

Hypomania Check List (HCL-32) – kwestionariusz objawów hipomanii: charakterystyka i zastosowanie

Hypomania Check List (HCL-32) – hypomania symptoms questionnaire: description and application

Dorota Łojko¹, Janusz Rybakowski¹, Dominika Dudek²,
Tomasz Pawłowski³, Marcin Siwek², Andrzej Kiejna³

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

² Klinika Psychiatrii Dorosłych UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

³ Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

In current diagnostic classifications such as the International Classification of Diseases (ICD-10) and the American Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV), unipolar and bipolar mood disorders are mentioned, where the differentiating factor is occurrence of mania or hypomania. In DSM-IV, bipolar mood disorder type I (bipolar I), with the episodes of mania, and bipolar mood disorder type II (bipolar II) with hypomania, have been separated. Clinical and epidemiological studies performed in recent decades using more sensitive measures of the assessment of hypomania suggest a marked prevalence of bipolar disorders of not-bipolar I type, amounting to about 3-5% of population. In 2005, Angst and collaborators introduced the Hypomania Check List-32 scale (HCL-32) aimed at a better identification of the occurrence of hypomania symptoms in patients with affective disorders. The studies carried out in many countries have demonstrated a significant sensitivity and specificity of the scale and its usefulness for the assessment of bipolar affective disorders. In the present paper, the Polish version of HCL-32 scale is presented. This version has been already employed in the all-country Polish project TRES-DEP where the features of bipolarity were assessed in depressive patients in whom treatment with antidepressant drugs was unsuccessful.

Słowa kluczowe: choroba afektywna dwubiegunowa, rozpowszechnienie, hipomania, Hypomania Check List-32

Key words: bipolar affective illness, prevalence, hypomania, Hypomania Check List-32

Wprowadzenie

Obowiązujące klasyfikacje zaburzeń psychicznych, takie jak International Classification of Diseases (ICD-10) i amerykańska Diagnostic and Statistical Manual (DSM

-IV) wyróżniają zaburzenia afektywne jednobiegunowe i dwubiegunowe, w których czynnikiem różnicującym jest występowanie u chorego manii lub hipomanii. To różnicowanie wprowadzili w 1966 r. w swoich pracach, niezależnie od siebie, Jules Angst [1] i Carlo Perris [2] na podstawie wyników badań genetyczno-rodzinnych. W 1976 r. Dunner i wsp. [3] sformułowali koncepcję dwóch typów choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD). W ChAD typu pierwszego (bipolar I) obok stanów depresyjnych występują manie lub maniakalne stany mieszane o znacznym nasileniu wymagające hospitalizacji. W ChAD II (bipolar II) obok epizodów depresyjnych występują stany hipomaniakalne nie wymagające hospitalizacji. Taki podział znalazł się w DSM-IV [4], ale nie w ICD-10 [5]. W ICD-10 ChAD II należałoby zaklasyfikować jako nieokreśloną postać ChAD.

W ostatnim dwudziestolecu poprzedniego wieku przeprowadzono liczne badania epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń afektywnych o cechach dwubiegunowości. Ich wyniki wskazują, że ryzyko wystąpienia choroby afektywnej dwubiegunowej typu I (z ewidentnymi stanami maniakalnymi) wynosi około 1%. Natomiast, jeśli zastosuje się szersze kryteria do identyfikacji stanów wzmoczonego nastroju, to ryzyko wystąpienia w ciągu życia zaburzenia o cechach dwubiegunowości wynosi 3–6% [6]. W latach 90. ub. wieku zaproponowano kolejne koncepcje dotyczące diagnostyki ChAD. Angst [7] wyróżnił stany hipomaniakalne trwające 1–3 dni, co rozszerzało kryteria rozpoznawania dla tych stanów (w DSM-IV kryterium czasowe dla rozpoznania hipomanii wynosi 4 dni) i nazwano je *brief hypomania*, o dwóch wzorcach występowania: sporadycznym i nawracającym [7]. W 1996 r. Akiskal [8] zaprezentował koncepcję spektrum ChAD, czyli kontinuum zaburzeń nastroju, które obejmuje ChAD I i II oraz wszystkie inne postacie chorób afektywnych o cechach dwubiegunowości. Ghaemi i wsp. [9] przedstawili propozycje kryteriów diagnostycznych dla rozpoznania zaburzenia (typu) spektrum dwubiegunowego. Byłaby to diagnoza wypełniająca przestrzeń między rozpoznaniem ChAD I i ChAD typu II.

