte iritabil și ocazional prezintă comportament abuziv verbal sau amenințător.
6. Sever – Lipsa de cooperare și comportament verbal abuziv, amenințări care influențează interviul și care au un impact semnificativ asupra relațiilor sociale. Pacientul poate fi violent și distructiv, dar nu este violent fizic față de alții.
7. Extrem – Mânie marcată, ducând la o lipsă totală de cooperare, și care împiedică relațiile cu alții sau care conduce la violență fizică față de alții.

2. Subscala de simptome negative (N)

N1. Tocire afectivă

Diminuarea răspunsului emoțional, care este caracterizat prin reducerea expresiei faciale, a modulării sentimentelor și a comunicării gestuale. Evaluarea se bazează pe observarea expresiei fizice a afectivității și a emotivității din timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Schimbări în expresia facială și în comunicarea gestuală, subiectul părând forțat, artificial sau lipsit de modulație.
4. Moderat – Reducerea spectrului de expresii faciale și puține gesturi expresive, ceea ce conduce la o expresie ștearsă, lipsită de viață.
5. Moderat-sever – Afectul este plat, doar ocazional schimbări ale expresiei faciale și o sărăcire a expresiei gestuale.
6. Sever – Marcată aplatizare și deficiență emoțională, evidentă în majoritatea timpului. Poate exista o lipsă extremă de modulare afectivă, precum excitație, mânie sau răs necontrolat.
7. Extrem – Expresia facială și comunicarea gestuală absente. Pacientul are o expresie ca de lemn.

N2. Retragere emoțională

Lipsă de interes, implicare și angajare afectivă în evenimentele de viață. Evaluarea se face pe baza informațiilor asupra funcționării, furnizate de personalul medical și de îngrijire și a observației din timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Uzual, o lipsă de inițiativă care uneori poate duce la un deficit de interes față de evenimentele înconjurătoare.
4. Moderat – Subiectul este, în general, distanțat emoțional de mediu și de provocările lui, dar cu ceva încurajări poate să se angajeze.
5. Moderat-sever – Pacientul este clar detașat emoțional de persoanele și de evenimentele din mediu și rezistă la încurajările de a se angaja în ele. Pacientul pare distant, docil și fără scop, dar poate fi implicat în comunicare cel puțin pentru perioade scurte și pentru nevoi personale.
6. Sever – Marcată deficiență în interese și angajare emoțională, ducând la limitarea conversației cu alții și la ignorarea funcționării personale, pentru care necesită supraveghere.
7. Extrem – Pacientul este total retras, necomunicativ și fără interes pentru nevoile personale, ca rezultat al lipsei totale de interes și de angajare emoțională.

N3. Raport diminuat

Lipsa empatiei, a deschiderii în conversație, a sentimentului de apropiere și interes față

de intervievator. Aceasta este evidențiată prin distanțarea față de interlocutor și reducerea comunicării verbale și nonverbale. Evaluarea se face pe baza comportamentului din cursul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Conversația este artificială, lipsită de emoționalitate și tinde să rămână impersonală și plată.
4. Moderat – Pacientul este rece, evident distant, răspunde mecanic la întrebări, acționează plictisit sau fără interes.
5. Moderat-sever – Dezinteresat evident, cu contact vizual și expresie facială reduse, neproductiv în timpul interviului.
6. Sever – Pacientul este foarte indiferent, distant, răspunsurile sunt formale, prezintă lipsă de interes și evitarea contactului vizual.
7. Extrem – Pacientul este total neimplicat, pare complet indiferent și evită interacțiunile verbale și nonverbale cu intervievatorul.

N4. Pasivitate/apatie

Diminuarea interesului și a inițiativei pentru interacțiuni sociale din cauza pasivității, a apatiei, a anergiei sau a lipsei de voință. Aceasta duce la reducerea implicării interpersonale și la ignorarea activităților zilnice. Evaluare pe baza informațiilor de la personalul de îngrijire și familie.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Prezintă ocazional interes pentru activități sociale, dar are o slabă inițiativă pentru ele. Se angajează când alții îl abordează.
4. Moderat – Pasivitate pentru cele mai multe activități sociale, le face mecanic, arată dezinteres și se retrage repede din ele.
5. Moderat-sever – Participă pasiv, la puține activități sociale, și arată lipsă de interes sau de inițiativă. Petrece puțin timp cu alții.
6. Sever – Tinde să fie apatic și izolat, participă foarte rar la activități sociale și ocazional ignoră nevoile personale. Foarte rare contacte sociale spontane.
7. Extrem – Profund apatic, izolat social și fără interes față de nevoile individuale.

N5. Tulburări ale gândirii abstracte

Dificultatea în utilizarea gândirii abstracte și simbolice este observată prin impedimente în clasificare, generalizare și în capacitatea de a depăși gândirea concretă în rezolvarea problemelor. Evaluarea se realizează prin întrebări legate de comparații sau prin interpretarea aforismelor, evidențiind tranziția între gândirea abstractă și concretă în timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.

