

Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju – charakterystyka i zastosowanie

Mood Disorder Questionnaire – characteristic and indications

Marcin Siwek¹, Dominika Dudek¹, Janusz Rybakowski², Dorota Łojko²,
Tomasz Pawłowski³, Andrzej Kiejna³

¹Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

²Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

³Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

Bipolar disorder (BD) is one of the most difficult to diagnose among all psychiatric disorders. BD is often misdiagnosed as recurrent depressive disorder, schizophrenia, anxiety or personality disorders. In 40% of patients BD is not detected at the first examination and in 2/3 of cases the proper diagnosis is made after about 10 years. The consequence of this condition is inadequate treatment leading to the worsening of the course of BD or increased risk of substance misuse and suicidal behavior. Those data reveal that the better detection of bipolar spectrum is strongly needed. It may be achieved by the application of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in clinical practice. MDQ is a self rating questionnaire created by Hirschfeld et al. for screening of bipolar spectrum. According to previous data the usefulness of MDQ in populations of psychiatric patients (especially those with affective disorders) is unquestionable high. The significant limitation of MDQ is a relatively low sensitivity for BD type II. That's why the concomitant use of MDQ (as an excellent tool for detection of BD type I) and the other instrument characterized by the higher sensitivity for hypomania and BD type II (e.g. The Hypomania Symptom Checklist by Angst et al.) seems to be the best and recommended solution. This article describes the properties and structure of MDQ. The capabilities, advantages and limitations of MDQ were also presented. The authors discussed the results of validation studies of different language versions of MDQ and summarized – DEP-BI and TRES-DEP – Polish studies using MDQ.

Słowa kluczowe: Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju, choroba afektywna dwubiegunowa, spektrum zaburzeń dwubiegunowych, diagnoza

Key words: Mood Disorder Questionnaire, bipolar disorder, bipolar spectrum, diagnosis

Wprowadzenie

Wysoka nawrotowość, tendencja do chronicznego utrzymywania się objawów oraz trudności diagnostyczne powodują, że zaburzenia afektywne stanowią jeden z poważniejszych problemów w zakresie zdrowia publicznego. Jak wynika z wielu badań, choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) bardzo często i bardzo długo pozostaje nierozpoznana lub mylnie zdiagnozowana jako inna jednostka [1]. Według *National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 Survey* błędne diagnozy dotyczą aż 69% pacjentów cierpiących faktycznie na ChAD [2]. Najczęściej ChAD jest mylona z dużą depresją (60%), zaburzeniami lękowymi (26%), schizofrenią (18%) lub uznawana za zaburzenia osobowości (17%) [2]. U około 40% pacjentów z ChAD choroba nie zostaje rozpoznana podczas pierwszego wywiadu, a postawienie właściwej diagnozy w 2/3 przypadków następuje po mniej więcej 10 latach [2, 3]. Pacjenci cierpiący na zaburzenia dwubiegunowe znacznie częściej szukają pomocy lekarskiej z powodu depresji niż z powodu objawów hipomaniakalnych czy maniakalnych, często traktowanych przez nich jako wariant normy [4]. Z drugiej strony, badania przeprowadzone w ciągu ostatniej dekady pokazują, że aż od 26 do 65% osób leczonych z powodu dużej depresji lub depresji nawracającej (ChAJ) ma tak naprawdę zaburzenia, które mogą być zaliczone do spektrum ChAD [5, 6, 7, 8]. Co również warto podkreślić, przyjmuje się, że do 30% pacjentów zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu z objawami lękowymi lub depresyjnymi może cierpieć na zaburzenia z kręgu spektrum ChAD [6, 9, 10]. Uzasadnia to potrzebę zwiększonej czujności diagnostycznej oraz badania przesiewowego osób z rozpoznaniem depresji nawracającej w kierunku spektrum dwubiegunowego. Duże trudności diagnostyczne przyczyniają się również do problemów z oszacowaniem faktycznego rozpowszechnienia zaburzeń dwubiegunowych. Według starszych badań, takich jak *Epidemiological Catchment Area (ECA)* czy *National Comorbidity Survey*, opartych na kryteriach DSM-III i DSM-III-R, częstość występowania ChAD w ciągu całego życia (*lifetime prevalence*) wynosi 1–2% [11, 12]. Ponowna analiza danych pochodzących z ECA, przeprowadzona przez Judda i Akiskala [13], prowadzi jednak do wniosków, że rozpowszechnienie ChAD (z uwzględnieniem wszystkich podtypów w ramach spektrum) sięga 6,4%. Autorzy DSM-IV szacują natomiast ryzyko zachorowania na zaburzenia dwubiegunowe, w ciągu całego życia, w granicach 0,4–1,6% dla ChAD typu I (ChAD-I) i 0,5% dla ChAD typu II (ChAD-II) [14]. Według Szádóczyego i wsp. [15] ryzyko to, przy uwzględnieniu spektrum ChAD, wzrasta do 3–6%. Wyniki *Zurich Cohort Study* sugerują, że kliniczne cechy dwubiegunowości można obserwować nawet u ponad 10% populacji [16, 17]. Natomiast najnowsze badanie epidemiologiczne przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wskazuje na ryzyko zachorowania na ChAD sięgające 4,5% (1% dla ChAD-I, 1,1% dla ChAD-II i 2,4% dla spektrum) [18]. Różnorodność koncepcji spektrum dwubiegunowego oraz problemy z jego wykrywalnością przyczyniają się do niedostatecznej identyfikacji pacjentów obciążonych ryzykiem rozwoju czy też znajdujących się w początkowej fazie ChAD [19]. Konsekwencją tego zjawiska jest brak leczenia lub leczenie nieadekwatne, pociągające za sobą między innymi wzrost ryzyka: indukcji stanów maniakalnych i mieszanych, lekooporności (w tym oporności

na leczenie litem), szybkiej zmiany faz, nadużywania substancji i zachowań samobójczych [20–27].