W codziennej praktyce klinicznej objawy hipomanii często nie są rozpoznawane, ponieważ pacjent nie potrafi ich zidentyfikować, nazwać, jak również doświadczyć jako patologicznych stanów nastroju i napędu. To prowadzi do tego, że u wielu takich chorych postawiona diagnoza to „depresja nawracająca” i zgodnie z tym są oni leczeni, a do prawidłowego rozpoznania upłynąć może nawet 8–10 lat [10]. Pojawiająca się czasem oporność takiej depresji na stosowanie leków przeciwdepresyjnych może w niektórych wypadkach wynikać z nierozpoznanej „dwubiegunowości” u leczonego pacjenta. W przeprowadzonym ogólnopolskim badaniu DEP-BI [11] wykazano, że odsetek depresji odpornej na stosowanie leków przeciwdepresyjnych był istotnie wyższy w chorobie afektywnej dwubiegunowej niż jednobiegunowej, szczególnie w grupie tzw. spektrum zaburzenia dwubiegunowego, w której bardzo łatwo jest przeoczyć cechy dwubiegunowości.

W ocenie pacjentów z zaburzeniami nastroju można użyć kwestionariuszy przesiewowych służących do stwierdzenia występowania cech hipomaniakalnych. W 2000 roku badacze amerykańscy (Hirschfeld i wsp.) [12] wprowadzili Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju (MDQ, Mood Disorder Questionnaire). Kwestionariusz ten zawiera 13 pytań dotyczących występowania poszczególnych objawów hipomanii.

Wykorzystano go w amerykańskich badaniach epidemiologicznych rozpowszechnienia zaburzeń dwubiegunowych [13]. Polska wersja językowa MDQ została opracowana w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i zastosowana w ogólnopolskim badaniu epidemiologicznym DEP-BI [14]. Pięć lat później badacze europejscy (Angst i wsp.) [15] zaprezentowali po raz pierwszy kwestionariusz HCL-32 (Hypomania Check List), zawierający 32 objawy hipomanii. W niniejszym artykule prezentujemy polską wersję językową kwestionariusza HCL-32.

Charakterystyka i struktura HCL-32

Prekursorem HCL-32 była skala Hypomania Checklist-20 zawierająca 20 objawów charakteryzujących hipomanię, na które badany odpowiadał „tak” (obecne/typowe dla mnie) lub „nie” (nieobecne/nietypowe dla mnie). Została ona zastosowana w badaniach epidemiologicznych i klinicznych we Francji [16, 17]. Pomysłodawcami kwestionariusza HCL-32, w którym liczba objawów została zwiększona do 32, byli Jules Angst z Zurychu i Thomas D. Meyer z Tübingen. Jego pierwsza wersja powstała w języku niemieckim i została równoległe przetłumaczona na język angielski. Wersja angielska stanowiła natomiast podstawę do tłumaczenia na inne języki, m.in. norweski, szwedzki, niemiecki, duński, francuski, hiszpański, chiński, arabski. Ostatnia wersja, po wprowadzonych kilku formalnych poprawkach, oznaczana jest jako HCL-32R1.

Polska wersja językowa powstała, w kooperacji z autorem kwestionariusza – prof. Julesem Angstem w poznańskim Uniwersytecie Medycznym w Klinice Psychiatrii Dorosłych. Po przetłumaczeniu kwestionariusza dokonano tzw. back-translation, które zostało zweryfikowane przez autora, a następnie stworzono ostateczną, prezentowaną dziś polskojęzyczną wersję HCL-32.

HCL-32 jest kwestionariuszem samooceny. Pacjent samodzielnie odpowiada na pytania dotyczące jego napeędu, nastroju i aktywności. HCL-32 może służyć samoocenie występowania i nasilenia objawów hipomanii w okresie całego życia pacjenta oraz jako narzędzie przesiewowe do wykrywania u osób z depresją objawów choroby afektywnej dwubiegunowej, w tym objawów hipomaniakalnych, nawet o niewielkim nasileniu. Oczywiście, HCL-32 nie może służyć do postawienia rozpoznania ChAD, ale może pomóc zidentyfikować osoby z cechami dwubiegunowości. To narzędzie mogą wykorzystywać lekarze psychiatry, lekarze innych specjalności czy psycholodzy.

