

Dwubiegunowość – aspekt diagnostyczny

Aleksandra Suwalska, Janusz Rybakowski

W pracy przedstawiono definicję i proponowane kryteria spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej oraz narzędzia stosowane do oceny cech dwubiegunowości u chorych z zaburzeniami nastroju. Przedstawiono wyniki badań przy zastosowaniu Kwestionariusza zaburzeń nastroju i skali Hypomania Checklist, w tym badań ogólnopolskich DEP-BI i TRES-DEP. Omówiono trudności w rozpoznawaniu choroby afektywnej dwubiegunowej oraz wskazówki sugerujące możliwość dwubiegunowości u pacjenta. Wskazano również na znaczenie monitorowania wahań nastroju u pacjentów.

Obowiązujące klasyfikacje: Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10)¹ oraz Diagnostical and Statistical Manual (DSM-IV),² wyróżniają chorobę afektywną jednobiegunową (ChA), w której występują jedynie epizody depresji, oraz chorobę afektywną dwubiegunową (ChAD), w której również pojawiają się epizody manii lub hipomanii. Amerykańska klasyfikacja DSM-IV rozróżnia dodatkowo dwa typy zaburzeń dwubiegunowych: typ I – z epizodem manii i typ II – w przebiegu którego występują jedynie epizody hipomanii, a manie nie występują. DSM-IV zawiera również wyróżniki dotyczące postaci choroby afektywnej dwubiegunowej z częstą zmianą faz oraz choroby afektywnej sezonowej.

W obu klasyfikacjach, aby postawić rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej, należy wykluczyć podłoże organiczne/somacyjne i wpływ substancji psychoaktywnych, w tym również leków przeciwdepresyjnych.

Epidemiologia

Według DSM-IV² rozpowszechnienie poszczególnych postaci chorób afektywnych (ryzyko zachorowania w ciągu życia) wynosi dla ChAD I 0,4-1,6%, a dla ChAD II – 0,5%. Natomiast wskaźniki rozpowszechnienia dużej depresji (pojedynczego epizodu lub zaburzenia nawracającego) wynoszą dla mężczyzn 5-12%, a dla kobiet 10-25%. Taka dysproporcja częstości występowania tych dwóch grup zaburzeń nie znajduje potwierdzenia w praktyce klinicznej. Przegląd piś-

miennictwa przeprowadzony przez Rybakowskiego³ wskazuje, że gdy zastosuje się szersze kryteria identyfikacji stanów wzmoczonego nastroju, wówczas ryzyko wystąpienia w ciągu życia zaburzenia o cechach dwubiegunowości zawiera się w przedziale 3-6%. ChAD z uwzględnieniem spektrum występuje u 5% populacji ogólnej, a co drugi leczony ambulatoryjnie chory na depresję może cierpieć na ChAD II.⁴

Spektrum zaburzeń dwubiegunowych

W końcu XX wieku wprowadzono termin spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej. To pojęcie ma kilka znaczeń, wśród których najistotniejsze są dwa.

1. Spektrum ChAD jako całokształt zaburzeń o cechach dwubiegunowości

Według koncepcji Akiskala⁵ spektrum stanowi kontinuum zaburzeń nastroju, które obejmuje ChAD I i II oraz wszystkie inne postaci chorób afektywnych o cechach dwubiegunowości. Przedstawiono siedem podtypów spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej (od I do IV). Choroba typu I oznacza klasyczną ChAD I, typ I 1/2 dotyczy stanów depresji z przewlekłymi stanami hipomaniakalnymi, a typ II ze stanami hipomaniakalnymi występującymi spontanicznie. Typ II 1/2 to depresja u osoby z temperamentem cyklotymicznym, a typ III nawracające epizody depresji i hipomanii wywołane farmakologicznie (przede wszystkim przez stosowanie leków przeciwdepresyjnych). Typ III 1/2 opisuje nawracające epizody hipomanii w przebiegu nadużywania

alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, a typ IV występowanie depresji u osoby z temperamentem hipertymicznym.⁶ Według Angsta i wsp.⁷ do spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej oprócz typowych postaci ChAD I i ChAD II włączyć należy również stany hipomaniakalne i stany subdepresyjne niespełniające kryteriów DSM-IV. Badanie Zurich Cohort Study, w którym u 591 osób wykonano czterokrotną szczegółową ocenę diagnostyczną w okresie 20 lat obserwacji i stosując powyższe założenia wykazało, że rozpowszechnienie zaburzeń o cechach dwubiegunowości może przekraczać nawet 10%.