Przedstawione powyżej dane wskazują na palącą potrzebę zwiększenia wykrywalności spektrum zaburzeń dwubiegunowych. Jednym ze sposobów osiągnięcia tego celu (choć nie jedynym i zapewne niewystarczającym) może być zastosowanie zarówno w klinicznej praktyce psychiatrycznej, jak i w praktyce ogólnolekarskiej krótkich kwestionariuszy samooceny będących formą testów przesiewowych na obecność ChAD. Jednym z pierwszych tego typu narzędzi i jednocześnie jak do tej pory najlepiej przebadanym jest opracowany przez Hirschfelda i wsp. Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (KZN, *Mood Disorder Questionnaire* – MDQ) [28].

Charakterystyka i struktura KZN

KZN jest kwestionariuszem służącym do przesiewowego wykrywania spektrum zaburzeń dwubiegunowych. Za pomocą KZN nie można dokonać diagnostyki różnicowej pomiędzy poszczególnymi podtypami ChAD, dotychczasowe badania sugerują jednak jego większą czułość wobec ChAD typu I (ChAD-I). Poza zastosowaniami w badaniach naukowych, KZN stanowi przede wszystkim niezwykle przydatne narzędzie, które w warunkach codziennej praktyki klinicznej może służyć szybkiej i łatwej identyfikacji pacjentów obarczonych wysokim ryzykiem diagnozy ChAD. Rzecz jasna, pozwala jedynie na wstępne, ogólne i robocze rozpoznanie, a osoby z pozytywnym wynikiem uzyskanym w tym kwestionariuszu powinny zostać poddane dalszej, pogłębionej i weryfikującej diagnostyce w kierunku spektrum dwubiegunowego [28, 29, 30].

KZN jest jednostronicowym kwestionariuszem samooceny, który może być wypełniany samodzielnie przez pacjenta lub przez lekarza, pielęgniarkę czy inny przeszkolony personel medyczny. Czas wykonania badania szacuje się na zaledwie 5–10 minut. KZN składa się z trzech części (sekcji) (tabela 1) [28, 29, 30] – są to:

- 1 – krótki inwentarz objawów (*checklist*), zawierający 13 pytań, dotyczących objawów maniakalnych lub hipomaniakalnych w dotychczasowej historii życia pacjenta i opracowanych na podstawie kryteriów manii i hipomanii wg klasyfikacji DSM-IV; na każde z tych pytań można odpowiedzieć „tak” lub „nie” (*patrz strona następną*).
- 2 – pytanie, czy kiedykolwiek zawarte w inwentarzu objawy pojawiły się jednocześnie
- 3 – ocena stopnia zaburzenia funkcjonowania spowodowanego wymienionymi objawami.

Opracowano również KZN przeznaczony dla osób w okresie dorastania (*MDQ-Adolescent version*, MDQ-A). MDQ-A istnieje w trzech wersjach: 1) wypełnianej przez rodziców (*Parent Mood Disorder Questionnaire*, P-MDQ); 2) wypełnianej samodzielnie przez młodocianego pacjenta (*Adolescent Self-Report MDQ*); 3) wersji, w której pacjent odpowiada na pytanie jak, wedle jego zdania, widzą go i oceniają inni (np. nauczyciele, przyjaciele etc.). W porównaniu z wersją podstawową KZN, pytanie zawarte w trzeciej sekcji rozszerzono, dołączając problemy szkolne. MDQ-A zawiera natomiast tę samą, co wersja podstawowa, listę 13 pytań dotyczących objawów maniakalnych/hipomaniakalnych [31, 32].

Tabela 1. **Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju – polska wersja językowa**
(tłumaczenie: dr med. Aleksandra Suwalska, Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu)

Wypełnia pacjent, w przypadku trudności dopuszczalna jest pomoc lekarza.

Czy był w Twoim życiu okres, kiedy byłeś inny niż zazwyczaj i:		
1. czułeś się tak dobrze i tak „super”, że inni ludzie myśleli, że nie jesteś zwykłym, normalnym sobą lub byłeś na takim wyżu, że wpadłeś w kłopoty?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2. byłeś tak rozdrażniony, że krzyczałeś na innych lub zaczynałeś bójki lub kłótnie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3. byłeś znacznie bardziej pewny siebie niż zwykle?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4. spałeś znacznie mniej niż zazwyczaj i byłeś wyspany?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
5. mówiłeś znacznie więcej i szybciej niż zazwyczaj?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6. miałeś gonitwę myśli i nie mogłeś jej powstrzymać?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7. tak łatwo rozpraszały Cię wydarzenia wokół Ciebie, że miałeś kłopoty z koncentracją i utrzymaniem uwagi?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
8. miałeś znacznie więcej energii niż zazwyczaj?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
9. byłeś znacznie bardziej aktywny i robiłeś więcej rzeczy niż zwykle?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
10. byłeś znacznie bardziej towarzyski niż zwykle, np. telefonowałeś do przyjaciół w środku nocy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
11. byłeś znacznie bardziej zainteresowany seksem niż zwykle?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
12. robiłeś rzeczy dla Ciebie niezwykle lub rzeczy, o których można by powiedzieć, że są zbędne, pochopne czy ryzykowne?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
13. wydawałeś pieniądze w sposób, który spowodował kłopoty na Ciebie lub Twoją rodzinę?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jeśli zaznaczyłeś odpowiedź „TAK” na więcej niż jedno z powyższych pytań, czy część z nich zdarzyła się w tym samym okresie Twojego życia?

Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

TAK NIE

Jak znaczny problem stanowiły dla Ciebie powyższe zachowania (niezdolność do pracy, kłopoty rodzinne, problemy finansowe, problemy z prawem, wdawanie się w kłótnie lub w bójki)?

Nie było problemu
 Mały problem
 Umiarkowany problem
 Poważny problem

Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

Jako wynik wskazujący na cechy dwubiegunowości u dorosłej osoby przyjmuje się co najmniej 7 odpowiedzi „tak” na pytania dotyczące objawów (hipo)maniakalnych i występowanie co najmniej dwóch z tych objawów w tym samym okresie życia. Trzecim kryterium jest odpowiedź udzielona w sekcji trzeciej kwestionariusza, wskazująca, że opisane objawy stwarzały lub stwarzają pacjentowi umiarkowany lub poważny problem [28, 33]. Niektóre dane sugerują, że obniżenie progu tego kryterium, i uznanie, że jest ono spełnione już wtedy, gdy pacjent ocenia przedstawione w kwestionariuszu objawy jako stwarzające minimalny problem, przy jednoczesnym podwyższeniu progu odpowiedzi pozytywnych na pytania z pierwszej sekcji do co najmniej 8, zwiększa czułość narzędzia i szansę na wykrycie zaburzenia dwubiegunowego typu II. Kwestia ta wymaga jednak potwierdzenia w dalszych badaniach [34, 35]. Kolejną modyfikacją jest propozycja całkowitego pominięcia trzeciego kryterium, co według badania walidacyjnego hiszpańskiej wersji KZN ma istotnie zwiększyć zdolność tego narzędzia do wykrywania przypadków ChAD typu II (ChAD-II) [36]. Również wyniki angielskiego badania walidacyjnego sugerują optymalną relację czułości i specyficzności diagnostycznej KZN przy pominięciu drugiego i trzeciego kryterium oraz – dodatkowo – zaostrzeniu pierwszego kryterium do co najmniej 9 odpowiedzi twierdzących [37].

W opracowaniach dotyczących młodzieży proponuje się mniej surowe niż u dorosłych kryteria rozpoznania spektrum ChAD i jako wynik pozytywny w KZN uznaje się co najmniej 5 odpowiedzi „tak” na pytania dotyczące objawów (hipo)maniakalnych i występowanie co najmniej dwóch z tych objawów w tym samym okresie życia pacjenta [30, 32].

Ostatnio prowadzone są badania mające na celu poszerzenie potencjału diagnostycznego KZN, głównie w zakresie wykrywania hipomanii, a co za tym idzie – ChAD-II, oraz możliwości różnicowania poszczególnych podtypów ChAD. Analizowana jest między innymi częstość odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza w zależności od rozpoznania klinicznego. Benazzi i Akiskal [38], analizując wyniki KZN wypełnionego przez 187 pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia dwubiegunowego typu II oraz 126 pacjentów z diagnozą dużej depresji, doszli do wniosku, że charakterystyka objawów hipomaniakalnych przedstawiona w 13 pytaniach zawartych w KZN ma strukturę dwuczynnikową (dwuwymiarową). Wyróżnili wymiar: „podwyższona energia – aktywność” (*energized-activity*) – reprezentowany przez pytania nr. 3, 5, 8, 9 i 10, oraz wymiar: „drażliwość – gonitwa myśli” (*irritability-racing thoughts*), na który składają się pytania: 2, 6, 7, 12 i 13. Co ciekawe, najmniej swoistym dla hipomanii objawem, nie zaliczonym do żadnego z wymiarów i najmniej znaczącym diagnostycznie, okazało się podwyższenie nastroju (pytanie nr 1). Przeprowadzona przez Sanchezę-Moreno i wsp. [36] walidacja hiszpańskiej wersji KZN potwierdziła dwuczynnikową strukturę kwestionariusza i zasugerowała, iż o ile czynnik pierwszy jest głównie indykatorem objawów maniakalnych i hipomaniakalnych, o tyle wykorzystanie i dalsza analiza drugiego czynnika może okazać się przydatne w diagnostyce różnicowej poszczególnych podtypów ChAD. Zagadnienie to wymaga jednak dalszych opracowań [36].

Czułość i specyficzność KZN

W pierwszym, wielośrodkowym badaniu walidacyjnym, przeprowadzonym przez Hirschfelda i wsp. [28] w grupie 198 pacjentów pozostających pod psychiatryczną opieką ambulatoryjną, na podstawie porównania wyników uzyskanych w KZN z danymi pochodzącymi ze standaryzowanego, strukturyzowanego wywiadu opartego na kryteriach DSM-IV (SCID), wykazano wysoki stopień jednorodności wewnętrznej (0,9), bardzo dobry poziom specyficzności (współczynnik: 0,9) oraz dobry poziom czułości narzędzia (0,73). Sugeruje to, że 7 na 10 osób ze spektrum ChAD prawidłowo zostanie zidentyfikowanych za pomocą KZN, a u 3 osób otrzymamy wyniki fałszywie negatywne. Z drugiej strony, spośród 10, które naprawdę nie mają zaburzeń ze spektrum ChAD, jedna osoba zostanie fałszywie zidentyfikowana jako potencjalnie cierpiąca na tego typu zaburzenie, a u pozostałych dziewięciu wyniki będą prawidłowo negatywne [28].

