

Praca poglądowa*Review*WIKTOR DRÓZDŻ¹, ALINA BORKOWSKA¹, MICHAEL BERK²**Charakterystyka Skali Depresji Dwubiegunowej i jej przydatności klinicznej***The Bipolar Depression Rating Scale: the description and clinical utility*¹Zakład Neuropsychologii Klinicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu²Department of Psychiatry, University of Melbourne and Barwon Health Psychiatry Research, Australia**STRESZCZENIE**

U większości pacjentów zgłaszających się do Poradni Zdrowia Psychicznego w Polsce z powodu depresji stwierdzono w niedawno opublikowanym badaniu występowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Obecnie używane do oceny zaburzeń depresyjnych narzędzia psychometryczne (takie jak Skala Hamiltona czy Skala Montgomery-Asberg) zostały dostosowane do objawów klasycznej depresji nawracającej. W ostatnich latach wzrasta ilość danych wskazujących na odrębności kliniczne, psychopatologiczne i patogenetyczne zaburzeń depresyjnych, występujących w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Również zasady leczenia psychofarmakologicznego depresji dwubiegunowej różnią się od algorytmów terapii depresji jednobiegunowej. Dlatego narzędzia do oceny objawów powinny uwzględniać unikalne cechy fenomenologii depresji dwubiegunowej. W artykule omówiono niedawno opracowaną Skalę Depresji Dwubiegunowej, która cechuje się wysoką spójnością wewnętrzną, zgodnością ocen klinicystów, a także koreluje z wynikami innych skal do oceny depresji. W załączeniu przedstawiono polskie tłumaczenie skali.

SUMMARY

Bipolar depression was diagnosed in the majority of patients attending psychiatric outpatients clinics in Poland in a survey recently published. Psychometric tools for assessment of depressive disorders currently used (i.e. the Hamilton Depression Scale or the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) were designed around the features of classic unipolar depression. A growing body of evidence suggests that there are phenomenological as well as psychopathological and pathogenetic differences between unipolar and bipolar depression. Hence, the principles of treatment of bipolar depression are distinct from the treatment algorithms for unipolar depression, and the metrics for symptom assessment need to reflect the unique phenomenological signature of bipolar depression. Here we present a newly elaborated scale for the assessment of symptoms of bipolar depression which has showed strong internal consistency, inter-rater reliability and correlations with other rating scales for depression. Additionally, Polish translation of the Bipolar Depression Rating Scale is enclosed.

Słowa kluczowe: depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, ocena psychometryczna

Keywords: depression, bipolar disorder, psychometric assessment

Skala Depresji Dwubiegunowej (SDD) (*Bipolar Depression Rating Scale*) jest narzędziem umożliwiającym ocenę nasilenia objawów depresji oraz objawów stanu mieszanego w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Została stworzona przez zespół badaczy ośrodka w Melbourne i niedawno opublikowana (Berk i wsp. 2007). Jest z powodzeniem wykorzystywana w badaniach klinicznych, wydaje się być

obietującym narzędziem psychometrycznym (Berk i wsp. 2008).

Jak zwracają uwagę Koukopoulos i wsp. (2005), aż do końca XIX wieku w piśmiennictwie medycznym panowało powszechne przekonanie, że melancholia (depresja) przejawiać się może w wielu formach, w tym także w postaci „mieszanych stanów depresyjnych”. Niezwykle doniosła okazała się decyzja podję-

ta przez Kraepelina w 1899 r., skutek której doszło do rezygnacji ze stosowania kategorii melancholii i zastąpienia jej węższym terminem „depresja”. Agitowaną postać depresji ostatecznie Kraepelin umieścił w grupie depresji z lękiem, jako odmianę depresji inwolucyjnej. Trzeba podkreślić, że autor ten ujmował chorobę dwubiegunową w sposób wymiarowy, a nie kategorialny, tzn. uważał, że w jej przebiegu mogą występować nie tylko wyraźne epizody skrajnych biegunów afektywnych, ale także stany, w których współwystępują objawy manii i depresji, nierzadko o znacznym nasileniu (Koukopoulos i wsp. 2005). Wyniki współczesnych badań przekrojowych wydają się potwierdzać ten punkt widzenia (Bauer i wsp. 2005; Benazzi 2008). Jednak w kolejnych wersjach powstających w XX wieku systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych doszło do niemal zupełnej eliminacji stanów mieszanych, a zwłaszcza depresyjnych stanów mieszanych, z listy form zaburzeń afektywnych (Koukopoulos i wsp. 2005).

Z kraepelinowskiej koncepcji kontinuum choroby maniakalno-depresyjnej wyrósł opracowany przez Akiskala i Pinto (1999) model spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Wynika z niego, że obok „twardych” postaci chad, w przebiegu których występują epizody manii lub hipomanii oraz depresji i subdepresji, a także stany mieszane oraz zaburzenia afektywne indukowane przez leki przeciwdepresyjne i zaburzenia afektywne maskowane przez uzależnienia (typ I, II oraz typ II i 1/2, III i III i 1/2), mogą także występować „miękkie” postaci chad, takie jak depresja hipertymiczna i depresja nawracająca u osób z rodzinnym występowaniem chad (typ IV, IV i 1/2 oraz typ V). Model ten został potwierdzony w ramach badania EPIDEP przeprowadzonego we Francji (Akiskal i wsp. 2006).

Badania epidemiologiczne wskazują na znacznie wyższe niż do niedawna sądzono rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych z kręgu spektrum chad. Kessler i wsp. (2006) przy zastosowaniu CIDI i SCID ustalili, że u 4,4% osób z populacji generalnej występują objawy uzasadniające postawienie rozpoznania różnych form zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Oceniano także rozpowszechnienie mieszanych stanów depresyjnych u pacjentów z chad. Koukopoulos i wsp. (1992) stwierdzili występowanie depresji agitowanej u 27% chorych z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej lub jednobiegunowej, zaś Benazzi (2002) u 43,9% pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej typu II oraz depresji jednobiegunowej stwierdził występowanie depresyjnych stanów mieszanych.