2. Spektrum jako przestrzeń diagnostyczna między chorobą afektywną dwubiegunową typu II a depresją nawracającą. Kryteria diagnostyczne zaproponowane przez Ghaemi i wsp.⁸ przedstawiono w tabeli.

W badaniu DEP-BI (które zostanie opisane poniżej) stwierdzono, że spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej w myśl kryteriów Ghaemi i wsp.⁸ występuje u 12% pacjentów leczonych przez psychiatrów z powodu depresji.⁹

Badacze zajmujący się zagadnieniem spektrum wysunęli również postulat uwzględnienia rozpoznania tej kategorii w następnej klasyfikacji.

Problemy z rozpoznawaniem ChAD

Faravelli i wsp.¹⁰ wymieniają cztery główne problemy z rozpoznaniem ChAD:

1. Najcięższe postaci manii, w których występuje przymglenie świadomości, urojenia niezgodne z nastrojem i objawy soma-

tyczne mogą nie spełniać kryteriów DSM-IV skupionych na objawach hipomanii czy łagodnej manii.

2. Brak możliwości rozpoznania manii, która występuje podczas leczenia przeciwdepresyjnego, uniemożliwia zidentyfikowanie tych przypadków, w których naturalny przebieg choroby to depresja - mania - remisja (depression followed by mania, DMI).

3. Uwzględniając to, że około 50% przypadków ChAD rozpoczyna się epizodem afektywnym innym niż mania czy hipomania, badania epidemiologiczne niedoszacowują występowania ChAD.

4. Subklinicznych postaci ChAD określanych jako spektrum ChAD nie można rozpoznać jako ChAD przy zastosowaniu obowiązujących kryteriów diagnostycznych pomimo ich znaczenia klinicznego.

Zmiana rozpoznania

Pacjenci z chorobami afektywnymi zgłaszają się do lekarza najczęściej z powodu epizodu depresji. Niekiedy lekarz koncentruje się jedynie na leczeniu objawów choroby, nie poświęcając wystarczającej uwagi wywiadowi dotyczącemu występowaniu zaburzeń nastroju w przeszłości. Pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową typu drugiego często nie trafiają w ogóle do psychiatry, leczenie objawów depresji, zaburzeń snu czy drażliwości w hipomanii odbywa się w poradniach lekarzy pierwszego kontaktu, którzy mają mniejsze doświadczenie w rozpoznawaniu chorób afektywnych.

Objawy hipomanii często nie są silnie wyrażone, mogą wiązać się z poprawą funkcjonowania, zatem pacjent ich nie potrafi zidentyfikować, nie traktuje ich jako stan patologiczny, chorobowy.

U tych chorych rozpoznawana jest depresja, zgodnie z tym są leczeni, a do prawidłowej diagnozy upłynąć może nawet 8-10 lat.^{11,12} W retrospektywnym badaniu analizowano dane 406 pacjentów, u których w latach 1959-63 rozpoznano depresję. Po ponad 20 latach stwierdzono, że u około 1% rocznie stwierdzano chorobę dwubiegunową typu I, a 0,5% chorych rocznie miało zmienioną diagnozę z depresji na zaburzenia afektywne dwubiegunowe typ II.¹³ Z każdym kolejnym epizodem depresji wzrasta prawdopodobieństwo zmiany diagnozy, w ciągu całego życia pacjenta istnieje ryzyko konwersji w ChAD.

W badaniu NIMH Collaborative Depression Study w trakcie jedenastoletniej obserwacji grupy 539 chorych na depresję zmiana rozpoznania na ChAD II nastąpiła u 8,6%, natomiast na ChAD I u 3,9%.¹⁴ Benazzi¹⁵ w grupie 203 leczonych ambulatoryjnie chorych na depresję stwierdził rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej typu II

u 45%, a typu I u 4%. Goldberg i wsp.¹⁶ oceniali ryzyko wystąpienia choroby dwubiegunowej w ciągu 15 lat u chorych uprzednio hospitalizowanych z powodu choroby afektywnej jednobiegunowej i stwierdzili konwersję w kierunku ChAD II u 27% i w kierunku ChAD I u 19% pacjentów.