3. Ușor – Tinde să dea o interpretare literală sau personală pentru proverbele mai dificile și poate avea unele probleme cu concepte care sunt abstracte.
 4. Moderat – Adesea utilizează un mod concret de gândire; are dificultăți la cele mai multe proverbe sau categorii; tinde să fie distras de aspectele funcționale sau de trăsăturile ieșite în evidență.
 5. Moderat-sever – Abordează în mod concret, evidențiază dificultăți cu cele mai multe proverbe și categorii.
 6. Sever – Incapabil să ajungă la înțelesul abstract al proverbelor sau la expresia figurativă și poate formula doar clasificări bazate pe similarități simple.
- Gândirea este simplistă sau închisă în aspectele funcționale, trăsături la vedere sau interpretări idiosincretice.
7. Extrem – Poate folosi numai modul concret de gândire; nu înțelege proverbele, metafore comune sau similarități ori categorii simple. Această evaluare li se poate aplica celor care nu interacționează cu examinatorul din cauza unei afectări cognitive marcate.

N6. Pierderea spontaneității în conversație

Reducerea fluxului normal al comunicării, asociată cu apatie, avoliție, defensivitate sau deficit cognitiv. Aceasta se manifestă prin diminuarea fluidității și a productivității procesului de interacțiune verbală. Evaluarea se bazează pe procesul cognitiv-verbal observat în timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Puțină inițiativă în conversație. Răspunsurile pacientului tind să fie scurte și plate, necesitând punerea de întrebări suplimentare.
4. Moderat – Lipsa fluxului normal al conversației, care pare plată sau ezitantă; sunt adesea necesare întrebări pentru a obține răspunsul adecvat sau pentru a se continua conversația.
5. Moderat-sever – Pacientul prezintă o reducere marcată a spontaneității și a deschiderii la conversație, răspunsurile la întrebările intervievatorului sunt scurte.
6. Sever – Răspunsurile pacientului sunt limitate la puține cuvinte sau la propoziții scurte, cu scopul de a evita sau a reduce conversația; conversația este serios afectată și interviul este neproductiv.
7. Extrem – Emisia verbală este redusă considerabil, făcând conversația imposibilă.

N7. Gândire stereotipă

Descreșterea fluidității, a spontaneității și a flexibilității gândirii, evidențiată printr-un conținut rigid, repetitiv și steril al gândirii. Evaluarea se bazează pe procesul cognitiv-verbal din timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.

3. Ușor – Ceva rigiditate, evidențiată în atitudine și credințe; pacientul poate refuza să ia în considerare alternative sau are dificultăți în a schimba subiectul.
4. Moderat – Conversația se învârtă în jurul aceleiași teme, ducând la dificultăți de a trece la altă temă.
5. Moderat-sever – Gândirea este rigidă și repetitivă, în așa fel încât conversația este limitată la doar două sau trei teme, în ciuda eforului intervievatorului de a schimba subiectul discuției.
6. Sever – Repetarea necontrolată a solicitărilor, a propozițiilor, a ideilor sau a întrebărilor, care afectează serios conversația.
7. Extrem – Gândirea, comportamentul și conversația sunt dominate de repetarea constantă a ideilor fixe sau a frazelor limitate, conducând la o rigiditate mare și la restrângerea comunicării pacientului.

3. Subscala de simptome generale (G)

G1. Preocupări somatice

Plângeri somatice sau credințe despre boli ori disfuncționalități ale corpului. Aceasta poate merge de la o vagă senzație de a fi un pic bolnav până la un delir bine format, de către o boală fizică catastrofală. Evaluați pe baza spuselor pacientului în timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Preocupare față de sănătate sau probleme corporale evidențiată prin întrebări sau nevoia de a avea asigurări că totul este bine.
4. Moderat – Preocupare distinctă față de sănătatea deficitară sau de proasta funcționare a corpului, dar nu există convingeri delirante, iar preocuparea lui poate fi atenuată prin liniștirea pacientului.
5. Moderat-sever – Pacientul exprimă numeroase și frecvente plângeri legate de sănătate și de funcțiile corpului sau uneori relevă una sau două idei delirante, implicând aceste teme, dar nu este preocupat de ele.
6. Sever – Pacientul este preocupat de una sau două idei delirante bine formulate despre boala fizică sau despre proasta funcționare organică, dar afectul nu este dominat de aceste teme și pacientul poate să-și schimbe gândurile, dacă intervievatorul se străduiește.
7. Extrem – Numeroase și frecvente deliruri somatice sau puține deliruri somatice de natură catastrofică, care domină în totalitate afectul și gândirea pacientului.

G2. Anxietate

Stări subiective de nervozitate, îngrijorare, teamă sau agitație, variind de la o preocupare excesivă față de prezent și viitor până la atacuri de panică. Evaluarea se realizează pe baza relatărilor verbale ale pacientului în timpul interviului și a semnelor fizice manifestate.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.

3. Ușor – Exprimă o oarecare îngrijorare, preocupare exagerată sau neliniște subiectivă, dar nu sunt consecințe somatice și fizice.
4. Moderat – Pacientul raportează simptome de nervozitate care se reflectă în manifestări fizice ușoare, precum tremor al mâinilor sau transpirație.
5. Moderat-sever – Pacientul raportează serioase probleme cu anxietatea, care pot avea consecințe evidente fizice și comportamentale, precum tensiune marcată, proastă concentrare, palpitații sau tulburări de somn.
6. Sever – Stare subiectivă de teamă constantă, asociată cu fobii, neliniște marcată și numeroase manifestări somatice.
7. Extrem – Viața pacientului este serios perturbată de anxietate, care este prezentă aproape tot timpul și poate atinge nivelul unei panici sau chiar să se manifeste sub forma atacurilor de panică.