Istniejące dotychczas narzędzia pomiaru depresji: Skala Depresji Hamiltona czy Skala Depresji Mont-

gomery-Asberg, zostały opracowane dla oceny depresji jednobiegunowej i według opinii badaczy nie są adekwatnymi instrumentami dla depresji dwubiegunowej, ponieważ nie uwzględniają specyfiki objawów występujących w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (Bagby i wsp. 2004; Berk i wsp. 2007). Na przykład obraz psychopatologiczny depresji dwubiegunowej częściej ma charakter depresji atypowej z hipersomnią, hiperfagią i zmęczeniem, często także spotyka się poczucie bezwartościowości, anhedonię i stałe obniżenie nastroju, natomiast w depresji jednobiegunowej częściej spotykane są objawy somatyczne (Cuellar i wsp. 2005; Mitchell i Malhi 2004). Zwraca się także uwagę, że depresja dwubiegunowa u znacznego odsetka pacjentów może manifestować się również wzmoczoną drażliwością, labilnością emocjonalną, a także występowaniem objawów psychotycznych (Berk i wsp. 2007). W świetle rezultatów polskiego badania DEP-BI, w którym uczestniczyło łącznie 880 pacjentów zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego z powodu depresji, okazuje się, że u mężczyzn z depresją dwubiegunową znacznie częściej występowały epizody depresji psychotycznej i depresji atypowej (z hipersomnią i hiperfagią) niż u mężczyzn z depresją jednobiegunową, natomiast u kobiet z depresją dwubiegunową pierwszy epizod depresji występował znacznie wcześniej niż u kobiet z depresją jednobiegunową (przed 25 rokiem życia), a także znacznie częściej występowała u nich depresja poporodowa (Rybakowski i wsp. 2007).

Współczesne systemy klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM IV-TR i ICD-10) w niedostatecznym stopniu uwzględniają zjawisko współwystępowania objawów stanu mieszanego i depresji w przebiegu epizodów afektywnych u chorych z chad, chociaż dotyczy ono około połowy pacjentów z chad typu II (Benazzi 2008; 2004). Również opracowane dotychczas skale objawów psychopatologicznych depresji nie uwzględniały tego problemu klinicznego. Z kolei stosowanie skali objawów maniakalnych (np. Skali Younga) łącznie ze skalą oceny objawów depresji do oceny objawów stanu mieszanego w ramach epizodu depresyjnego, choć stosowane w badaniach klinicznych (Koszewska i wsp. 2008), może nastrożać pewne trudności.

SDD została skonstruowana w taki sposób, aby umożliwić ocenę nie tylko objawów depresji „klasycznej”, ale także depresji atypowej i objawów stanu mieszanego. Walidację skali przeprowadzono u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego w przebiegu chad, ustalonym według kryteriów DSM-IV. Obok SDD nasilenie objawów zostało ocenione przy pomocy Skali Depresji Hamiltona (SDH), Skali Depresji

Montgomery-Asberg (SDMA) oraz Skali Manii Younga (SMY). Wykazano, że SDD cechuje się wysoką spójnością wewnętrzną (alfa Cronbacha = 0,917), a także wysokim stopniem zgodności z wynikami SDMA ($r = 0,906$) oraz SDH ($r = 0,744$). Ponadto stwierdzono wysoką korelację wyniku podskali objawów stanu mieszanego SDD z wynikiem w SMY ($r = 0,757$). Na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej ustalono, że najlepsze odwzorowanie wyniku SDD daje model trójczynnikiowy, na który składają się wymiary depresji somatyczny, depresji psychiczny oraz wymiar objawów mieszanych (Berk i wsp. 2007).

SDD składa się z 20 modułów. Jest narzędziem przeznaczonym dla wyszkolonych klinicystów (psychiatrów i psychologów klinicznych). Wraz ze skalą opracowano także broszurę badacza, zawierającą zestaw kluczowych pytań pomocnych w ustaleniu nasilenia poszczególnych objawów. Do każdego z modułów załączono instrukcje ułatwiające zarówno interpretację subiektywnych relacji pacjenta, jak i dokonanie ocen wynikających z obserwacji pacjenta. Podano również przykłady kliniczne, odzwierciedlające poszczególne poziomy nasilenia objawów psychopatologicznych. Pozwala to na standaryzację wyników oraz uzyskanie większej rzetelności i zgodności ocen. Sformułowane zostały instrukcje dotyczące interpretowania czynników wpływających na obraz kliniczny depresji, takich jak szybka zamiana faz, rozbieżności między ocenami subiektywnymi i obiektywnymi, wpływu leków, sekwencji występowania objawów, wpływu czynników medycznych, a także problemów z kwalifikacją nasilenia objawu, jeśli intensywność objawu mieści się między dwoma zdefiniowanymi poziomami. Należy podkreślić, że SDD służy do oceny objawów występujących aktualnie i w ciągu ostatnich kilku dni. W świetle wstępnych badań cechuje się wysokim stopniem zgodności między klinicystami (Berk i wsp. 2007). Tłumaczenie skali oraz przewodnika dla badających zostało wykonane z pominięciem tzw. *back-translation*. W Polsce skala nie była dotąd wykorzystywana, planowane są badania walidacyjne polskiej wersji SDD.