Narzędzia przydatne w diagnostyce i monitorowaniu przebiegu ChAD

W ocenie psychometrycznej nasilenia objawów depresji klinicyści stosują Skalę depresji Hamiltona i Skalę depresji Montgomery-Asberg (dostosowane przede wszystkim do objawów klasycznej depresji w przebiegu ChAD), natomiast oceny objawów manii dokonuje się przy użyciu Skali manii Younga. Skale te są przydatne w diagnostyce wstępnej i ocenie wyników leczenia. W ostatnich latach stworzono Skalę depresji dwubiegunowej (SDD),¹⁷ której polską wersję opracowali Dróżdż i wsp.¹⁸ SDD uwzględnia specyfikę i odrębność obrazu klinicznego depresji dwubiegunowej, umożliwia ocenę depresji atypowej i objawów stanu mieszanego. Do oceny depresji służy również Skala Becka - kwestionariusz samooceny wypełniany przez pacjenta.

W diagnostyce przesiewowej zaburzeń afektywnych dwubiegunowych i wykrywaniu właśnie cech dwubiegunowości przydatne są kwestionariusze dotyczące objawów manii i hipomanii. Najczęściej stosowany jest Kwestionariusz zaburzeń nastroju (KZN) Hirschfelda¹⁹ oraz skala Hypomania Checklist-32 (HCL-32) Angsta.²⁰

Kwestionariusz zaburzeń nastroju Hirschfelda (Mood Disorder Questionnaire)

Jest to kwestionariusz samooceny, którego wypełnienie przez pacjenta trwa zwykle 5-10 minut. Składa się z trzech części:

1. część objawowa - 14 pytań dotyczą-

cych objawów hipomaniakalnych lub maniakalnych w historii życia pacjenta (na podstawie kryteriów DSM-IV) - pytania zamknięte z odpowiedziami tak/nie;

2. pytanie na temat równoczesności występowania objawów;

3. ocena stopnia zaburzenia funkcjonowania spowodowanego tymi objawami.

Jako wynik wskazujący na cechy dwubiegunowości przyjmuje się co najmniej siedem odpowiedzi twierdzących na pytania z punktu 1 oraz występowanie co najmniej dwóch z tych objawów w tym samym okresie życia pacjenta.¹⁹ Kwestionariusz ten wykorzystano w amerykańskich badaniach epidemiologicznych rozpowszechnienia zaburzeń dwubiegunowych.²¹ KZN wykazuje większą czułość w przypadku ChAD I. W badaniu walidacyjnym KZN Hirschfelda¹⁹ i wsp. w grupie 198 pacjentów swoistość wyniosła 90%, czułość - 73%. Ryzyko wystąpienia w ciągu życia zaburzenia typu spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej w populacji amerykańskiej oceniono na 3,7 proc. Okazało się, że tylko u 1/5 chorych, tzw. MDQ dodanych rozpoznawano jakkolwiek postać choroby afektywnej dwubiegunowej, podczas gdy u połowy takich chorych rozpoznano chorobę afektywną jednobiegunową. Polską wersję skali przedstawił Siwek i wsp.²²

DEP-BI

W Polsce KZN został zastosowany w badaniu rozpowszechnienia zaburzeń dwubiegunowych (DEP-BI).²³ Miało ono na celu ocenę częstości występowania zaburzeń dwubiegunowych wśród chorych leczonych przez psychiatrów z powodu depresji. Wykazano, że u ponad 60% badanych występowały cechy dwubiegunowości, w tym: u 20,2% ChAD I, u 29% ChAD II, a u 12% - spektrum ChAD.^{23,25} U osób z rozpoznaniem

TABELA
Kryteria spektrum ChAD[®]

A.	Co najmniej jeden epizod dużej depresji
B.	Nie ma spontanicznie występujących epizodów hipomanii lub manii Spełnienie jednego z poniższych kryteriów oraz co najmniej dwóch elementów z kryteriów D:
C1	Choroba afektywna dwubiegunowa u krewnego pierwszego stopnia
C2	Mania lub hipomania w następstwie stosowania leków przeciwdepresyjnych
D.	Jeżeli nie występuje żaden element z kryterium C, konieczna jest obecność co najmniej 6 z poniższych 9 cech dwubiegunowości:
D1	Osobowość hipertymiczna
D2	Nawracające epizody depresyjne (>3)
D3	Krótkotrwałe nawracające epizody depresyjne (średnio <3 mies.)
D5	Epizody depresji psychotycznej
D6	Wczesny początek depresji (<25 r.ż.)
D7	Depresja poporodowa
D8	Szybka utrata efektu działania leków przeciwdepresyjnych
D9	Brak poprawy po ≥3 kuracjach przeciwdepresyjnych