Kolejne analizy czułości i specyficzności KZN dawały bardzo zróżnicowane i odmienne od pierwotnego badania wyniki. Walidacja KZN, przeprowadzona przez Hirschfelda i wsp. [39] w badaniu wykorzystującym populację ogólną (grupa 711 osób wyłoniona losowo spośród 85 358 dorosłych), wykazała niski (w porównaniu z badaniami obejmującymi wyłącznie pacjentów psychiatrycznych) wskaźnik czułości, wynoszący zaledwie 0,281 (prawdopodobnie zdeterminowany niską czułością KZN wobec przypadków ChAD-II) i bardzo wysoki współczynnik specyficzności, sięgający 0,972. Sugeruje to, iż zastosowanie KZN jako narzędzia do badań przesiewowych populacji ogólnej daje możliwość zidentyfikowania zaledwie 3 spośród 10 osób cierpiących na zaburzenia ze spektrum ChAD.

Odbijające się pod kierownictwem Hirschfelda [40] badanie 649 pacjentów leczonych w ośrodkach medycyny rodzinnej pozwoliło oszacować czułość i specyficzność KZN na poziomie odpowiednio: 0,58 i 0,93. Miller i wsp. [41], porównując grupę 37 pacjentów z zaburzeniami z kręgu spektrum ChAD z 36 pacjentami z diagnozą depresji nawracającej, według kryteriów DSM-VI, wykazali istotnie większą czułość KZN w przypadku ChAD-I (zwłaszcza jeżeli diagnoza ta powiązana była z wysokim poziomem wglądu w chorobę) w porównaniu z ChAD-II lub diagnozą zaburzenia dwubiegunowego bliżej nieokreślonego (0,69 vs 0,30). Wskaźniki czułości i specyficzności diagnostycznej dla całej grupy pacjentów z zaburzeniami dwubiegunowymi wyniosły odpowiednio: 0,58 i 0,67. Warto zaznaczyć, że pominięcie trzeciego kryterium KZN (odpowiedzialnego w badaniu za największą liczbę wyników fałszywie negatywnych), tj. pytania, jak duży problem stwarzają opisane objawy, wiązało się ze zwiększeniem współczynnika czułości z 0,58 do 0,78! Wynika z tego sugestia autorów, aby pomijać trzecie kryterium w analizie wyników KZN [41]. Z drugiej strony w badaniu fińskiej wersji językowej KZN (n = 109) [34] zaobserwowano, że uwzględnienie trzeciego kryterium, przy jednoczesnym obniżeniu jego progu – tj. przyjęciu, że jest ono spełnione już wtedy, gdy pacjent uznaje, że przedstawione w kwestionariuszu objawy stwarzają mu minimalny problem, wiąże się ze wzrostem czułości do poziomu 0,9, prawdopodobnie w związku z uwzględnianiem w ten sposób większej części osób cierpiących na ChAD-II. Autorzy podkreślili ponadto, że całkowite pominięcie

trzeciego kryterium znacząco obniża specyficzność KZN. Badanie fińskie zasugerowało, że stwierdzana w nim stosunkowo niska specyficzność KZN, wynosząca około 53%, wiąże się z bardzo dużą dysproporcją tego narzędzia w zakresie zdolności do wykrywania przypadków ChAD typu I i II. Podczas gdy zastosowanie KZN pozwalało na zidentyfikowanie 70% pacjentów, u których wcześniej postawiono diagnozę ChAD-I (kryteria DSM-IV, SCID), to użycie tego narzędzia w badaniu osób z ChAD typu II pozwoliło na potwierdzenie diagnozy tylko u 20% [34]. W opublikowanym ostatnio brytyjskim badaniu walidacyjnym [37], porównującym wyniki uzyskane przez 54 pacjentów z rozpoznaniem spektrum dwubiegunowego i 73 pacjentów z diagnozą choroby jednobiegunowej, specyficzność KZN wyniosła 0,86, a czułość 0,76 (0,83 dla ChAD-I i 0,67 dla ChAD-II). Pominięcie drugiego i trzeciego kryterium oraz zaostrożenie pierwszego kryterium KZN do co najmniej 9 odpowiedzi „TAK” zaowocowało w badanej grupie znaczącym wzrostem czułości (0,9 dla ChAD-I i 0,88 dla ChAD-II), przy zachowaniu wysokiej specyficzności.

Rezultaty badań walidacyjnych dotyczących poszczególnych wersji językowych KZN przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Wyniki badań walidacyjnych dotyczących różnych wersji językowych KZN

Autorzy	Badane grupy	Czułość	Specyficzność	Jednorodność wewnętrzną	Wersja językowa
De Dios i wsp. 2008 [42]	N = 87	0,727	0,829		hiszpańska
Hardoy i wsp. 2005 [43]	N = 154	0,76 • dla ChAD-II: 0,55	0,8 • dla ChAD-II: 0,65		włoska
Isometsä i wsp. 2003 [34]	N = 109	0,85; (0,9)*	0,47; (0,59)*	0,79	fińska
Konuk i wsp. 2007 [44]	N = 309	0,64	0,77		turecka
Sanchez-Moreno i wsp. 2008 [36]	N = 118	0,6; (0,81)** • dla ChAD-II: 0,73***	0,98; (0,95)** • dla ChAD-II: 0,97***	0,9	hiszpańska
Weber Rouget i wsp. 2005 [35]	N = 96	0,74 • dla ChAD-I: 0,9 • dla ChAD-II: 0,54; (0,76)*	0,905	0,89	francuska

* dane dla kryterium w sekcji trzeciej KZN przyjętego za spełnione wtedy, gdy pacjent uznaje, że przedstawione w kwestionariuszu objawy stwarzały mu co najmniej minimalny problem,

** dane przy uwzględnieniu wyłącznie kryterium 7 lub więcej pozytywnych odpowiedzi na 13 pytań dotyczących objawów i pominięciu drugiego i trzeciego kryterium

*** dane przy nieuwzględnieniu trzeciego kryterium KZN

Walidacja MDQ-A, przeprowadzona w grupie 104 pacjentów w wieku 12–17 lat, wykazała bardzo dobrą relację czułości do specyficzności (odpowiednio: 72% i 81%), pod warunkiem, że kwestionariusz jest wypełniany przez rodziców. W przypadku sa-

modzielnego wypełniania KZN przez młodocianych pacjentów wartość diagnostyczna narzędzia drastycznie malała (czułość: 38%, specyficzność: 74%) [32].