Trudności z oceną występowania i nasilenia objawów depresji dwubiegunowej mogą powodować poważne perturbacje w ustaleniu prawidłowego leczenia farmakologicznego. Wydaje się, że przedstawiana skala może pozwolić klinicystom na bardziej wnikliwą kwalifikację objawów psychopatologicznych depresji i przez to może korzystnie wpłynąć na jakość decyzji terapeutycznych, co w przypadku pacjentów z depresją dwubiegunową ma ogromne znaczenie (Altshuler i wsp. 1995; Post i wsp. 1989). Negatywny wpływ leków przeciwdepresyjnych oraz korzystny wpływ le-

ków normotymicznych i neuroleptyków atypowych na stan psychiczny stanowi jedną z ważniejszych cech różnicujących depresyjny stan mieszanym, często występujący w przebiegu chad typu II, od depresji „klasycznej” (Benazzi 2008). Znaczenie tych danych jest szczególnie istotne zważywszy na to, że wyniki badania wykonanego wśród pacjentów leczonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego w Polsce z powodu zaburzeń depresyjnych, wskazują, że u ponad 60% z nich występowała depresja dwubiegunowa (Rybicki i wsp. 2005).

PIŚMIENNICTWO

1. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 517-534.
2. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche EG, Fraud JP, Gury C, Allilaire JF. Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP study: overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes. *J Affect Disord* 2006; 96: 197-205.
3. Altshuler LL, Post RM, Leverich GS, Mikalaukas K, Rosoff A, Ackerman L. Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1130-1138.
4. Bagby M, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2163-2177.
5. Bauer Ms, Simon GE, Ludman E, Unützer J. 'Bipolarity' in bipolar disorder: distribution of manic and depressive symptoms in a treated population. *Br J Psychiatry* 2005; 18 (7): 87-88.
6. Benazzi F. Depressive mixed state frequency: age/gender effects. *Psychiatry Clin Neuroscience* 2002; 56(5): 537-543.
7. Benazzi F. Depressive mixed state: a feature of the natural course of bipolar II (and major depressive) disorder? *Psychopathology* 2004; 37: 207-212.
8. Benazzi F. Reviewing the diagnostic validity and utility of mixed depression (depressive mixed states). *Europ Psychiatry* 2008; 23: 40-48.
9. Berk M, Malhi GS, Cahill C, Carman AC, Hadzi-Pavlovic D, Hawkins MT, Tohen M, Mitchell PB. The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipolar Disord* 2007; 9(6): 571-579.
10. Berk M, Copolov D, Dean O, Lu K, Jeavons S, Schapkaitz I, Anderson-Hunt M, Judd F, Katz F, Katz P, Ording-Jespersen S, Little J, Conus P, Cuenod M, KQ Do, Bush AI. N-acetyl cysteine for depressive symptoms in bipolar disorder: a double blind randomised placebo controlled trial. *Biol Psychiatry* 2008 (w druku)
11. Cuellar AK, Johnson SL, Winters R. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 307-339.
12. Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RM, Merikangas KR, Stang PE. Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *J Affect Disord* 2006; 96(3): 259-269.
13. Koukopoulos A, Faedda G, Proietti R, D'Amico S, de Pisa E, Simonetto C. Mixed depressive syndrome. *Encephale* 1992; 18(1): 19-21.
14. Koukopoulos A, Albert MJ, Gabriele Sani G, Koukopoulos AE, Girardi P. Mixed depressive states: nosologic and therapeutic issues. *Int Rev Psychiatry* 2005; 17(1): 21-37.

15. Koszewska I, Chojnacka A, Torbiński J, Święcicki Ł, Bzinkowska D, Fornal S, Kucharska A, Rybakowski J. Nasilenie objawów depresji mierzone za pomocą Skali depresji Hamiltona oraz manii mierzone za pomocą Skali manii Younga w stanie mieszanym w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2008; 3(1): 7-11.
16. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. *Bipolar Disord* 2004; 6: 530-539.
17. Post RM, Rubinow DR, Uhde TW i wsp. Dysphoric mania. Clinical and biological correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 353-358.
18. Rybakowski JK, Suwalska A, Lojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. Bipolar mood disorders among Polish psychiatric outpatients treated for major depression. *J Affect Disord* 2005; 84: 141-147.
19. Rybakowski JK, Suwalska A, Lojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: results of the Polish DEP-BI study. *Psychopathology* 2007; 40: 153-158.

ZAŁĄCZNIK

Skala Depresji Dwubiegunowej

Przewodnik dla badających

WSKAZÓWKI OGÓLNE

Skala Depresji Dwubiegunowej (SDD) została opracowana do pomiaru nasilenia objawów depresji w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Skala jest przeznaczona dla przeszkolonych klinicystów. Poniżej opisano zasady umożliwiające standaryzację ocen w SDD. Poszczególne punkty SDD oceniają w oparciu o wywiad kliniczny nasilenie objawów depresyjnych i/lub mieszanych, występujących aktualnie i w ciągu ostatnich kilku dni u danego pacjenta. Jeśli w chwili badania objawy są inne niż w ostatnich dniach, ocena powinna dotyczyć objawów bieżących. Skala zawiera 20 modułów, maksymalny możliwy wynik wynosi 60 punktów. Im wyższa ilość punktów, tym większe nasilenie objawów.

Poszczególne moduły mogą być albo subiektywne (oparte na ocenach pacjenta), obiektywne (oceniane przez klinicystę) albo kompilowane. W przypadku tych ostatnich, gdy istnieją rozbieżności między ocenami subiektywnymi i obiektywnymi, oceny klinicysty powinny mieć większe znaczenie. Jeżeli w ocenie klinicysty nasilenie danego objawu może zostać ocenione pomiędzy dwoma poziomami i badacz nie jest w stanie ustalić poprzez dodatkowe czynności weryfikacyjne faktycznego nasilenia objawu, to należy przyjąć wyższy z poziomów ciężkości objawu. Jeżeli definicje operacyjne i opisy dotyczące danego objawu nie korespondują bezpośrednio z indywidualną sytuacją danego pacjenta, należy kierować się w ocenie nasile-

nia określeniami łagodne/umiarkowane/ciężkie. Nie należy jednak zwracać się do pacjenta z prośbą, by sam określił nasilenie objawu jako łagodne, umiarkowane czy ciężkie.