Kwestionariusz HCL-32 składa się z 7 części, zawierających następujące pytania.

1. *Proszę powiedzieć, jak Pani/Pan czuje się dzisiaj w porównaniu ze swoim normalnym (typowym) nastrojem?* Pytanie służy do oceny, czy obecny stan psychiczny wpłynie na odpowiedzi na pytania zawarte w części 3, czyli dotyczące objawów hipomanii. Stan depresji i manii o znacznym nasileniu wydaje się wpływać na te odpowiedzi; nie stwierdzono takiego wpływu u chorych ambulatoryjnych.
2. *Jak czuje się Pani/Pan zwykle w porównaniu z innymi ludźmi?* Pytanie użyte zostało do oceny temperamentu, sprawdzenia, czy pacjent nie ma trwałych cech hipertymicznych, cyklotymicznych czy depresyjnych. Oceniając swój stan psychiczny, pacjent może udzielić następującej (jednej) odpowiedzi: (1) jest zawsze raczej

- stabilny i wyrównany, (2) jest zwykle lepszy, (3) jest zwykle gorszy, (4) wykazuje powtarzające się okresy wyżów i niżów.
3. Część ta składa się z listy pytań dotyczących występowania 32 objawów, na które osoba badana ma odpowiedzieć „tak” lub „nie”. Całkowita liczba odpowiedzi pozytywnych wynosząca 14 i więcej wskazuje, że może to być osoba z cechami dwubiegunowości.

Pytania 4–7 dotyczą wpływu objawów na codzienne życie, reakcji innych osób, oraz czasu trwania takich objawów i ich ilość dni w ostatnim roku.

Badania z zastosowaniem HCL-32

W pierwszej pracy, z roku 2005, autorzy kwestionariusza podjęli się podsumowania zastosowania HCL-32 w populacji włoskiej i szwedzkiej. Stwierdzono, że HCL-32 jest dobrym narzędziem rozróżnienia choroby afektywnej dwubiegunowej i jednobiegunowej. W tym zakresie HCL-32 ma czułość 80% i swoistość 51%. Optymalnym kryterium różnicującym jest uzyskanie w skali objawowej 14 punktów i więcej. Na podstawie analizy czynnikowej wyodrębniono z 32 pytań o objawy dwa czynniki, które występują zarówno u pacjentów, jak i w populacji ogólnej. Jeden nazwano „active/elated” (nadmierna aktywność/wzmoczony nastrój), a drugi „irritable/risk-taking” (drażliwość/zachowania ryzykowne). Pierwszy wymiar czynnikowy tworzą pytania: 2–6, 10–13, 15, 16, 19, 20, 22, 24. Pytania: 7–9, 21, 25–27, 31 tworzą drugi wymiar czynnikowy [15].

W badaniu z zastosowaniem włoskiej wersji HCL-32 [18] porównano wyniki samooceny 123 pacjentów za pomocą kwestionariusza HCL-32 i 156 chorych – za pomocą kwestionariusza MDQ. Diagnozę przeprowadzał lekarz na podstawie kwestionariusza SCID. Stwierdzono, że HCL-32 ma dobrą trafność i daje mało wyników fałszywie negatywnych. Rozpoznanie ChAD z czułością 85% i swoistością 61% uzyskano przy 12 odpowiedziach pozytywnych. Podczas gdy oba kwestionariusze wykazywały dobrą przydatność, HCL-32 lepiej niż MDQ identyfikował pacjentów z typem ChAD II.

W artykule opublikowanym w roku 2007 Meyer i wsp. [19] opisują wyniki zastosowania kwestionariusza HCL-32 u osób z populacji ogólnej w Niemczech ($n = 695$) i w Szwecji ($n = 408$). W badaniu tym potwierdzono strukturę czynnikową HCL (active/elated i irritable/risk-taking) u osób zdrowych, jak również związek wyższych wyników tej skali z wykładnikami gorszego funkcjonowania psychospołecznego.