zaburzeń depresyjnych nawracających potwierdzono rozpoznanie tylko u 32,9%.²⁶ Wykazano, że odsetek depresji odpornej na stosowanie leków przeciwdepresyjnych był istotnie wyższy w chorobie afektywnej dwubiegunowej niż w jednobiegunowej.²⁴ Podobnie w ocenie efektywności krótkoterminowej leków przeciwdepresyjnych, którą przeprowadzili Ghaemi i wsp.,²⁷ poprawa wystąpiła u ok. 70% pacjentów z depresją jednobiegunową i u 50% z depresją dwubiegunową.

Kwestionariusz objawów hipomanii – Hypomania Checklist (HCL-32)

Został utworzony przez Angsta i wsp.,²⁰ badacz ten uczestniczył również w przygotowaniu polskiej wersji językowej.²²

HCL-32 służy do samooceny występowania i nasilenia objawów hipomanii w okresie całego życia pacjenta oraz jako narzędzie przesiewowe do wykrywania objawów choroby afektywnej dwubiegunowej w tym cech dwubiegunowości. Kwestionariusz składa się z siedmiu itemów. Pytanie pierwsze ocenia samopoczucie w dniu badania (jako że depresja i mania o znacznym nasileniu mogą wpływać na odpowiedzi w pytaniu 3). Pytanie drugie ma na celu ocenę temperamentu pacjenta. Pytanie trzecie obejmuje listę 32 objawów. Liczba odpowiedzi twierdzących wynosząca przynajmniej 14 wskazuje na cechy dwubiegunowości.²⁰ Dalsze pytania dotyczą wpływu objawów na codzienne życie, reakcji innych osób oraz czasu trwania takich okresów.

W badaniach polskich HCL-32 zastosowano w projekcie TRES-DEP (Treatment Resistant Depression) we współpracy ośrodków w Poznaniu, Wrocławiu i Krakowie (prof. J. Rybakowski, prof. A. Kiejna, dr hab. D. Dudek). W badaniu poszukiwano cech dwubiegunowości u chorych depresją lekooporną. Objęto nim 1051 pacjentów i wykazano, że odsetek osób z rozpoznaną depresją jednobiegunową, u których punktacja w skali hipomanii HCL-32 była wyższa niż 14, wynosił 37,5%. Odsetek ten był istotnie wyższy w grupie depresji lekoopornej niż w nielekoopornej (odpowiednio 44 i 30%).²⁸ Czynniki ryzyka lekooporności stanowiły wynik przynajmniej 6 punktów w skali KZN, wynik 14 punktów w HCL-32, wystąpienie pierwszego epizodu do 20 r.ż, obecność przynajmniej trzech epizodów depresji w wywiadzie oraz brak remisji lub częściowa remisja po pierwszym epizodzie.²⁹

Wyniki badania TRES-DEP potwierdziły związek dwubiegunowości i gorszej odpowiedzi na leki przeciwdepresyjne u pacjentów z zaburzeniami nastroju.²⁸ W badaniu Calabrese i wsp. ok. 1/5 pacjentów z depresją lekooporną wykazywała cechy dwubiegunowo-

ści w badaniu przy zastosowaniu KZN.³⁰ W badaniu autorów japońskich u 24% pacjentów z depresją lekooporną w przebiegu ChAJ nastąpiła zmiana rozpoznania na ChAD.³¹ Natomiast Sharma i wsp. w ciągu rocznej obserwacji 61 pacjentów z rozpoznaniem lekoopornej depresji jednobiegunowej u 80% stwierdzili cechy dwubiegunowości.³²

W badaniu TRES-DEP przeprowadzono również walidację polskojęzycznej wersji kwestionariusza HCL-32, potwierdzając rzetelność narzędzia,²⁸ a także potwierdzono przydatność KZN w wykrywaniu cech dwubiegunowości.³³