U osób, u których występuje znacząca niestabilność objawów, np. w przypadku ultraszybkiej zmiany faz, ocena powinna dotyczyć aktualnego stanu psychicznego. W ocenie aktualnego stanu psychicznego pacjenta nie należy (w miarę możliwości) uwzględniać wpływu czynników środowiskowych lub farmakologicznych (np. wpływu leków nasennych na jakość snu). Jeżeli istnieje wyraźna przyczyna jakiegoś objawu, (np. leczenie litem jako powód drżenia mięśniowego), to objaw nie powinien być uwzględniany. Niektórzy pacjenci cierpiący na przewlekłe zaburzenia depresyjne lub pacjenci, którzy od dawna nie osiągnęli stanu remisji między kolejnymi fazami depresji i hipomanii, mogą nie przypomnieć sobie okresu zdrowego samopoczucia lub mogą nie być pewni czym jest dla nich eutymia. W przypadku modułów odnoszących się do prawidłowych cech osobowych, może okazać się konieczne odwołanie przez badającego do hipotetycznych norm dla tych modułów.

Należy unikać błędu „tendencji środkowej”, tzn. należy unikać ocen umiarkowanych, traktowanych jako „bezpieczne”. Tam, gdzie są podane przykłady, np. moduł 5 poziom 3, występowanie jednego objawu wystarcza do uznania istnienia danego poziomu nasilenia cechy. Nie jest konieczne występowanie żadnego z wyszczególnionych przykładów, jeżeli w opinii klinicysty występuje dany poziom nasilenia objawu. Nie należy traktować podanych do modułów wskazówek zbyt dosłownie. Lista pytań ma raczej charakter pomocniczy, nie stanowi wywiadu, należy raczej odnosić się do indywidualnego kontekstu klinicznego danego pacjenta. Jeśli pacjent spełnia kryteria danego poziomu nasilenia objawu, to nie należy zakładać, że nie może spełniać kryteriów kolejnego poziomu nasilenia objawu. Klinicysta powinien uwzględniać zarówno częstość, czas trwania, jak i nasilenie objawu, a także, gdy jest to uzasadnione, związane z objawem istotne aspekty, takie jak dystres czy niesprawność.

Zgodnie z przyjętymi zasadami prowadzenia wywiadu klinicznego pytania powinny dotyczyć najpierw spraw ogólnych, a następnie kwestii szczegółowych. Pacjenci powinni otrzymywać jak najmniej podpowiedzi, tylko tyle, by byli w stanie podać informacje umożliwiające adekwatną ocenę nasilenia danego objawu. W odniesieniu do konkretnego modułu, pytania powinny mieć najpierw charakter otwarty, a następnie w miarę potrzeby być bardziej konkretne. Klinicyści powinni być świadomi konieczności zachowa-

nia równowagi między ograniczaniem podpowiedzi, a uzyskaniem informacji niezbędnych dla dokonania ocen adekwatnych i specyficznych dla symptomatologii badanej osoby. Pacjenci w szczególnie złym stanie psychicznym mogą generalnie wymagać podawania im bardziej rozbudowanych podpowiedzi, natomiast pacjenci lepiej funkcjonujący mogą odpowiadać na pytania przy mniejszym zaangażowaniu ze strony klinicystów.

KRYTERIA I SKŁADNIKI POSZCZEGÓLNYCH MODUŁÓW

Przed rozpoczęciem: „Chciałbym zadać pytania dotyczące pewnych objawów, które mogą występować u pani/pana. Bardzo proszę o to, by odpowiedzi dotyczyły jedynie samopoczucia w chwili obecnej i w ciągu ostatnich kilku dni.”

Moduł 1. OBNIŻONY NASTRÓJ

Uwzględnij własną opinię pacjenta i/lub obserwacje jego zachowania.

Nasilenie objawu na poziomie 3 – depresja powinna być poważna, ale nie musi być nasiloną ekstremalnie.

Jaki był pani/pana nastrój w ostatnich kilku dniach?

Czy czuł/a się pan/i depresyjny/a, smutny/a albo bez życia?

Czy odczuwał/a pan/i emocje i uczucia inne niż depresyjne?

Czy pojawiały się uczucia beznadziei lub beznadziejności?

Jak pan/i spostrzega przyszłość?

Jak intensywne są te uczucia?

Jak trwale są te uczucia?

1. Nastrój depresyjny (w ocenie własnej pacjenta i/lub depresja obserwowana przez klinicystę, manifestująca się smutkiem, pesymizmem, beznadziejnością i beznadzieją)

0 Brak

1 Łagodny (krótkie lub przemijające stany przygnębienia, depresji albo niewielkie obniżenie nastroju)

2 Umiarkowany (obniżenie nastroju występuje wyraźnie, lecz pojawiają się także inne emocje, albo obniżenie nastroju jest umiarkowane)

3 Głęboko obniżony (wszechogarniający lub stale obniżony nastrój o znacznej intensywności)

Moduł 2. ZABURZENIA SNU

Oceń albo bezsenność **2(a)** albo hipersomnię **2(b)**, w odniesieniu do normalnego wzorca snu pacjenta. Należy wziąć pod uwagę ilość snu niezależnie od stosowanych leków. Obliczając całkowitą ilość snu w ciągu doby należy uwzględnić sen w ciągu dnia, półsen, a także sen przerywany.

Jak sypiała pan/i w ciągu ostatnich kilku dni?

Ile godzin pan/i sypia zazwyczaj, gdy czuje się pan/i zupełnie dobrze?

Czy sen jest przerywany?

Czy po obudzeniu czuje się pan/i wypoczęty/a?

W sumie ile godzin sypiał/a pan/i w nocy w ciągu ostatnich kilku nocy?

Czy drzemie pan/i w dzień albo zapada w półsen? Na jak długo?

O ile godzin więcej lub mniej niż zwykle sypia pan/i ostatnio?