G3. Vinovăție

Sentiment de regret sau autoblamare pentru vini reale sau imaginare. Evaluarea se face pe baza raportării verbale a sentimentelor de vinovăție din timpul interviului și a influenței lor asupra atitudinilor și gândurilor.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Vag sentiment de vinovăție și auto-blamare pentru incidente minore, dar pacientul nu este preocupat excesiv.
4. Moderat – Expresia distinctă a responsabilității față de incidente reale din viața pacientului, dar preocuparea, atitudinea și comportamentul nu sunt afectate major.
5. Moderat-sever – Exprimă un sentiment puternic de vină, asociat cu autocritică și cu credința că merită să fie pedepsit. Vinovăția poate avea o bază ireală, poate fi o sursă de preocupare/depresie și nu poate fi liniștită de interviewer.
6. Sever – Idei puternice de vinovăție, cu valoare delirantă, ce conduc la lipsa de speranță și ajutor. Pacientul crede că merită pedepse pentru greșelile lui și consideră că viața lui este o pedeapsă meritată.
7. Extrem – Viața pacientului este dominată de deliruri de vinovăție și de pedeapsă, ce pot fi asociate cu idei de sinucidere; consideră că problemele altora sunt provocate de el.

G4. Tensiune

Exprimarea fizică a fricii, anxietății și agitației, cum ar fi rigiditatea, tremuratul, transpirația excesivă și neliniștea. Evaluarea se bazează pe descrierea verbală a anxietății de către pacient și pe intensitatea semnelor fizice ale tensiunii observate în timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Postura și mișcările indică o ușoară teamă, precum rigiditate, ocazional neliniște, schimbarea poziției sau tremor rapid și fin.

4. Moderat – O dovadă clară a nervozității, care se manifestă variat: prin neliniște motorie, tremor al mâinilor, transpirație excesivă sau manierisme.
5. Moderat-sever – Tensiunea este evidentă prin numeroase manifestări, precum tremor nervos, transpirație abundentă, neliniște motorie, dar interviul nu este afectat.
6. Sever – Tensiune pronunțată până la punctul în care interacțiunea interpersonală este afectată. De exemplu, pacientul se mișcă încontinuu, este incapabil să stea liniștit sau prezintă o respirație rapidă.
7. Extrem – Tensiune marcată, manifestată prin semne de panică sau mișcări accelerate: merge rapid și permanent, se mișcă încontinuu și nu poate sta locului, ceea ce face conversația imposibilă.

G5. Manierisme și posturi

Mișcări sau poziții nenaturale caracterizate printr-o înfățișare stânjenită, afectată, dezorganizată sau bizară. Evaluați pe baza observației manifestărilor fizice din timpul interviului, ca și pe raportările familiei.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Ușoară stânjeneală în mișcări sau rigiditate ușoară a posturii.
4. Moderat – Mișcările sunt evident stânjenite sau afectate, postura este nenaturală pentru scurte perioade de timp.
5. Moderat-sever – Ocazional, ritualuri bizare sau postură contorsionată ori poziții anormale pentru perioade mai lungi.
6. Sever – Frecvente repetiții sau ritualuri bizare, manierisme sau mișcări stereotipe ori posturi contorsionate pentru lungi perioade de timp.
7. Extrem – Funcționarea este serios afectată de mișcări ritualiste, manierisme sau mișcări stereotipe ori de posturi nenaturale care sunt menținute în majoritatea timpului.

G6. Depresie

Sentimente de tristețe, descurajare, lipsă de speranță și pesimism. Evaluați pe baza raportării verbale a dispoziției depresive din cursul interviului și pe baza atitudinii și a comportamentului din timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Exprimă o oarecare tristețe sau descurajare numai când este întreat, dar nu există dovezi de depresie în atitudine și în comportament.
4. Moderat – Sentimente distincte de tristețe sau lipsă de speranță, care pot fi exprimate spontan, dar depresia nu are un impact major asupra comportamentului sau a funcționării sociale.
5. Moderat-sever – Sentimente distincte de depresie, precum tristețe, pesimism, lipsă de interes social, lentoare psihomotorie și ceva interferență cu apetitul și cu somnul. Pacientul poate fi înveselit cu greu.

6. Sever – Depresie marcată, cu sentimente de nefericire, plâns, lipsă de speranță și de valoare. Interferență majoră cu pofta de mâncare/somnul, precum și în funcționarea motorie și socială, posibil semne de auto-neglijare.

7. Extrem – Depresia interferează serios cu funcționarea. Manifestările includ plâns frecvent, semne somatice pronunțate, afectarea concentrării, lentoare psihomotorie, autonegligare, posibil deliruri nihiliste și/sau gânduri sau acțiuni suicidare.

G7. Lentoare motorie

Reducerea activității motorii, reflectată prin încetinirea sau reducerea mișcărilor și a vorbirii, diminuarea răspunsului la stimuli și reducerea tonusului corpului. Evaluați pe baza manifestărilor din timpul interviului și pe baza raportării familiei și a îngrijitorilor.

1. Absent – Definiția nu se aplică.

2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.