Polskie badania z wykorzystaniem KZN

Tłumaczenie Kwestionariusza Zaburzeń Nastroju na język polski zostało wykonane w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, za zgodą prof. Hirschfelda, który będzie również brał udział w planowanym w najbliższym czasie badaniu walidacyjnym dotyczącym polskiej wersji tego narzędzia.

W Polsce Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju został zastosowany w badaniu rozpoznania zaburzeń dwubiegunowych (badanie DEP-BI). Miało ono na celu ocenę częstości występowania tych zaburzeń wśród chorych leczonych przez lekarzy psychiatrów z powodu epizodu depresji lub zaburzenia depresyjnego nawracającego (F32, F33 wg ICD-10). Końcowa analiza objęła 880 osób i wskazywała, że u ponad 60% badanych występowały cechy zaburzenia dwubiegunowego, w tym: u 20,2% ChAD-I, u 29% ChAD-II, a u 12% spektrum dwubiegunowe [45, 46]. Również analiza subpopulacji chorych z depresją nawracającą (UNIDEP-BI) wykazała istnienie u znacznego odsetka osób zaburzeń dwubiegunowych. ChAJ potwierdzono jedynie u 32,9% [47, 48, 49].

Badanie DEP-BI pozwoliło na wyodrębnienie cech zaburzeń depresyjnych, pojawiających się częściej u chorych, u których rozpoznano dwubiegunowość. Do cech tych należą: obciążenie rodzinne ChAD, przedchorobowe cechy osobowości hipertymicznej lub cyklotymicznej, wczesny wiek zachorowania, depresja atypowa, poporodowa lub psychotyczna oraz lekooporność [50].

KZN obok Skali Oceny Hipomanii Angsta (HCL-32) jest podstawowym narzędziem wykorzystywanym w polskim wieloośrodkowym projekcie TRES-DEP. Jego celem podstawowym jest analiza cech dwubiegunowości w grupie pacjentów z depresją lekooporną w porównaniu z grupą pacjentów, u których nastąpiła remisja aktualnego epizodu depresji. Za cel dodatkowy przyjęto charakterystykę kliniczną i demograficzną pacjentów z depresją lekooporną. Badanie pilotażowe projektu TRES-DEP przeprowadzone zostało w Klinice Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie. Objęło ono 100 pacjentów spełniających kryteria ICD-10 epizodu depresji lub depresji nawracającej (F32, F33), z czego u połowy stwierdzono lekooporność. W grupie pacjentów lekoopornych istotnie więcej osób spełniało kryteria dwubiegunowości w KZN (44% vs 12%, $p < 0,001$) i HCL-32 (62% vs 34%, $p < 0,005$) [51]. Co ciekawe, odmienna była, w przypadku występowania lub nie cech dwubiegunowości, charakterystyka odpowiedzi na pytania kwestionariuszy KZN i HCL. Pacjenci z dodatnim wynikiem w Kwestionariuszu Zaburzeń Nastroju częściej w porównaniu z osobami nie wykazującymi cech dwubiegunowości odpowiadali twierdząco na pytania: 3, 7, 9 i 13 ($p < 0,05$) [52].

Podsumowanie

Z dotychczasowych badań wynika, że KZN stosowany samodzielnie nie może stanowić narzędzia do badań przesiewowych populacji ogólnej, jednak jego użyteczność w badaniach pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne (zwłaszcza afektywne) jest bezdyskusyjnie bardzo wysoka. Istotnym problemem wydaje się niska czułość KZN względem

zaburzeń dwubiegunowych typu II. Wielu pacjentów dotkniętych ChAD-II błędnie uważa występujące u nich fazy hipomaniakalne za okresy normalnej i zdrowej aktywności, co jest czynnikiem istotnie utrudniającym postawienie właściwej diagnozy i przyczyniającym się do jej znaczącego opóźnienia. Niestety, KZN w tych wypadkach może się przyczynić do postawienia diagnozy fałszywie ujemnej, zwłaszcza w razie niewystarczającej czujności diagnostycznej lekarza. Nie dysponujemy obecnie narzędziem diagnostycznym, które łączyłoby w sobie prostotę, łatwość i małą czasochłonność z wszechstronnością pozwalającą na pewne wykrycie wszystkich odmian spektrum zaburzeń dwubiegunowych. W tej sytuacji wydaje się zasadne łączenie KZN (jako kwestionariusza przydatnego w wykrywaniu ChAD-I) z innymi narzędziami, które wykazują większą czułość w stosunku do hipomanii czy ChAD-II, takimi jak, stworzona przez Angsta i wsp., *Hypomania Checklist* (HCL-32) czy *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale* (BSDS) opracowana przez RONALDA PIESA [za: 29, 53, 54]. Należy również dodać, że obecnie opracowywane są i weryfikowane nowe kwestionariusze, mające służyć diagnostyce przesiewowej zaburzeń dwubiegunowych oraz różnicowej zaburzeń jedno- i dwubiegunowych. Za przykład może tu posłużyć *Mood Swings Survey* (MSS). Użyteczność kliniczna i konkurencyjność tego narzędzia w stosunku do KZN wymaga dalszych badań [55].