2. Zaburzenia snu: oceń A lub B (zmiana ogólnej ilości snu w ciągu doby; ocena niezależna od wpływu czynników zewnętrznych)

A: Bezsenność (zmniejszenie całkowitej ilości snu)

0 Brak

1 Łagodna (do 2 godzin)

2 Umiarkowana (2-4 godzin)

3 Głęboko nasiloną (więcej niż 4 godziny)

ALBO

B: Hipersomnia

0 Brak

1 Łagodna (do 2 godzin, albo normalna ilość snu, lecz sen nieregenerujący)

2 Umiarkowana (więcej niż 2 godziny)

3 Głęboko nasiloną (więcej niż 4 godziny)

Moduł 3. ZABURZENIA ŁAKNIENIA

Oceń 3(a) lub 3(b) w odniesieniu do zwykłego dla pacjenta odżywiania i wzorca łaknienia.

Jaki ma pan/i apetyt?

Czy obecnie ma pan/i ochotę jeść więcej albo mniej niż zwykle?

Czy zmiany apetytu zmieniły ilość faktycznie spożywanych pokarmów?

Czy jedzenie straciło smak?

Czy zmusza się pan/i do jedzenia?

Czy czuje się pan/i dobrze jedząc i przegryzając więcej niż zwykle?

Czy odczuwa pan/i „wilczy apetyt” prowadzący do objadania się?

3. Zaburzenia łaknienia: oceń A lub B (zmiana poziomu łaknienia i ilości spożywanych pokarmów; ocena niezależna od wpływu czynników zewnętrznych)

A: Obniżenie łaknienia

- 0 Brak
- 1 Łagodne (bez zmian ilości spożywanych pokarmów, ale pacjent zmusza się do jedzenia albo pacjent uważa, że pokarmy straciły smak)
- 2 Umiarkowane (obniżenie ilości spożywanych pokarmów)
- 3 Głęboko nasilone (wyraźne obniżenie ilości spożywanych pokarmów, niemal nic nie je)

ALBO

B: Wzrost łaknienia

- 0 Brak
- 1 Łagodny (bez zmian ilości spożywanych pokarmów, ale wzrost uczucia głodu)
- 2 Umiarkowany (wzrost ilości spożywanych pokarmów, np. przyjemność z jedzenia)
- 3 Głęboko nasilony (wyraźny wzrost ilości spożywanych pokarmów, objadanie się)

Moduł 4. OBNIŻENIE KONTAKTÓW SPOŁECZNYCH

Należy ocenić obniżenie interakcji społecznych i interpersonalnych spowodowane unikaniem lub niechęcią do kontaktów z ludźmi. Ocena powinna być dokonana w odniesieniu do normalnego dla pacjenta poziomu kontaktów społecznych.

Czy spotyka się pan/i z ludźmi i wchodzi w interakcje tak jak zwykle?

Czy przebywanie wśród ludzi jest dla pan/i teraz łatwe?

Czy spotyka się lub widuje się pan/i ze znajomymi tak jak zazwyczaj?

Czy unika pan/i spotkań i kontaktów z ludźmi?

Do jakiego stopnia unika pan/i kontaktów z ludźmi?

Czy unika pan/i odbierania telefonów i wizyt gości?

4. Obniżenie kontaktów społecznych (obniżenie interakcji społecznych i interpersonalnych oraz zaangażowania w kontakty z ludźmi)

- 0 Brak (normalny poziom kontaktów społecznych)
- 1 Łagodne (niewielkie obniżenie zaangażowania w kontakty z ludźmi bez upośledzenia funkcjonowania społecznego i interpersonalnego)
- 2 Umiarkowane (wyraźne obniżenie zaangażowania społecznego z pewnymi konsekwencjami w postaci unikania niektórych sytuacji społecznych lub rozmów)
- 3 Głęboko obniżone (wyraźne upośledzenie interakcji społecznych albo unikanie jakichkolwiek form kontaktów społecznych, np. odmowa odbierania telefonów lub spotkań z przyjaciółmi czy rodziną)

Moduł 5. OBNIŻENIE NAPĘDU I POZIOMU AKTYWNOŚCI

Obniżenie napędu i poziomu aktywności powinno być oceniane na podstawie subiektywnych sądów pacjenta oraz obniżenia celowej aktywności pacjenta.

Czy ma pan/i tyle samo energii i chęci do działania, co zwykle?

Czy czuje się pan/i bardziej zmęczony/a niż zwykle?

Czy ma pan/i wrażenie, że aby robić to, co zwykle, musi pan/i się bardziej mobilizować?

Czy ręce i nogi są jak gdyby bardzo zmęczone i ciężkie?

Czy to powoduje obniżenie zwykłego poziomu aktywności?

Czy są czynności, których pan/i w ogóle nie wykonuje z powodu obniżenia poziomu energii?

Czy spędza pan/i znacznie więcej czasu w łóżku?

5. Obniżenie napędu i poziomu aktywności (obniżenie energii, witalności i aktywności celowej)

- 0 Brak
- 1 Łagodne (pacjent zdolny do wykonywania zwykłych czynności, ale kosztuje to więcej wysiłku)
- 2 Umiarkowane (wyraźne obniżenie napędu prowadzące do pogorszenia pełnienia niektórych ról społecznych)
- 3 Głębokie obniżenie (niewykonywanie niemal żadnych działań związanych z pełnionymi rolami społecznymi, np. spędzanie dużej ilości czasu w łóżku, unikanie rozmów przez telefon, zaniedbania w zakresie higieny osobistej)

Moduł 6. OBNIŻENIE MOTYWACJI

Obniżenie motywacji powinno być oceniane na podstawie relacji subiektywnych, a także obniżenia aktywności celowej, będącego skutkiem spadku motywacji.

Czy poziom motywacji i napędu uległ obniżeniu?

Czy jest pan/i mniej zainteresowany/a zwykłymi działaniami?

Czy musi się pan/i dopingować do wykonywania codziennych czynności?