Inne badania przy zastosowaniu kwestionariuszy

We francuskim badaniu EPIDEP przeprowadzono ocenę rozpowszechnienia cech dwubiegunowości w populacji chorych na depresję z początkowym rozpoznaniem choroby afektywnej jednobiegunowej. Ocenę przeprowadzono dwukrotnie. Zastosowano szereg badań i narzędzi diagnostycznych i przesiewowych, wśród nich HCL-32. W trakcie pierwszego przesiewowego badania możliwość występowania choroby afektywnej dwubiegunowej typu II stwierdzono u 21,70% pacjentów badanej grupy, wartości uzyskane w trakcie drugiego bardziej szczegółowego badania wynosiły 39,8%. Zatem niemal u 2/5 chorych, u których rozpoznaje się epizod depresyjny, może występować typ II choroby afektywnej dwubiegunowej.³⁴

Badania z zastosowaniem HCL-32

Autorzy kwestionariusza stwierdzili, że HCL-32 jest dobrym narzędziem rozróżnienia choroby afektywnej dwubiegunowej i jednobiegunowej o czułości 80% i swoistości 51%. Spośród 32 pytań części objawowej wyodrębniono dwa czynniki, które występują zarówno u pacjentów, jak i w populacji ogólnej: nadmierna aktywność/wzmożony nastrój (active/elated) oraz drażliwość/zachowania ryzykowne (irritable/risk-taking).²⁰

W porównaniu HCL-32 i KZN stwierdzono, że oba kwestionariusze wykazywały dobrą przydatność, HCL-32 lepiej niż KZN identyfikował pacjentów z typem ChAD II.³⁵

Meyer i wsp.³⁶ w badaniu w populacji niemieckiej i szwedzkiej stwierdzili związek wyników skali HCL-32 z wykładnikami funkcjonowania psychospołecznego.

W badaniu epidemiologicznym National Comorbidity Survey stwierdzono, że ryzyko zachorowania w ciągu życia na wszystkie postaci choroby afektywnej dwubiegunowej wynosi 4,5%.³⁷ Zatem przynajmniej u 1/4 chorych z rozpoznaniem epizodu depresji lub choroby afektywnej jednobiegunowej wystę-

puje w istocie spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej w szerszym znaczeniu.

Monitorowanie przebiegu choroby

Znaczna część pacjentów z ChAD wymaga leczenia skojarzonego, co zwiększa stopień poprawy, ale również ryzyko objawów niepożądanych i koszty ponoszone przez pacjenta. Stosowanie wielu leków utrudnia stosowanie się do zaleceń lekarza. Brak współpracy w leczeniu (non-compliance) stanowi istotny problem i główny czynnik nawrotu choroby. W sześcioletnim badaniu retrospektywnym stwierdzono, że ponad połowa pacjentów z chorobami afektywnymi przerywa stosowanie litu, a jedynie pacjenci współpracujący w leczeniu uzyskali zmniejszenie liczby i czasu trwania hospitalizacji.³⁸

Monitorowanie fluktuacji nastroju i snu poprzez codzienne raporty pacjenta stanowią użyteczne narzędzie kliniczne i przynoszą wiele korzyści zarówno choremu, jak i lekarzowi. Porównanie symultaniczne fluktuacji nastroju i leczenia może pomóc w optymalizacji złożonej terapii farmakologicznej i lepiej określać niuanse częściowej poprawy.³⁹ Dodatkową korzyść ze stosowania codziennej samooceny nastroju stanowi zwiększenie zaangażowania pacjenta w terapię.

Do codziennej samooceny nastroju stosuje się obecnie Life Chart Methodology i programy komputerowe.^{40,41} Program ChronoRecord (CR) umożliwia przeprowadzenie analizy podłużnej danych pacjenta, aby pomóc klinicyście w leczeniu zaburzeń nastroju. Korzystając z CR, pacjent każdego dnia wprowadza pojedynczy punkt, który najlepiej opisuje jego nastrój w ciągu ostatnich 24 godzin. ChronoRecord służy do codziennej samooceny wahań nastroju i snu u pacjentów z zaburzeniami nastroju w przebiegu chorób afektywnych i innych zaburzeń psychicznych. Opracowano polską wersję programu.⁴² W jednym z badań z udziałem ośrodka ponańskiego stwierdzono, że w grupie 182 pacjentów z ChAD, z których większość pobierała lek normotymiczny, podawanie leków przeciwdepresyjnych nowej generacji nie wiązało się ze wzrostem odsetka zmian fazy na maniakałną lub częstej zmiany faz (rapid cycling) w porównaniu z chorymi nieotrzymującymi leków przeciwdepresyjnych.⁴³