W tym samym roku badacze hiszpańscy, którymi kierował Eduard Vieta [20], dokonali walidacji hiszpańskiej wersji HCL-32 oraz jej porównania z kwestionariuszem MDQ. Wykazali, że kwestionariusz HCL-32 był co najmniej tak dobrym narzędziem jak MDQ i różnicował chorych z ChAD i ChAJ z czułością 85% i swoistością 79%. Spójność wewnętrzna kwestionariusza HCL-32 oceniana na podstawie współczynnika alfa Cronbacha była wysoka i wyniosła 0,94.

W roku 2008 wyniki zastosowania HCL-32 opublikowali również badacze tajwańscy [21]; rozpoznanie ustalano na podstawie kwestionariusza Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Lifetime (SADS-L), w którym za kryterium hipomanii jako części ChAD II przyjęto jej występowanie przez 2 dni. Stwierdzili oni, że 21

pozytywnych odpowiedzi w HCL-32 różnicowało typ I i II ChAD (czułość 64%, swoistość 73%), a 14 pozytywnych odpowiedzi – różnicowało ChAD i ChAJ (czułość 82%, swoistość 67%).

W opublikowanych ostatnio wynikach badania z użyciem HCL-32, prowadzonego wśród ludności Walii z chorobą afektywną dwubiegunową (Bipolar I, $n = 260$) oraz depresją nawracającą ($n = 322$), wykazano, że – biorąc za punkt graniczny 20 stwierdzeń pozytywnych – czułość dla diagnostyki tych dwóch zaburzeń wyniosła 68%, a swoistość 83%. Stwierdzono, że spośród osób z ChAJ, rozpoznaną zgodnie z kryteriami DSM-IV, łącznie z wykluczeniem z grupy badanej z ChAJ tych, którzy mieli krewnych chorujących na ChAD, aż 17% osób uzyskało wynik 20 i więcej punktów [22].

W Polsce HCL-32 stosowano dotychczas w badaniach pilotażowych w Klinice Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu, a w roku 2007 – w projekcie TRES-DEP (Treatment Resistant Depression), w którym poszukiwano cech dwubiegunowości u chorych z depresją lekooporną. W badaniu, którym objęto 1051 pacjentów, wykazano, że odsetek osób z rozpoznaną chorobą afektywną, 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 nielekoopornej (odpowiednio 44 i 30%). Przeprowadzono walidację polskojęzycznej wersji kwestionariusza i uzyskano wysoką rzetelność narzędzia (alfa Cronbacha: 0,93 – wartość porównywalna z wartością wersji językowej hiszpańskiej i chińskiej) [23].

Uwagi końcowe

Dotychczasowe badania przeprowadzone za pomocą kwestionariusza HCL-32 wykazały, że podobnie jak MDQ jest on wielce przydatny w ocenie występowania dwubiegunowości w chorobach afektywnych. Wykazano możliwość jego zastosowania do różnicowania ChAD i ChAJ, choroby afektywnej dwubiegunowej typu I i II, jak również do wykrywania zaburzeń o cechach dwubiegunowości w populacji ogólnej.

W badaniu polskim podjęto próbę oceny „dwubiegunowości” u pacjentów z depresją, u których nie uzyskano zadowalającego efektu leków przeciwdepresyjnych. Dotychczasowe badania wskazują, że skuteczność leków przeciwdepresyjnych w leczeniu depresji w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej jest generalnie mniejsza. Analiza krótkotrwałej efektywności leków przeciwdepresyjnych, którą przeprowadzili Ghaemi i wsp. [24], wykazała, że poprawa wystąpiła u ok. 70% pacjentów z depresją w chorobie afektywnej jednobiegunowej i u 50% pacjentów z depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. W badaniu DEP-BI stwierdzono, że odsetek depresji odpornej na stosowanie leków przeciwdepresyjnych był istotnie wyższy w chorobie afektywnej dwubiegunowej niż jednobiegunowej [11]. Badacze amerykańscy wykazali nawet ostatnio, że dodanie leku przeciwdepresyjnego nie było u pacjentów z depresją w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, otrzymujących lek normotymiczny, bardziej skuteczne niż dodanie placebo [25]. Polskie badanie TRES-DEP, z zastosowaniem skali HCL-32, może stanowić istotne potwierdzenie faktu mniejszej skuteczności leków przeciwdepresyjnych u pacjentów z cechami dwubiegunowości.