3. Ușor – Ușoară, dar evidentă diminuare a mișcărilor și a vorbirii. Pacientul poate fi sărac în conversație și în gesturi.

4. Moderat – Pacientul este clar lent în mișcări, iar vorbirea poate fi caracterizată prin lentoare, latență în răspunsuri, pauze lungi și ritm lent.

5. Moderat-sever – Marcată reducere a activității motorii, care face comunicarea neproductivă și afectează funcționarea socială și ocupațională. În mod obișnuit, pacientul poate fi găsit stând jos sau culcat.

6. Sever – Mișcărilor sunt extrem de lente, ducând la un minim de activitate sau de vorbire. Pierde tot timpul stând culcat sau nefăcând nimic.

7. Extrem – Pacientul este aproape complet imobil și practic neresponsiv la stimuli externi.

G8. Lipsă de cooperare

Manifestare activă de refuz de a urma dorințele altora, inclusiv ale intervievatorului, personalului sau familiei, care poate sugera lipsa de încredere, apărare, încăpățănare, negativism, rezistență la autoritate, ostilitate sau beligeranță. Evaluarea se bazează pe observarea comportamentului observat în timpul interviului și pe raportările familiei și ale îngrijitorilor.

1. Absent – Definiția nu se aplică.

2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.

3. Ușor – Urmează ordinele cu o atitudine de resentiment, nerăbdare sau sarcasm. Poate obiecta față de probele din timpul interviului.

4. Moderat – Refuz ocazional de a urma cererile sociale normale, precum să-și facă patul, să participe la programul zilnic etc. Pacientul poate apărea ostil și negativist, dar se poate lucra cu el.

5. Moderat-sever – Pacient frecvent necompliant cu cererile mediului și poate fi caracterizat ca având serioase probleme comportamentale. Lipsa de cooperare este reflectată de iritabilitate și de lipsa de cooperare cu intervievatorul.

6. Sever – Pacientul este foarte necooperant, negativist și posibil beligerant. Refuză să urmeze solicitările sociale obișnuite și poate refuza interviul.

7. Extrem – Rezistență activă, cu impact serios în toate ariile de funcționare. Pacientul poate refuza orice activitate socială, igiena personală, contactul cu familia sau personalul și participarea chiar scurtă la interviu.

G9. Conținut neobișnuit al gândirii

Gândire caracterizată prin idei stranii, fantastice, bizare, mergând de la cele care sunt atipice până la cele distorsionate, ilogice, absurde. Evaluați pe baza conținutului exprimat în cursul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Conținutul gândirii este oarecum neobișnuit sau idiosincronic, ori idei familiare sunt puse într-un context straniu.
4. Moderat – Ideile sunt frecvent distorsionate și ocazional par aproape bizare.
5. Moderat-sever – Pacientul exprimă multe gânduri stranii și fantastice, sau unele care sunt absurde.
6. Sever – Pacientul exprimă multe idei ilogice sau absurde ori care sunt bizare.
7. Extrem – Gândirea este absurdă, bizară și grotescă.

G10. Dezorientare

Lipsa orientării în relație cu mediul, incluzând persoanele, locul și timpul, care poate conduce la confuzie sau la retragerea din mediu. Evaluați pe baza răspunsurilor la întrebările interviului cu privire la orientare.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Orientarea generală este adecvată, dar există ceva dificultăți specifice (de exemplu, locația, strada, numele personalului, funcțiile lor, data), lucru care s-ar putea explica prin lipsa de familiaritate cu mediul în care se află.
4. Moderat – Doar succes parțial în a recunoaște persoane, locuri sau timpul. De exemplu, pacientul știe că este în spital, dar nu și numele lui, al orașului, nu cunoaște numele personalului, dar cunoaște anul și anotimpul.
5. Moderat-sever – Considerabilă deficiență în recunoașterea persoanelor, a locurilor și a timpului. Pacientul are numai noțiuni vagi despre unde este și despre cine este în jur. Poate identifica corect anul, dar nu și luna sau ziua.
6. Sever – Incapacitate marcată de a recunoaște persoanele, locurile și timpul; de exemplu, nu știe unde este, confundă datele, precum și numele unor persoane.
7. Extrem – Pacientul este complet dezorientat cu privire la persoane, loc și timp, chiar și față de persoanele sau de locurile familiare lui.

G11. Atenție deficitară

Dificultatea de a concentra atenția, evidențiată prin lipsa de concentrare, ușurința cu care se lasă distrasă atenția de stimuli interni sau externi și incapacitatea de a menține, sprijini sau schimba atenția către stimuli noi. Evaluarea se bazează pe observațiile din timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Concentrare limitată, evidentă ocazional prin distractibilitate sau pierderea atenției spre sfârșitul interviului.
4. Moderat – Conversația este afectată de tendința de a fi ușor distractibil, dificultăți în susținerea concentrării pe un subiect dat sau prin probleme de mutare a atenției asupra unui nou subiect.
5. Moderat-sever – Conversația este serios afectată de proasta concentrare, distractibilitate și dificultăți de mutare a atenției în mod adecvat.
6. Sever – Atenția pacientului poate fi atrasă numai pentru scurte momente sau cu mare efort, din cauza distractibilității marcate de stimuli interni sau externi.
7. Extrem – Atenția este atât de afectată, încât nici măcar o conversație scurtă nu este posibilă.