Czy wykonuje pan/i codzienne czynności?

Czy zaprzestał/a pan/i wykonywania codziennych czynności? Jakich?

6. Obniżenie motywacji (subiektywne relacje dotyczące spadku napędu, motywacji oraz będącego skutkiem spadku motywacji obniżenia aktywności wolicjonalnej)

- 0 Brak (normalny poziom motywacji)
- 1 Łagodne (niewielkie obniżenie motywacji bez zakłócenia funkcjonowania)
- 2 Umiarkowane (obniżenie motywacji lub napędu ze znacznym spadkiem aktywności wolicjonalnej lub też konieczność wkładania znacznego wysiłku w utrzymanie zwykłego poziomu funkcjonowania)
- 3 Głębokie obniżenie (obniżenie motywacji lub napędu związane ze znacznym zakłóceniem aktywności celowej i funkcjonowania)

Moduł 7. ZABURZENIA KONCENTRACJI UWAGI ORAZ ZABURZENIA PAMIĘCI

Dotyczy zdolności koncentrowania się, utrzymywania koncentracji uwagi oraz trudności z pamięcią świeżą.

Czy trudno panu/i przychodzi koncentrowanie się?

Czy ma pan/i większą rozpraszalność uwagi?

Czy ma pan/i większe niż zwykle trudności z zapamiętywaniem?

Jak bardzo ten problem jest nasilony?

Czy ma pan/i pewne trudności z czytaniem, prowadzeniem samochodu lub oglądaniem TV?

Czy to upośledza pana/i zdolności funkcjonowania? Jak bardzo?

7. Zaburzenia koncentracji uwagi oraz zaburzenia pamięci (subiektywne relacje dotyczące obniżenia poziomu uwagi, koncentracji lub pamięci oraz związane z tym upośledzenie funkcjonowania)

- 0 Brak
- 1 Łagodne (niewielkie obniżenie uwagi, koncentracji lub pamięci bez zakłócenia funkcjonowania)
- 2 Umiarkowane (wyraźne zaburzenia uwagi, koncentracji lub problemy z pamięcią zakłócające w pewnym stopniu funkcjonowanie)
- 3 Głębokie obniżenie (znaczne upośledzenie koncentracji lub pamięci z istotnym upośledzeniem funkcjonowania, np. niemożnością czytania lub oglądania TV)

Moduł 8. LĘK

Należy ocenić zarówno subiektywny poziom lęku psychicznego, jak i objawy somatyczne lęku. Obecność wyraźnych objawów somatycznych zwykle wskazuje na wyższe nasilenie lęku, chyba że objawy wynikają z innego problemu medycznego.

Czy w ciągu ostatnich kilku dni jest pan/i bardziej niż zwykle napięty/a lub odczuwa większy lęk?

Czy martwi się pan/i sprawami, na które zwykle nie zwracał/a pan/i uwagi?

Czy doznaje pan/i drżenia mięśni/kołatania serca/zawrotów głowy/uczucia zachwiania równowagi /„gęsiej skórki”/wzmoczonej potliwości/uderzeń gorąca/uczucia ściskania w żołądku/biegunki?

Jak intensywny jest lęk?

Jak głęboki jest lęk?

Czy lęk pogarsza pana/i funkcjonowanie?

8. Lęk (subiektywne relacje dotyczące martwienia się, napięcia i/lub somatycznych objawów lęku np. drżenia mięśni, kołatania serca, zawrotów głowy, uczucia niestabilności równowagi, „gęsiej skórki”, wzmoczonej potliwości, uderzeń gorąca, duszności, uczucia ściskania w żołądku, biegunki)

- 0 Brak
- 1 Łagodny (przemijające martwienie się lub napięcie związane z drobiazgami)
- 2 Umiarkowany (wyraźny lęk, napięcie lub niektóre objawy somatyczne lęku)
- 3 Bardzo nasilony (ciągły silny lęk, napięcie lub przejmowanie się, co przeszkadza w funkcjonowaniu lub też napady paniki)

Moduł 9. ANHEDONIA

Należy ocenić relacjonowaną przez pacjenta zdolność odczuwania przyjemności z codziennego funkcjonowaniu.

Czy codzienne czynności i sprawy są równie satysfakcjonujące jak zazwyczaj?

Czy odczuwa pan/i przyjemność z wykonywania czynności, które zazwyczaj pan/i lubił/a?

Jakie działania nadal sprawiają panu/i przyjemność? Do jakiego stopnia?

Czy doszło do utraty zdolności odczuwania przyjemności?

9. Anhedonia (subiektywnie odczuwane obniżenie odczuwania przyjemności z wykonywania codziennych czynności)

0 Brak

1 Łagodna (niewielkie obniżenie odczuwania przyjemności z wykonywania czynności, które zazwyczaj sprawiały przyjemność)

2 Umiarkowana (wyraźne obniżenie odczuwania przyjemności z wykonywania czynności, które zazwyczaj sprawiały przyjemność; częściowo zachowane uczucie przyjemności z niektórych działań)

3 Nasiloną (niezdolność do przeżywania przyjemności)

Moduł 10. SPŁASZCZENIE i ZUBOŻENIE AFEKTU

Należy ocenić intensywność i zakres typowych ostatnio emocji pacjenta. Podając przykłady należy pamiętać, że niektóre z nich mogą mieć konotacje związane z płcią, np. niezdolność do płaczu.

Czy czuje pan/i, że nastrój jest spłaszczony albo że uczucia są jakby przytłumione?

Czy ma pan/i mniej uczuć dla osób dla siebie znaczących?

Czy trudniejsze stało się przejście się czymś, rozłóżczenie albo rozgniewanie na coś lub kogoś?

Czy niekiedy czuje się pan/i jakby stłumiony/a emocjonalnie albo pozbawiony/a uczuć?