Гипомания Check List (HCL-32) глоссарий симптомов гипомании – характеристика и применение

Содержание

Обязывающие диагностические классификации, такие как International Classification of Diseases (ICD-10), а также американский Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV), указывают на аффективные нарушения одно- и двухполюсные, при которых дифференциальным фактором является появление у больного мании или гипомании. В DSM-IV выделено аффективное двухполюсное нарушение с эпизодами мании (тип I) с гипоманией (тип II). Клинические и эпидемиологические исследования, проведенные в последних годах при использовании более чувствительных методов оценки гипомании, указывают на значительное распространение нарушений двухполюсных, не относящихся к типу I, равняющиеся около 3% популяции. В 2005 году Ангст и сотрудники ввели шкалу Hypomania Check List-32 (HCL-32) с заданием лучшей идентификации появляющихся симптомов гипомании у пациентов с аффективными нарушениями. Исследования, проведенные во многих странах показали значительную чувствительность и специфичность шкалы HCL-32 и ее пригодность для оценки появления аффективных двухполюсных нарушений. В настоящей статье представлена польскоязыковая версия шкалы HCL-32. Эта шкала уже была применена в общепольском исследовании TRES-DEP оценившей черты двухполюсности у больных депрессией, у которых применение противодепрессивных лекарств не приносило ожидаемых результатов.

Hypomania Check List (HCL-32) – Fragebogen zur Erfassung der Symptome von Hypomanie: Charakteristik und Anwendung

Zusammenfassung

Die geltenden diagnostischen Klassifikationen, solche wie International Classification of Diseases (ICD-10) und die amerikanische Klassifikation Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) nennen einpolige und zweipolige affektive Störungen, in denen ein Differenzfaktor beim Kranken das Auftreten von Manie oder Hypomanie ist. In DSM – IV unterschied man die zweipoligen affektiven Störungen mit manischen Episoden (Typ 1) und mit Hypomanie (Typ 2). Die klinischen und epidemiologischen Studien in den letzten Jahren bei der Anwendung mehr empfindlichen Methoden der Beurteilung von Hypomanie zeigen auf eine signifikante Verbreitung der zweipoligen Störungen, die kein Typ 1 bilden und die etwa 3-5 % der Population betreffen. 2005 führten Angst und Mitarbeiter die Skala Hypomania Check List - 32 (HCL-32) ein, die eine bessere Identifizierung der Hypomaniesymptome bei Patienten mit affektiven Störungen zum Ziel hatte. Die in mehreren Ländern durchgeführten Studien weisen auf eine große Empfindlichkeit und Eigentümlichkeit der HCL-32 – Skala und ihre Tauglichkeit zur Beurteilung der affektiven zweipoligen Störungen hin. Im vorliegenden Artikel wurde die polnische Version der HCL-32-Skala besprochen. Diese Skala wurde schon in der TRES-DEP Studie in Polen angewandt. Die Studie beurteilte die Eigenschaften der Zweipoligkeit bei Schizophrenen, bei denen die Anwendung von antidepressiven Medikamenten keinen zufriedenstellenden Erfolg brachte.

Hypomania Check List (HCL-32) – questionnaire des symptômes de l’hypomanie : caractéristique et application

Résumé

Les classifications diagnostiques obligatoires telles que International Classification of Diseases (ICD-10) et américain Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) mentionnent les troubles affectifs bipolaires et unipolaires qui se distinguent les uns des autres par la présence de la manie ou de l’hypomanie chez le malade. DSM-IV distingue les troubles affectifs bipolaires avec les épisodes de manie (type I) et avec les épisodes d’hypomanie (type II). Les récentes recherches cliniques et

épidémiologiques, utilisant des méthodes plus sensibles pour l'analyse d'hypomanie, démontrent que les troubles bipolaires qui ne sont du type I sont plus fréquents – 3-5% de la population. En 2005 Angst et ses collaborateurs introduisent l'échelle Hypomania Check Liste-32 (HCL-32) qui vise à la meilleure identification des symptômes de l'hypomanie chez les patients avec les troubles affectifs. Les recherches des plusieurs pays attestent la plus grande sensibilité et spécificité de cette échelle ainsi qu'elles estiment qu'elle est utile à analyser la fréquence d'apparition des troubles affectifs bipolaires. Cet article présente la version polonaise d'HCL-32. Elle est déjà utilisée dans le projet polonais TRES-DEP examinant les caractéristiques bipolaires des patients souffrant de la dépression chez lesquels la thérapie antidépressive reste inefficace.