Глоссарий нарушений настроения - характеристика и применение

Содержание

Двухполюсная аффективная болезнь – ДАФБ составляет большие диагностические трудности. Эта болезнь часто ошибочно диагностируется как рецидивирующая депрессия или фобийные нарушения, шизофрения и нарушения личности. У 40% пациентов болезнь не диагностируемая во время первого обследования, а установление правильного диагноза в 2/3 случаев наступает после почти 10 лет. Результатом этого явления является неправильное лечение и, как следствие, утяжеление течения болезни, рост риска фармакомании и суицидального поведения. Все это указывает на необходимость более внимательного подхода к распознаванию спектра ДАФБ. Одним из способов достижения такого задания может быть применение Глоссария нарушений настроения (ГНН), который является глоссарием самооценки, служащим для скринингового определения спектра ДАФБ. Из известных исследований истекает, что пригодность ГНН в исследованиях пациентов страдающих психическими нарушениями (особенно аффективные), очень высокая. Однако, существенной проблемой является относительная чувствительность ГНН для диагностики ДАФБ второго типа. В этой ситуации, по-видимому, необходимо применение глоссария ГНН (как особенно эффективного для диагностирования ДАФБ I типа) с иными пособиями с большей чувствительностью по отношению к гипомании или ДАФБ II типа (например приготовленная Ангстом и сотр. *Hypomania Checklist*).

Представленная статья описывает характеристику и структуру ГНН. Представлены возможности использования пособия, обсуждены его пороки и пригодность. Авторы представили также результаты подобных исследований в разных языках ГНН, а также обсудили польские исследования в различных центрах – DEP-BI, а тоже TRES DEP – в которых использовался ГНН.

Fragebogen zur Erfassung der Stimmungsschwankungen – Charakteristik und Anwendung

Zusammenfassung

Zweipolige affektive Krankheit bereitet ernsthafte diagnostische Probleme. Sie wird oft mit der rezidiven Depression, auch mit Angststörungen, Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen

verwechselt. Bei 40% Patienten wird die Krankheit bei der ersten Untersuchung nicht diagnostiziert, und richtige Diagnosestellung erfolgt bei 2/3 der Fälle nach ca. 10 Jahren. Die Folge dieser Erscheinung ist eine nicht richtige Behandlung, die nach sich die Verschlechterung des Krankheitsverlaufes, erhöhtes Risiko für den Mißbrauch von Substanzen und Suizidversuchen zieht. Es zeigt, dass es notwendig ist die Entdeckung des Spektrums der affektiven zweipoligen Krankheit zu erhöhen. Eine der Methoden zum Erreichen dieses Zwecks kann die Anwendung in der klinischen Praxis des Fragebogens von Hirschfeld und andere "Fragebogen zur Erfassung von Stimmungsschwankungen" sein. Der Fragebogen ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung zur Entdeckung des Spektrums der affektiven zweipoligen Krankheit. Aus den bisherigen Studien geht hervor, dass die Brauchbarkeit des Fragebogens bei der Untersuchung der Patientenpopulationen, die an psychische Störungen leiden (besonders affektive) ist ohne Diskussion sehr hoch. Ein wesentliches Problem ist aber eine verhältnismäßige niedrige Empfindlichkeit auf zweipolige affektive Krankheit vom Typ II. In dieser Situation scheint es begründet zu sein, die Verbindung dieses Fragebogens mit anderen Werkzeugen, die eine größere Empfindlichkeit auf Hypomanie oder zweipolige affektive Krankheit vom Typ II zeigen (zB. Hypomania Checklist von Angst). Der vorliegende Artikel beschreibt die Charakteristik und Struktur des Fragebogens zur Erfassung der Stimmungsschwankungen. Die Möglichkeiten seiner Anwendung wurden dargestellt, seine Vor- und Nachteile besprochen. Die Autoren beschrieben außerdem die Ergebnisse der validativen Studie unterschiedlicher Sprachversionen des Fragebogens und besprachen polnische mehrzentrale Studie – DEP–BI und TRES–DEP, bei denen der Fragebogen angewandt wurde.

Le questionnaire des troubles de l'humeur (Mood Disorder Questionnaire) – caractéristiques et application

Résumé

La maladie affective bipolaire cause de difficultés diagnostiques significantes. Elle est souvent faussement diagnostiquée comme récédive de la dépression, comme schizophrénie, troubles anxieux ou troubles de la personnalité. Chez beaucoup de patients (40%) elle n'est pas bien diagnostiquée pendant le premier examen et souvent chez le 2/3 de patients le diagnostic juste est posé après presque 10 ans de cette maladie. Il en résulte la thérapie inadéquate qui entraîne le cours plus sévère de la maladie, accroît du risque de l'abus des médicaments ou accroît du risque des tentatives de suicide. Cela suggère qu'il est nécessaire d'augmenter la détection de la maladie affective bipolaire et pour le faire on peut appliquer dans la pratique clinique le questionnaire créé par Hirschfeld et d'autres (Mood Disorder Questionnaire). Les récentes données indiquent que l'utilité de ce questionnaire pour le screening de la maladie affective bipolaire est très élevée. Pourtant la faible sensibilité de ce questionnaire concernant la détection de la maladie affective bipolaire du type II cause de certains problèmes. Donc il semble qu'il est juste de combiner ce questionnaire avec d'autres outils diagnostiques qui détectent mieux l'hypomanie et la maladie bipolaire affective du type II (par ex. The Hypomania Symptom Checklist d'Angst et autres). Cet article décrit les caractéristiques et la structure de Mood Disorder Questionnaire. On présente encore ses applications, ses bons et mauvais côtés. Les auteurs parlent aussi des résultats des études de validation concernant ses plusieurs versions linguistiques ainsi que les études polonaises – DEP-BI et TRES-DEP.