10. Spłaszczenie i zubożenie afektu (subiektywne poczucie zmniejszonej intensywności lub zakresu emocji i uczuć)

0 Brak

1 Łagodne (niewielkie zwięźnienie zakresu emocji lub przemijające obniżenie zakresu lub intensywności nastrojów)

2 Umiarkowane (wyraźne obniżenie zakresu lub intensywności nastrojów z zachowaniem niektórych uczuć, np. niezdolnością do płaczu)

3 Nasilone (znaczne i uogólnione obniżenie zakresu lub intensywności nastrojów lub też niezdolność do przeżywania typowych uczuć)

Moduł 11. POCZUCIE BEZWARTOŚCIOWOŚCI

Należy ocenić indywidualne poczucie pewności i wartościowości w odniesieniu do typowego dla pacjenta poziomu samooceny.

Jak wygląda obecnie pani/pana poczucie wartości samego/samej siebie oraz poczucie pewności siebie?

Czy uważa się pan/i za osobę tak samo wartościową jak ktokolwiek inny?

Czy wciąż dostrzega pan/i swoje pozytywne cechy?

Czy ma pan/i wrażenie, że byłoby lepiej dla innych ludzi gdyby pani/pana nie było?

11. Poczucie bezwartościowości (subiektywne poczucie lub myśli o obniżeniu wartości lub znaczenia samej/samego siebie)

0 Brak

1 Łagodne (niewielkie obniżenie poczucia własnej wartości)

2 Umiarkowane (pojawiające się poczucie bezwartościowości lub myśli i przekonania o niższej wartości siebie)

3 Nasilone (znaczne, wszechogarniające lub utrwalone poczucie bezwartościowości, np. przekonanie, że innym ludziom żyłoby się lepiej bez pacjenta, niemożność docenienia pozytywnych cech własnych)

Moduł 12. POCZUCIE BEZRADNOŚCI I BEZNADZIEJNOŚCI

Należy ocenić uczucia bezradności lub beznadziejności, smutku i zwątpienia.

Czy ma pan/i wrażenie, że przyszłość jest optymistyczna czy raczej pesymistyczna?

Czy ma pan/i wrażenie, że da pan/i sobie radę w przyszłości?

Czy odczuwa pan/i bezradność albo beznadziejność?

Czy takie uczucia występują stale?

Jak intensywne są te uczucia?

12. Poczucie bezradności i beznadziejności (subiektywne poczucie pesymizmu lub smutku w odniesieniu do przyszłości, poczucie niezdolności radzenia sobie, poczucie utraty kontroli)

0 Brak

1 Łagodne (przemijające i łagodne uczucia niezdolności do radzenia sobie w taki sposób jak zwykle; ewentualnie pesymizm)

2 Umiarkowane (częste poczucie nieradzenia sobie albo wyraźne poczucie bezradności lub beznadziejności, chwilami narastające)

3 Nasilone (znaczne i utrwalone uczucie pesymizmu, bezradności lub beznadziejności)

Moduł 13. MYŚLI SAMOBÓJCZE

Należy ocenić występowanie myśli o śmierci i samobójstwie.

Czy czuje pan/i, że życie nie ma wartości lub sensu?

Czy miewa pan/i myśli o śmierci i umieraniu?

Czy ma pan/i wrażenie, że lepiej byłoby umrzeć?

Czy myślał/a pan/i o zakończeniu swojego życia?

Czy pojawiały się myśli o zniszczeniu siebie?

Czy miał/a pan/i plany jak to zrobić?

13. Myśli samobójcze (myśli i uczucia, że życie jest nic niewarte; myśli o śmierci lub samobójstwie)

0 Brak

1 Łagodne (myśli, że życie jest nic niewarte lub jest pozbawione sensu)

2 Umiarkowane (myśli o śmierci lub umiarkowaniu, lecz bez aktywnych myśli samobójczych lub planów)

3 Nasilone (myśli i plany samobójcze)

Moduł 14. POCZUCIE WINY

Należy ocenić poczucie winy, występowanie obwiniania się i żalu za realne lub minione wydarzenia. Nasilenie objawu według stopnia, do którego pacjent odczuwa winę lub spodziewa się potępienia.

Czy czuje się pan/i winny/a w związku z jakimiś wydarzeniami z przeszłości?

Czy jest pan/i krytyczny/a wobec swojego udziału w czymś, co poszło źle?

Jak intensywne są te uczucia?

Czy występują one niekiedy czy przez cały czas?

Czy uważa pan/i, że te uczucia są nadmierne?

Czy czuje pan/i, że obecna choroba jest w pewnym sensie karą?

14. Poczucie winy (subiektywne uczucie obwiniania się, rozczarowania sobą, żalu za realne lub wyobrażone błędy)

0 Brak

1 Łagodne (niewielkie obniżenie samooceny lub wzmożony samokrytycyzm)

2 Umiarkowane (wyraźne myśli o niepowodzeniach, samokrytycyzm, niezdolność do poradzenia sobie lub ruminacje dotyczące porażek doznanych w przeszłości i ich wpływu na innych ludzi; pacjent zdolny do oceny tych uczuć jako nadmiernych)

3 Nasilone (znaczne, wszechogarniające lub utrwalone poczucie winy, np. poczucie zasługiwania na karę; ewentualnie pacjent nie dostrzega, że to poczucie jest nadmierne)

Moduł 15. OBJAWY PSYCHOTYCZNE

Należy ocenić objawy psychotyczne, począwszy od pewnych myśli nadwartościowych, aż do wyraźnych objawów psychotycznych. Ocena na podstawie wywiadu i badania stanu psychicznego. Niektóre informacje dotyczące tego modułu mogą pochodzić z poprzednio ocenianych modułów.

Czy uczucia winy wpływają na to, co pan/i robi?

Czy czuje się pan/i podejrzliwy/a?

Czy miał/a pan/i jakieś niezwykle doświadczenia, np. głosy lub wizje?