G12. Lipsa conștiinței bolii și a insight-ului

Deteriorarea capacității de a înțelege și de a fi conștient de propria situație de viață și de starea psihiatrică. Această deteriorare se manifestă prin incapacitatea de a recunoaște simptomele sau tulburarea psihiatrică prezentă sau trecută, negarea necesității de spitalizare sau tratament, luarea de decizii caracterizate prin anticiparea greșită a consecințelor și planificarea nerealistă pe termen scurt sau lung. Evaluarea se realizează pe baza conținutului gândirii exprimat în timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Recunoaște că are o tulburare psihiatrică, dar subestimează severitatea, necesitatea tratamentului sau a măsurilor de a evita recăderea. Viitorul este prost evaluat.
4. Moderat – Pacientul prezintă o vagă recunoaștere a bolii; pot fi fluctuații în recunoașterea faptului că este bolnav sau puțină recunoaștere a simptomelor precum deliruri, gândire dezorganizată, suspiciune, retragere socială. Pacientul poate recunoaște nevoia de tratament pentru reducerea simptomelor precum anxietatea, tensiunea sau problemele cu somnul.
5. Moderat-sever – Recunoaște boala trecută, dar nu și pe cea prezentă; dacă este contrazis, pacientul poate accepta prezența unor simptome ușoare sau nelegate de boală, care tind să fie explicate prin interpretări greșite sau delirante; nevoia de tratament nu este recunoscută.
6. Sever – Pacientul neagă tulburarea psihiatrică, neagă simptomele trecute sau prezente și nevoia de spitalizare.
7. Extrem – Negare emfatică a bolii, spitalizarea este interpretată delirant și pacientul poate refuza cooperarea cu medicii și cu personalul de îngrijire, medicația și alte aspecte ale tratamentului.

G13. Tulburări ale voinței

Tulburarea inițierii, a susținerii și a controlului propriilor gânduri, comportamente, mișcări sau vorbiri. Evaluare bazată pe conținutul și comportamentul manifestat în cursul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Există dovada unei oarecare indecizii în conversație și gândire, care poate afecta ușor procesele cognitive și vorbirea.
4. Moderat – Pacientul este adesea ambivalent și întâmpină dificultăți în menținerea deciziilor. Conversația poate fi afectată prin alterarea gândirii, iar funcționarea cognitivă și cea verbală sunt clar afectate.
5. Moderat-sever – Tulburarea voinței interferează cu gândirea și comportamentul. Pacientul prezintă o indecizie marcată, care împiedică inițierea și continuarea activităților sociale și motorii și care este evidențiată și în oprirea vorbirii.
6. Sever – Tulburarea voinței interferează cu executarea funcțiilor motorii simple sau automate, precum îmbrăcarea sau îngrijirea, și afectează marcat vorbirea.
7. Extrem – Insuficiență totală a voinței, manifestată prin inhibiția marcată a mișcării și a vorbirii, conducând la imobilitate și/sau mutism.

G14. Control deficitar al impulsului

Tulburarea reglării și a controlului acțiunii dorite, ce duce la o descărcare abruptă, nemodulată sau arbitrară ori direcționată greșit a tensiunii și a emoțiilor, fără preocupare asupra consecințelor. Evaluare bazată pe comportamentul din cursul interviului și pe raportările familiei și ale îngrijitorilor.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Pacientul tinde să devină repede frustrat și mâniș când se confruntă cu stres sau cu lipsa satisfacției, dar rar acționează impulsiv.
4. Moderat – Pacientul devine mâniș sau abuziv verbal la provocări minime. Ocazional poate fi amenințător, distructiv sau să aibă 1-2 episoade de implicare în confruntări fizice sau bătăi.
5. Moderat-sever – Pacientul prezintă repetate episoade impulsive, implicând abuzuri verbale, distrugerea proprietății sau amenințări fizice. Pot exista 1-2 episoade de asalturi fizice pentru care pacientul a necesitat izolare, conțenție sau sedare imediată.
6. Sever – Pacient frecvent impulsiv, agresiv, amenințător, distructiv, fără să ia în considerare consecințele; comportament agresiv, poate fi sexual ofensiv și este posibil ca acest comportament să fie o reacție la comenzile halucinatorii.
7. Extrem – Pacientul comite atacuri grave, criminale, agresiuni sexuale, brutalități repetate sau comportament autodistructiv; solicită supraveghere permanentă sau conțenție, din cauza inabilității de control asupra impulsurilor periculoase.

G15. Preocupare

Absorbirea de gânduri și sentimente interne, împreună cu o expresie autistă în detrimentul orientării spre realitatea exterioară și un comportament adaptativ. Evaluarea se bazează pe comportamentul interpersonal observat în timpul interviului.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Excesivă implicare în problemele și nevoile personale, astfel încât conversația se învârteste în jurul temelor egocentrice și arată puțin interes față de alții.
4. Moderat – Ocazional, pacientul pare absorbit de sine, ca un visător, sau implicat în experiențe interne care interferează, însă, puțin cu comunicarea.
5. Moderat-sever – Pacientul pare adesea angajat în experiențe autiste care interferează cu funcțiile sociale și de comunicare; privește în gol, vorbește cu el însuși, murmură sau prezintă mișcări stereotipe.
6. Sever – Preocupare autistă marcată, cu probleme serioase de concentrare, comunicare, orientare în mediu. Pacientul este văzut zâmbind, râzând, șoptind, vorbind sau strigând singur.
7. Extrem – Experiențe autiste marcate, care afectează semnificativ comportamentul; pacientul răspunde verbal și comportamental halucinațiilor și arată puțin interes față de alți oameni sau față de mediul înconjurător.