Piśmiennictwo

1. Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM, Pandurangi AK, Goodwin K. *Is bipolar disorder still under-diagnosed? Are antidepressants overutilized?* J. Affect. Disord. 1999; 52 (1–3): 135–144.
2. 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.

3. 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.
4. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Frye MA, Reed ML. *Impact of depressive symptoms compared with manic symptoms in bipolar disorder: results of a U.S. community-based sample.* *J. Clin. Psychiatry* 2004; 65 (11): 1499–1504.
5. Benazzi F. *Improving the Mood Disorder Questionnaire to detect bipolar II disorder.* *Can. J. Psychiatry* 2003; 48 (11): 770–771.
6. Manning JS, Haykal RF, Connor PD, Akiskal HS. *On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally.* *Compr. Psychiatry* 1997; 38 (2): 102–108.
7. Perugi G, Micheli C, Akiskal HS, Madaro D, Socci C, Quilici C, Musetti L. *Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients.* *Compr. Psychiatry* 2000; 41 (1): 13–18.
8. 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 (2–3): 141–147.
9. Piver A, Yatham LN, Lam RW. *Bipolar spectrum disorders. New perspectives.* *Can. Fam. Physician.* 2002; 48: 896–904.
10. Manning JS, Ahmed S, McGuire HC, Hay DP. *Mood disorders in family practice: beyond unipolarity to bipolarity.* *J. Clin. Psychiatry* 2002; 4 (4): 142–150.
11. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.* *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51 (1): 8–19.
12. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Bruce ML, Florio LP. *Affective disorders in five United States communities.* *Psychol. Med.* 1988; 18 (1): 141–153.
13. Judd LL, Akiskal HS. *The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases.* *J. Affect. Disord.* 2003; 73 (1–2): 123–131.
14. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV.* Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
15. Szádóczy E, Papp Z, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J. *The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a national epidemiologic survey.* *J. Affect. Disord.* 1998; 50 (2–3): 153–162.
16. Angst J, Gamma A, Lewinsohn P. *The evolving epidemiology of bipolar disorder.* *World Psychiatry* 2002; 1 (3): 146–148.
17. Angst J. *The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder.* *J. Affect. Disord.* 1998; 50 (2–3): 143–151.
18. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. *Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication.* *Arch. Gen. Psychiatry* 2007; 64 (5): 543–552.
19. Carta MG, Angst J. *Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys.* *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health* 2005; 1 (1): 4.
20. Benazzi F. *Antidepressant-associated hypomania in outpatient depression: a 203-case study in private practice.* *J. Affect. Disord.* 1997; 46 (1): 73–77.
21. 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.
22. Koukopoulos A, Koukopoulos A. *Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia.* *Psychiatr. Clin. North Am.* 1999; 22 (3): 547–564.
23. Kilzieh N, Akiskal HS. *Rapid-cycling bipolar disorder. An overview of research and clinical experience.* *Psychiatr. Clin. North Am.* 1999; 22 (3): 585–607.

24. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. *Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study*. J. Clin. Psychiatry 2000; 61 (10): 804–808; quiz 809.
25. Rihmer Z, Pestalicy P. *Bipolar II disorder and suicidal behavior*. Psychiatr. Clin. North Am. 1999; 22 (3): 667–673.
26. Swann AC, Bowden CL, Calabrese JR, Dilsaver SC, Morris DD. *Differential effect of number of previous episodes of affective disorder on response to lithium or divalproex in acute mania*. Am. J. Psychiatry 1999; 156 (8): 1264–1266.
27. Tondo L, Baldessarini RJ. *Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment*. J. Clin. Psychiatry 2000; 61, suppl. 9: 97–104.
28. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, Post RM, Rappaport DJ, Russell JM, Sachs GS, Zajecka J. *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire*. Am. J. Psychiatry 2000; 157 (11): 1873–1875.
29. Vieta E. *Guide to assessment scales in bipolar disorder*. London, UK: Current Medicine Group Ltd.; 2006.
30. Hirschfeld RM. *Screening for bipolar disorder*. Am. J. Manag. Care 2007; 13 (7 suppl.): 164–169.
31. Pavuluri M. *Parental report version of the Mood Disorder Questionnaire for adolescents has good sensitivity and specificity for diagnosing bipolar disorder in psychiatric outpatient clinics*. Evid. Based Ment. Health 2007; 10 (1): 9.
32. Wagner KD, Hirschfeld RM, Emslie GJ, Findling RL, Gracious BL, Reed ML. *Validation of the Mood Disorder Questionnaire for bipolar disorders in adolescents*. J. Clin. Psychiatry 2006; 67 (5): 827–830.
33. Hirschfeld RM. *Bipolar spectrum disorder: improving its recognition and diagnosis*. J. Clin. Psychiatry 2001; 62, suppl. 14: 5–9.
34. Isometsä E, Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Leppämäki S, Pippingsköld M, Arvilommi P. *The Mood Disorder Questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care*. BMC Psychiatry 2003; 3: 8.
35. Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. *Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ)*. J. Affect. Disord. 2005; 88 (1): 103–108.
36. Sanchez-Moreno J, Villagran JM, Gutierrez JR, Camacho M, Ocio S, Palao D, Querejeta I, Gascon J, Sanchez G, Vieta E. *EDHIPO (Hypomania Detection Study) Group. Adaptation and validation of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire for the detection of bipolar disorder: Bipolar Disord.* 2008; 10 (3): 400–412.
37. Twiss J, Jones S, Anderson I. *Validation of the Mood Disorder Questionnaire for screening for bipolar disorder in a UK sample*. J. Affect. Disord. 2008; 110 (1–2): 180–4.
38. Benazzi F, Akiskal HS. *The dual factor structure of self-rated MDQ hypomania: energized-activity versus irritable-thought racing*. J. Affect. Disord. 2003; 73 (1–2): 59–64.
39. Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR, Weissman M, Reed M, Davies M, Frye MA, Keck P, McElroy S, Lewis L, Tierce J, Wagner KD, Hazard E. *Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study*. Am. J. Psychiatry 2003; 160 (1): 178–180.
40. Hirschfeld RM, Cass AR, Holt DC, Carlson CA. *Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic*. J. Am. Board Fam. Pract. 2005; 18 (4): 233–239.
41. Miller CJ, Klugman J, Berv DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. *Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder*. J. Affect. Disord. 2004; 81 (2): 167–171.
42. De Dios C, Garcia A, Montes JM, Avedillo C, Soler B, Ezquiaga E. *Usefulness of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire for screening bipolar disorder in routine clinical practice in outpatients with major depression*. Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health 2008; 4 (1): 14.

43. Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Dell'Osso B, Carpiniello B, Morosini PL, Calabrese JR, Carta MG. *Validation of the Italian version of the „Mood Disorder Questionnaire” for the screening of bipolar disorders.* Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health 2005; 1: 8.
44. Konuk N, Kiran S, Tamam L, Karaahmet E, Aydin H, Atik L. *Validation of the Turkish version of the mood disorder questionnaire for screening bipolar disorders.* Turk. Psikiyatri Derg. 2007; 18 (2): 147–154.
45. Rybakowski J, Suwalska A, Łojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. *Częstość występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wśród chorych na depresję leczonych przez psychiatrów w warunkach ambulatoryjnych.* Psychiatr. Pol. 2004; 38 (2): 203–216.
46. Rybakowski JK, Suwalska A, Łojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. *Bipolar mood disorders among Polish psychiatric outpatients treated for major depression.* J. Affect. Disord. 2005; 84 (2–3): 141–147.
47. Kiejna A, Rymaszewska J, Suwalska A, Łojko D, Rybakowski J. *Prawdopodobieństwo dwubiegunowości u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi.* Psychiatr. Pol. 2006; 40 (3): 445–454.
48. Kiejna A, Rymaszewska J, Hadryś T, Suwalska A, Łojko D, Rybakowski JK. *Bipolar or unipolar? – the question for clinicians and researchers.* J. Affect. Disord. 2006; 93 (1–3): 177–183.
49. Kiejna A, Rymaszewska J, Hadryś T, Suwalska A, Łojko D, Rybakowski JK. *Występowanie cech dwubiegunowości u osób z zaburzeniem depresyjnym nawracającym – ogólnopolskie, wielośrodkowe badanie uniDEP-BI.* Psychiatr. Pol. 2005; 39 (5): 951–962.
50. Rybakowski JK, Suwalska A, Łojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. *Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: results of the Polish DEP-BI study.* Psychopathol. 2007; 40 (3): 153–158.
51. Dudek D, Siwek M, Borowiecka-Kluza J. *Analiza cech dwubiegunowości u pacjentów z depresją lekooporną w porównaniu z pacjentami z remisją aktualnego epizodu depresji. Badanie pilotażowe.* Psychiatr. Pol. 2008; 2: 283–294.
52. Dudek D, Siwek M, Borowiecka-Kluza J. *Charakterystyka kliniczna i demograficzna pacjentów z depresją lekooporną a cechy dwubiegunowości. Badanie pilotażowe.* Psychiatr. Pol. 2008; 2: 295–304.
53. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, Skeppar P, Vieta E, Scott J. *The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients.* J. Affect. Disord. 2005; 88 (2): 217–233.
54. Benazzi F. *Toward better probing for hypomania of bipolar-II disorder by using Angst's checklist.* Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2004; 13 (1): 1–9.
55. Parker G, Fletcher K, Barrett M, Synnott H, Breakspear M, Hyett M, Hadzi-Pavlovic D. *Screening for bipolar disorder: The utility and comparative properties of the MSS and MDQ measures.* J. Affect. Disord. 2008; 109 (1–2): 83–89.

Adres: Marcin Siwek
Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 a

Otrzymano: 30.06.2008
Zrecenzowano: 7.10.2008
Otrzymano po poprawie: 27.01.2009
Przyjęto do druku: 12.02.2009

PSYCHOTERAPIA

NR 1 (148) 2009

Index Copernicus 3,96

Liczba punktów za umieszczoną publikację naukową – 4

SPIS TREŚCI

Od Redakcji	3
Z cyklu: Sylwetki psychoterapeutów	
Psychoterapia to jest moja partia polityczna. Rozmowa z Panią Profesor Marią Orwid	5
Sławomir Murawiec	
Spostrzeżenia na temat zależności pomiędzy psychoterapią a postęпами w neurobiologii i farmakoterapii	23
Jacek Bomba	
Spojrzenie na depresje z perspektywy psychoterapii.....	35
Agnieszka Sym, Katarzyna Wiraszka-Lewandowska, Andrzej Kokoszka	
Korektywne przeżywanie wartości: opis zjawiska i przegląd badań dotyczących zmian zachodzących w trakcie psychoterapii	43
Marta Nowak, Małgorzata Janas-Kozik	
Dialog w milczeniu — rozumienie i terapia pacjentki mutystycznej.....	57
Szymon Chrząstowski	
Wykorzystanie genogramu we współczesnych nurtach terapii rodzin	65
Małgorzata Talarczyk	
Godne życie... a zaburzenia odżywiania się	77
Hanna Jaklewicz	
Miłość wczoraj i dziś	89
Wspomnienie pośmiertne — Prof. dr hab. n. med. Maria Orwid	95