Czy wierzy pan/i w sprawy i zjawiska, które inni oceniają jako nienormalne?

15. Objawy psychotyczne (występowanie myśli nadwartościowych, myśli o nadmiernej wadze dla pacjenta, urojeń lub omamów)

0 Brak

1 Łagodne (słabe myśli nadwartościowe, np. nadmierny samokrytycyzm lub pesymizm, które nie wpływają na zachowanie)

2 Umiarkowane (wyraźne idee nadwartościowe wpływające na zachowanie, np. silne poczucie winy, wyraźne poczucie, że innym żyłoby się lepiej bez pacjenta)

3 Nasilone (wyraźne objawy psychotyczne, tj. omamy lub urojenia)

**PODSKAŁA OBJAWÓW STANU
MIESZANEGO: MODUŁY 16-20**

Moduł 16. DRAŻLIWOŚĆ

Należy ocenić drażliwość i wrogość. Ocena na podstawie zarówno subiektywnych relacji na temat drażliwości, jak i oceny zachowania pacjenta.

Czy różne sprawy irytują panią/pana bardziej niż kiedyś?

Czy okazuje pan/i irytację czy raczej ukrywa pan/i poirytowanie?

Czy odreagowuje pan/i w sposób gwałtowny z powodu irytacji?

Czy traci pan/i panowanie nad sobą, krzyczy lub niszczy przedmioty?

16. Drażliwość (opisuje niecharakterystyczne rozdrażnienie, wybuchy złości lub gniewu manifestujące się werbalnie lub fizycznie)

0 Brak

1 Łagodna (słabe subiektywne rozdrażnienie; może nie uwidaczniać się w sposób ostentacyjny)

2 Umiarkowana (ostre wypowiedzi i reakcje oraz drażliwość wyraźnie widoczne w trakcie wywiadu)

3 Nasilona (relacje o fizycznych przejawach gniewu, np. rzucanie przedmiotami lub ich niszczenie albo wyraźnie obraźliwe wybuchy agresji werbalnej)

Moduł 17. CHWIEJNOŚĆ EMOCJONALNA

Należy ocenić zarówno chwiejność nastroju zarówno opisywaną przez pacjenta, jak i obserwowaną.

Czy odczuwa pan/i w ciągu ostatnich kilku dni wahania nastroju?

Jak intensywne są wahania nastroju?

Jak często się zdarzają?

17. Chwiejność emocjonalna (obserwowana zmienność emocji lub opisywane przez pacjenta wahania nastroju)

0 Brak

1 Łagodna (subiektywne relacje o łagodnym wzroście labilności emocjonalnej)

2 Umiarkowana (wahania nastroju wyraźnie widoczne, o umiarkowanym nasileniu)

3 Nasilona (znacząca i dominująca labilność nastroju, częste lub radykalne wahania nastroju)

Moduł 18. WZMOŻENIE NAPĘDU

Należy ocenić subiektywne i obserwowane wzmoczenie napędu i aktywności. Dotyczy zarówno aktywności ukierunkowanej, jak i niespecyficznego wzrostu aktywności.

Czy jest pan/i bardziej niż zwykle aktywny/a w ostatnich dniach?

Czy odczuwa pan/i większy niż zwykle poziom energii i napędu? O ile większy?

Czy robi pan/i więcej dzięki temu?

18. Wzmożenie napędu (subiektywne relacje i obiektywne dane dotyczące wzmożenia napędu i poziomu aktywności)

- 0 Brak (normalny poziom napędu)
- 1 Łagodne (niewielki wzrost napędu, niewidoczny w trakcie badania)
- 2 Umiarkowane (wyraźny i obserwowalny wzrost energii i napędu)
- 3 Nasilone (znaczące lub stałe wzmożenie napędu)

Moduł 19. WIELOMÓWNOŚĆ

Należy ocenić wzmożenie tempa i ilości wypowiedzi lub myśli. Zasadniczo powinno być oceniane przez badającego, chociaż relacje subiektywne mogą być uwzględniane.

Czy występuje u pana/i większa niż zwykle chęć mówienia?

Czy częściej niż zwykle przerywa pan/i wypowiedzi innych ludzi?

Czy myśli pana/i biegną szybciej niż zwykle?

Czy dostrzega pan/i u siebie wzrost inwencji czy pojawianie się licznych pomysłów, którymi chce się pan/i dzielić z innymi ludźmi?

19. Wielomówność (wyraźny wzrost tempa lub ilości wypowiedzi albo gonitwa myśli)

- 0 Brak
- 1 Łagodne (niewielki wzrost tempa lub ilości wypowiedzi)
- 2 Umiarkowane (przyśpieszenie i wielowątkowość myśli, wyraźna gadatliwość, wyraźne rozpraszanie się, drobiazgowość, rozwlekłość; nie blokuje to przebiegu wywiadu)
- 3 Nasilone (gonitwa myśli; utrudnia przeprowadzenie wywiadu)

Moduł 20. AGITACJA

Należy ocenić obserwowany poziom niepokoju i agitacji, ale należy też uwzględnić zgłaszane przez pacjenta subiektywne wrażenia.

Czy jest pan/i bardziej niespokojny/a niż zwykle?

Czy czuje się pan/i podekscytowany/a?

Czy trudno panu/pani wytrzymać w miejscu?

Jak intensywne są te uczucia i wrażenia?

20. Agitacja (obserwowany niepokój lub agitacja)

- 0 Brak
- 1 Łagodna (niewielki niepokój)
- 2 Umiarkowana (wyraźny wzrost poziomu agitacji)
- 3 Nasilona (nasilona agitacja, np. niemal ciągłe ruchy albo wykręcanie rąk)

Adres korespondencyjny:

Wiktor Drózd

Zakład Neuropsychologii Klinicznej

CM UMK

ul. Skłodowskiej 9, 85-094 Bydgoszcz. tel. 052 5854368, fax. 052 5853703

email: wikdr@cm.umk.pl