G16. Evitare socială activă

Diminuarea implicării sociale, asociată cu teamă, frică, ostilitate sau neîncredere nejustificată. Evaluați pe baza rapoartelor îngrijitorilor sau ale familiei cu privire la funcționarea socială.

1. Absent – Definiția nu se aplică.
2. Minim – Patologie sub semnul întrebării; poate fi la limita normalului.
3. Ușor – Pacientul pare stânjenit de prezența altora și preferă să stea singur, deși participă la activități sociale când i se cere.
4. Moderat – Pacientul participă cu resentimente la activități sociale, dar trebuie împins de la spate, le încheie prematur din cauza anxietății, a suspiciunii sau a ostilității.
5. Moderat-sever – Pacient înfricoșat sau mânios, evitând să participe la interacțiuni sociale, în ciuda eforturilor altora de a-l implica. Tinde să stea mai mult singur.
6. Sever – Participă în foarte puține activități sociale din cauza fricii, a ostilității sau a neîncrederii; pacientul arată o tendință puternică de a întrerupe interacțiunile și de a se izola de alții.
7. Extrem – Pacientul nu poate fi angajat în activități sociale din cauza fricii pronunțate, a ostilității sau a delirurilor persecutorii; evită orice interacțiuni și rămâne izolat față de alții.

Anexa 26 - Inventarul Peters de măsurare a delirurilor (PDI).

Inventarul Peters de masurare a delirurilor -21

(*Peters Delusions Inventory – PDI-21*)

Acest chestionar este destinat sa masoare credintele si experientele mentale vii. Te rog sa raspunzi cat se poate de sincer. Nu exista raspunsuri bune sau rele asa ca incercuieste raspunsul care ti se potriveste. Te rog sa nu mentionezi aici experientele pe care le-ai avut sub influenta drogurilor sau alcoolului.

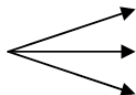
ESTE IMPORTANT SA RASPUNZI LA TOATE INTREBARILE

La intrebarile la care ai raspuns DA ne intereseaza sa bifezi si:

- cat de suparator a fost pentru tine sa traiesti aceasta experienta
- cat de des ai gandit in acest fel
- cat de adevarat crezi ca a fost aceasta

1. Ai simtit ca si cum oamenii iti fac aluzii sau iti dau mesaje cu doua intelesuri?

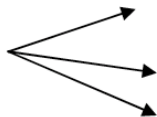
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

2. Ai simti ca si cum in ziare sau la TV se vorbeste special pentru tine?

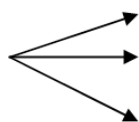
NU DA
(incercuieste)



Nu m-a suparat de loc 1	2	3	4	M-a suparat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

3. Ai simți ca și cum unii oameni nu sunt ceea ce par să fie?

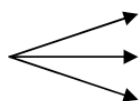
NU **DA**
(incercuiește)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

4. Ai simțit că și cum tu ești persecutat într-un fel?

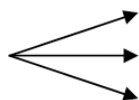
NU **DA**
(incercuiește)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

5. Ai simțit că și cum există o conspirație/complot împotriva ta?

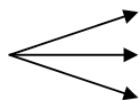
NU **DA**
(incercuiește)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

6. Ai simțit că și cum tu ai fi destinat să fi cineva important?

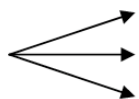
NU **DA**
(incercuiește)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

7. Ai simtit ca si cum ai fi o persoana speciala sau aparte?

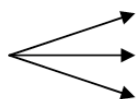
NU **DA**
(incercuieste)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

8. Ai simtit ca si cum ai fi in relatie speciala cu Dumnezeu?

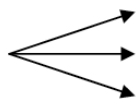
NU **DA**
(incercuieste)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

9. Ai crezut ca oamenii pot comunica telepatic?

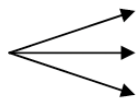
NU **DA**
(incercuieste)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

10. Ai simtit ca si cum aparate electrice sau computere pot sa te influenteze cum gandesti?

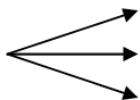
NU **DA**
(incercuieste)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

11. Ai simțit ca și cum Dumnezeu te-ar fi ales într-un fel?

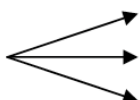
NU **DA**
(incercuiește)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

12. Ai crezut în vrajitorii, descantece sau științe oculte?

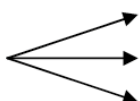
NU **DA**
(incercuiește)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

13. Ai fost adesea îngrijorat că partenerul tău nu este cinstit?

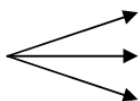
NU **DA**
(incercuiește)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

14. Ai simțit că ești mai păcătos decât majoritatea oamenilor?

NU **DA**
(incercuiește)