Piśmiennictwo

1. Angst J. *Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*. Berlin: Springer; 1966.
2. Perris C. *A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Genetic investigation*. Acta Psychiatr. Scand. 1966; 42 (supl. 194); 15–44.
3. Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. *Heritable factors in the severity of affective illness*. Biol. Psychiatry 1976; 11: 31–42.
4. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. DSM-IV. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
5. *International classification of diseases (ICD-10). Classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization; 1992.
6. Rybakowski JK. *Ewolucja poglądów na rozpowszechnienie i patogenezę choroby afektywnej dwubiegunowej*. Med. Sc. Rev. Psychiatr. 2004; 1: 7–13.
7. Angst J. *The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder*. J. Affect. Disord. 1998; 50: 143–151.
8. Akiskal HS. *The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV*. J. Clin. Psychopharmacol. 1996; 16 (supl. 1): 4–14.
9. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. *The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world*. J. Psychiatr. Pract. 2001; 7: 287–297.
10. 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: 161–174.
11. 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: 153–158.
12. 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 2001; 158: 1743–1744.
13. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM. *Screening for bipolar disorder in the community*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64: 53–59.
14. 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: 141–147.
15. 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: 217–233.

16. Allilaire JF, Hantouche EG, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, Lancrenon S, Châtenet-Duchêne L, Akiskal HS. *Frequency and clinical aspects of bipolar II disorder in a French multicenter study: EPIDEP*. *Encephale* 2001; 27: 149–158.
17. Hantouche EG, Angst J, Lancrenon S, Gérard D, Allilaire J-F. *Faisabilité de l'autoévaluation dans le dépistage de l'hypomanie*. *Ann. Méd. Psychol.* 2006; 164: 721–725.
18. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Murru A, Campus A, Morosini PL, Gamma A, Angst J. *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; 8: 2–2.
19. Meyer TD, Hammelstein P, Nilsson LG, Skeppar P, Adolfsson R, Angst J. *The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples*. *Compr. Psychiatry* 2007; 48: 79–87.
20. Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J, Pérez F, Oliveras MA, Valle J, Lahuerta J, Angst J; EDHIPO (Hypomania Detection Study) Group. *Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32)*. *J. Affect. Disord.* 2007; 101: 43–55.
21. Wu YS, Angst J, Ou CS, Chen HC, Lu RB. *Validation of the Chinese version of the hypomania checklist (HCL-32) as an instrument for detecting hypo(mania) in patients with mood disorders*. *J. Affect. Disord.* 2008; 106: 133–143.
22. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Fraser C, Gordon-Smith K, Craddock N. *Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the hypomania checklist (HCL-32)*. *J. Affect. Disord.* 2009; 114 (1–3): 68–73.
23. Rybakowski JK, Angst J, Dudek D, Pawlowski T, Łojko D, Siwek M, Kiejna A. *Polish version of the Hypomania Checklist (HCL-32) scale: the results in treatment-resistant depression*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.* 2009, Jun 26[E – pub ahead of print].
24. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Balsessarini RJ. *Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression*. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161: 163–165.
25. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, Friedman ES, Bowden CL, Fossey MD, Ostacher MJ, Ketter TA, Patel J, Hauser P, Rapport D, Martinem JM, Allen MH, Miklowitz DJ, Otto MW, Dennehy EB, Thase ME. *Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression*. *N. Engl. J. Med.* 2007; 356: 1711–1722.

Adres: Dorota Łojko
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Otrzymano: 9.03.2009
Zrecenzowano: 24.06.2009
Otrzymano po poprawie: 9.09.2009
Przyjęto do druku: 1.10.2009