Wskazówki sugerujące możliwość dwubiegunowości u pacjenta

Wymienić tu należy tzw. wskaźnik dwubiegunowości⁴⁴ (bipolarity index), oceny dokonuje się w 5 wymiarach, takich jak: charakterystyka epizodu, wiek, w którym

nastąpił początek choroby, przebieg choroby, reakcja na leczenie i obciążenie rodzinne, każdy z wymiarów punktowany 0-20. Maksymalna liczba punktów wynosi 100, a większość pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową typu I uzyskuje punktację powyżej 60.⁴⁴

Innym kryterium dwubiegunowości jest znaczna nawrotowość. Goodwin i Jamison⁴⁵ uważają, że depresja nawracająca o częstotści ponad pięciu nawrotów powinna być włączona w spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej.

Według Akiskala i wsp.⁴⁶ czynniki predykcyjne ChAD stanowią początek w wieku 25 lat lub wcześniejszy, obciążenie rodzinne ChAD, precypitacja epizodu przez poród, obraz kliniczny z nadmierną sennością i zahamowaniem oraz hipomania indukowana lekami przeciwdepresyjnymi. Wykazują one czułość 32-71% i swoistość 69-100%.⁴⁶ Dodatkowo występowanie kombinacji jakichkolwiek trzech czynników wykazywało swoistość diagnostyczną wynoszącą 98%. Najbardziej swoistym czynnikiem predykcyjnym rozpoznania ChAD II u osób z depresją była labilność nastroju, wykazywała jednak niską czułość (42%).⁴⁶

Frye i wsp.⁴⁷ wymieniają następujące czynniki sugerujące, że pacjent zgłaszający się z powodu depresji ma ChAD:

- labilność nastroju,
- atypowe cechy depresji (hipersomnia, zwiększenie apetytu),
- hipomania indukowana lekami przeciwdepresyjnymi,
- wczesne wystąpienie pierwszego epizodu depresji (25 r.ż.),
- nagły początek epizodu,
- obecność objawów psychotycznych,
- zahamowanie ruchowe,
- rodzinne występowanie ChAD.

W opinii Seemulera i wsp.⁴⁸ czynnikami predykcyjnymi dwubiegunowości są: wczesny początek choroby, duża nawrotowość (ponad pięć epizodów), obecność objawów atypowych, objawy psychotyczne, współistnienie innych zaburzeń psychicznych, jak zaburzenia lękowe, próby samobójcze w wywiadzie (zwłaszcza w młodym wieku), obciążenie rodzinne ChAD oraz szybkie narastanie objawów epizodu depresji.⁴⁸ Prawidłowe rozpoznanie pomaga wybrać odpowiednie leczenie, zapobiec wystąpieniu szybkiej zmiany faz i manii indukowanych przez leki przeciwdepresyjne poprzez zastosowanie leczenia skojarzonego lekami przeciwdepresyjnymi i normotymicznymi. Nie ustalono objawów patognomicznych ChAD, więc prawdopodobieństwo rozpoznania ChAD należy oceniać dla każdego pacjenta indywidualnie. Stosowanie częściowo ustrukturyzowanych wywiadów i kwestionariuszy wpływa na zwiększenie rozpoznawania ChAD II.⁴⁹ Pa-

cjenci, których ryzyko ChAD jest znaczne, powinni przynajmniej otrzymać wyczerpujące informacje i być wnikliwie monitorowani pod kątem wystąpienia ewentualnego epizodu manii.⁴⁸

Piśmiennictwo:

1. *Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych I Zaburzeń Zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. DSM-IV. Washington D.C.; 1994.
3. Rybakowski J. Koncepcja spektrum choroby afektywnej dwubiegunowej *Psychiatria*. 2008;5(3):75-82.
4. Benazzi F. Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*. 2007;21(9):727-740.
5. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol*. 1996;16(2 Suppl 1):4S-14S.
6. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22(3):517-34, vii.
7. Angst J, Gamma A, Lewinsohn P. The evolving epidemiology of bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2002;1(3):146-148.
8. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract*. 2001;7(5):287-297.
9. Rybakowski JK, Chlopocka-Wozniak M, Suwalska A. The prophylactic effect of long-term lithium administration in bipolar patients entering treatment in the 1970s and 1980s. *Bipolar Disord*. 2001 Apr; 3(2):63-67.
10. Faravelli C, Gorini Amedei S, Scarpato MA, et al. Bipolar Disorder: an impossible diagnosis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:13.
11. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. „Cade's disease” and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*. 2002;47(2):125-134.
12. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(2):161-174.
13. Angst J, Sellaro R, Stassen HH, Gamma A. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions. *J Affect Disord*. 2005;84(2-3):149-157.
14. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, et al. Switching from „unipolar” to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(2):114-123.
15. Benazzi F. Prevalence of bipolar II disorder in outpatient depression: a 203-case study in private practice. *J Affect Disord*. 1997;43(2):163-166.
16. Goldberg JF, Harrow M, Whiteside JE. Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158(8):1265-1270.
17. Berk M, Malhi GS, Cahill C, et al. The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipolar Disord*. 2007;9(6):571-579.
18. Drózd W, Borkowska A, Berk M. Charakterystyka Skali Depresji Dwubiegunowej i jej przydatności klinicznej. *Farmakoter Psychiatr Neurol*. 2008;24:53-63.
19. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000;157(11):1873-1875.
20. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord*. 2005;88(2):217-233.
21. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(1):53-59.
22. Siwek M, Dudek D, Rybakowski J, Lojko D, Pawlowski T, Kiejna A. Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju – charakterystyka i zastosowanie. *Psychiatr Pol*. 2009;43(3):287-299.
23. Rybakowski JK, Suwalska A, Lojko D, et al. Bipolar mood disorders among Polish psychiatric outpatients treated for major depression. *J Affect Disord*. 2005;84(2-3):141-147.
24. Rybakowski JK, Suwalska A, Lojko D, et al. Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: results of the Polish DEP-BI study. *Psychopathology*. 2007;40(3):153-158.
25. Rybakowski JK, Suwalska A, Rymaszewska J. Częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wśród chorych na depresję leczonych przez psychiatrów w warunkach ambulatoryjnych. *Psychiatr Pol*. 2004;38:203-216.
26. Kiejna A, Rymaszewska J, Hadrys T, et al. Bipolarity among unipolar affective disorder patients—uniDEP-BI national multi-site study. *Psychiatr Pol*. 2005;39(5):951-962.
27. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, et al. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2004;161(1):163-165.
28. Rybakowski JK, Angst J, Dudek D, et al. Polish version of the Hypomania Checklist (HCL-32) scale: the results in treatment-resistant depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010 Mar; 260(2):139-44.
29. Dudek D, Rybakowski JK, Siwek M, et al. Risk factors of treatment resistance in major depression: Association with bipolarity. *J Affect Disord*. 2010 Apr 7.
30. Calabrese JR, Muzina DJ, Kemp DE, et al. Predictors of bipolar disorder risk among patients currently treated for major depression. *MedGenMed*. 2006;8(3):38.
31. Inoue T, Nakagawa S, Kitaichi Y, et al. Long-term outcome of antidepressant-refractory depression: the relevance of unrecognized bipolarity. *J Affect Disord*. 2006;95(1-3):61-67.
32. Sharma V, Khan M, Smith A. A closer look at treatment resistant depression: is it due to a bipolar diathesis? *J Affect Disord*. 2005;84(2-3):251-257.
33. Kiejna A, Pawlowski T, Dudek D, et al. The utility of Mood Disorder Questionnaire for the detection of bipolar diathesis in treatment-resistant depression. *J Affect Disord*. 2010 Jan 6.
34. Allilaire JF, Hantouche EG, Sechter D, et al. Fréquence et aspects cliniques du trouble bipolaire II dans une étude multicentrique française: EPIDEP. *Encephale*. 2001;27(2):149-158.
35. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, et al. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006;2:2.
36. Meyer TD, Hammelstein P, Nilsson LG, et al. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples. *Compr Psychiatry*. 2007;48(1):79-87.
37. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543-552.
38. Schumann C, Lenz G, Berghofer A, et al. Non-adherence with long-term prophylaxis: a 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Res*. 1999;89(3):247-257.
39. Post RM, Denicoff KD, Leverich GS, et al. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(6):680-690.
40. Bauer M, Grof P, Rasgon NL, et al. Self-reported data from patients with bipolar disorder: impact on minimum episode length for hypomania. *J Affect Disord*. 2006;96(1-2):101-105.
41. Denicoff KD, Leverich GS, Nolen WA, et al. Validation of the prospective NIMH-Life-Chart Method (NIMH-LCM-p) for longitudinal assessment of bipolar illness. *Psychol Med*. 2000;30(6):1391-1397.

ciąg dalszy piśmiennictwa na str. 49