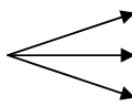


Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

15. Ai simțit că oamenii se uita la tine ciudat din cauza felului cum arăți?

Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5

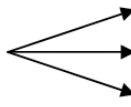
NU **DA**
 (incercuieste)



				5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

16. Te-ai simtit ca si cum nu ai ganduri in cap?

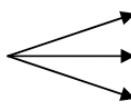
NU **DA**
 (incercuieste)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

17. Ai simtit ca si cum lumea este aproape de sfarsit?

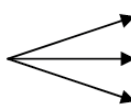
NU **DA**
 (incercuieste)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

18. Ai simtit ca gandurile tale nu sunt normale?

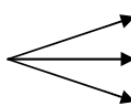
NU **DA**
 (incercuieste)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

19. Ai simtit ca gandurile tale sunt asa de vii ca ti-a fost frica ca altii le-ar putea auzii?

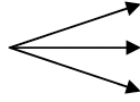
NU **DA**
 (incercuieste)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodata 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred ca e adevarat 1	2	3	4	Cred ca e adevarat 5

20. Ai simțit ca și cum îți auzi gândurile tale ca un ecou?

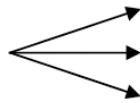
NU DA
(incercuiește)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

21. Ai simțit ca și cum ai fi un robot sau un zombie fără ca să ai vre-o putere asupra ta?

NU DA
(incercuiește)



Nu m-a separat de loc 1	2	3	4	M-a separat foarte tare 5
Niciodată 1	2	3	4	Foarte frecvent 5
Nu cred că e adevărat 1	2	3	4	Cred că e adevărat 5

Anexa 27 – Mini test pentru examinarea stării mintale (MMSE)

Mini-Mental State Examination - MMSE

(Mini test pentru examinarea stării mentale)

Așezați pacientul într-o poziție confortabilă și stabiliți o bună comunicare. Puneți întrebările în ordinea prezentată. Scorul maxim posibil este de 30.

Punctaj
maxim

Orientare

În ce (an), (anotimp), (zi a săptămânii), (zi din lună), (lună) suntem?

5

Unde ne aflăm - (țara), (județul), (orașul), (spitalul), (etajul)?

5

Înregistrarea informațiilor

Rostiți numele a trei obiecte obișnuite (de ex. „măr”, „masă”, „monedă”). Între fiecare cuvânt faceți câte o pauză de câte o secundă. Cereți-i pacientului să le repete pe toate 3. Acordați câte 1 punct pentru fiecare răspuns corect. Apoi relațați-le până le învață pe toate 3.

3

Evaluati din câte încercări a reușit și notați. Încercări:

Atenție și calcul

Numărare inversă de la 100 scăzând câte 7. Opriti-l după 5 răspunsuri corecte.

5

Test alternativ: rostirea cuvântului „avion” în sens invers.

Punctajul este în funcție de numărul de litere așezate în ordine corectă (N_O_I_V_A).

Reproducerea informațiilor

Întrebați-l cele 3 nume de obiecte pe care le-a auzit anterior.

3

Acordați câte 1 punct pentru fiecare răspuns corect. (Notă: învățarea nu poate fi testată dacă cele 3 nume nu au fost memorate în timpul testării memoriei.)

Limbaaj

Denumirea unui „creion” și a unui „ceas” .

2

Repetarea propoziției: „Capra neagră calcă piatra”.

1

Înțelegerea unei comenzi:

„Luați o foaie de hârtie, împăturiți-o în două și așezați-o pe podea”.

3

Citirea și executarea comenzii: „Închide ochii”.

1

Scrierea unei propoziții.

1

Copierea următorului desen:

1



Scor maxim total: 30

Scor total:

Reperere recomandate pentru evaluarea severității disfuncției cognitive:

Ușoară: MMSE ≥ 21 Moderată: MMSE 10-20 Severă: MMSE ≤ 9

Scăderea medie a scorului MMSE la pacienții cu boala Alzheimer ușoară și moderată este de 2-4 puncte pe an.

Adaptat după Burns A, Lawlor B, Craig S – Assessment Scales in Old Age Psychiatry. Martin Dunitz 1999:34-35; Mini-Mental State Examination

E/1/2006

BIBLIOGRAFIE

1. Downie N. M., *Fundamentals of Measurement: Tehniques and practices*, Second Edition, New York: Oxford University Press, 1967
2. Schiopu V., *Introducere în psihodiagnostic*, Ediția a II-a, Universitatea București, 1977
3. Wechsler D., *Manual for the Wechsler Adult Scale*, The Psychological Corporation, New York, 1955
4. GHIDUL UTILIZATORULUI PENTRU SCID-5-PD INTERVIUL CLINIC STRUCTURAT PENTRU TULBURĂRILE DE PERSONALITATE DIN DSM-5®
5. Addington D, Addington J, Matincka-Tyndale E. (1992): Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res*, 6: 201–208.
6. Addington D, Addington J, Atkinson M. (1996): A psychometric comparison of the Calgary depression scale for schizophrenia and the Hamilton depression rating scale. *Schizophr Res*: 9: 205–212.
7. Aish AM, Wasserman D (2001): Does Beck's Hoplessness Scale really measure several components? *Psychological Medicine*, 31: 367-372.
8. Asberg M, Montgomery SA, Perris C et al (1978): A Comprehensive Psychopathological Rating Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 272.
9. Bech P, Rafaelsen OJ (1980): The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, suppl.285: 128-131 Bech P (1981): Rating Scales for Affective Disorders: Their Validity and Consistency, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, suppl. 295. Bech P, Gjeris A, Andersen J et al (1983): The Melancholia Scale and the Newcastle Scales, *Brit.J.Psychiatry*, 143: 58-63.
10. Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ (1986): Mini-compendium of rating scales for anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, Suppl.326.
11. Bech P (1993): *Rating Scales for Psychopathology, Health Status and Quality of Life*, Heidelberg: Springer Verlag.
12. Bech P, Malt UF, Dencker SJ et al (1993): Scales for Assessment of Diagnosis and Sevewrity of Mental Disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, suppl. 372. Bech P

- (1996): Utilizarea corectă a scalelor de evaluare în depresie, in *Depresii – Noi Perspective*, R Vraști & M Eisemann (Eds.) București: Editura ALL.
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al (1961): An inventory for measuring depression, *Arch.Gen.Psychiatry*, 4: 561-571.
 14. Beck AT (1967): *Depression: Clinical Experimental and Theoretical Aspects*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
 15. Beck AT, Beamesderfer A (1974): Assessment of depression: The Depression Inventory, in *Psychological Measurement in Psychopharmacology*, P Pichot (Ed.), Basel: Karger.
 - Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974): The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 861– 865.
 16. Beck AT, Steer RA, Garbin MG (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation, *Clinical Psychology Review*, 8(1): 77-100.
 17. Beck AT, Steer RA (1988): *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, Tex: Psychological Corporation.
 18. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, et al (1990): Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients, *Am J Psychiatry*, 147(2): 190– 195.
 19. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W (1996a): Comparison of Beck Depression Inventories –IA and –II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess.*, 67: 588–597.
 20. Backer R, Holloway J, Thomas PW (2004): Emotional processing and panic, *Behaviour Research and Therapy*, 42: 1271-1287.
 21. Balon R (2005): Masuring anxiety: Are we getting what we need? *Depression and Anxiety*, 22:1-10.
 22. Barlow DH (2000): Unraveling the mystery of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory, *American Psychologist*, 2000: 1247-1263.
 23. Barlow DH (1988); *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, New York: Guilford Press.
 24. Barlow DH, Wincze J (1998): DSM-IV and beyond: what is generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 98 (Suppl 393):23-29.
 25. Barnes LLB (2002): Reliability Generalization of Scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, *Educational and Psychological Measurement*, 62: 603-618.

26. Hamilton M (2000): Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Handbook of Psychiatric Measures, AJ Rush (Ed.), American Psychiatric Association.
27. Liebowitz, M. R. (1987): Social phobia, Modern Problems of Pharmacopsychiatry (DF Klein Ed.) 22: 141-173.
28. Altman EG, Hedeker DR, Janicak PG et al (1994): The Clinician – Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): Development, reliability, and validity. Biological psychiatry, 36:124-134.
29. Bauer M, Crits-Cristoph P, Ball W et al. (1991): Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. Arch. Gen. Psychiatry 48, 807–812.
30. Bech P (1993): Rating Scales for psychopathology, Health Status and Quality of Life, Berlin, Springer.
31. Goldberg JF, Wenzel SJ, Welker TM et al (2005): Content-specificity of dysfunctional cognitions for patients with bipolar mania versus unipolar disorder: a preliminary study. Bipolar Disorders 7: 49–56.
32. Bayer P, Lienard P (2008): Ritual Behavior in obsessive and normal individuals, Current Directions in Psychological Science, 17:291-294.
33. Cottraux J (1989): Behavioural psychotherapy for obsessive-compulsive disorder, International Review of Psychiatry, 1:227-234.
34. Goodman WK, Rasmussen SA, Price LH et al (2000): Yale-Brown Obsession Compulsive Scale (Y-BOCS), in AL Rush (Ed.): Handbook of Psychiatric Measures, American Psychiatric Association Press.
35. Elhai JD, Gray MJ, Kashdan TB, Franklin CL (2005): Which Instruments Are Most Commonly Used to Assess Traumatic Event Exposure and Posttraumatic Effects? A Survey of Traumatic Stress Professionals, Journal of Traumatic Stress, 18: 541-545.
36. Andreasen NC (2000): Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) and Scale for the Assessment of negative Symptoms (SAPS), in Rush AJ et al (Eds.): Handbook of Psychiatric Measures, American Psychiatric Association Press.
37. Jacobsson L, Knorrning L von, Mattsson B et al (1978): The Comprehensive Psychopathological Rating Scale - CPRS - in patients with schizophrenic syndromes, Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.271:39-44.

38. Lenzenweger MF (1994): Psychometric high-risk paradigm, perceptual aberrations, and schizotypy: An update, *Schizophrenia Bulletin*, 20: 121-135.
39. Levine SZ, Rabinowitz J, Engel R et al (2008): Extrapolation between measures of symptom severity and change: An examination of the PANSS and CGI, *Schizophrenia Research*, 98:318-322.
40. Vraști Radu, Ghid Practic de Interventie in Criza, Kitchener, ON, Mai 2012, on-line ghid
41. Vrast Radu, Masurarea Sanatatii Mentale, Iunie 2018, Kitchener, Ontario, on-line ghid.